

VERLANGEN, SÜCHTIGKEIT UND TIEFENSYSTEMIK

Fallstudie des Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige
START AGAIN in Männedorf und Zürich im Zeitraum von 1992 bis 1998

Dr. Urban M. STUDER

Therapieforschung[¶]
Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige *START AGAIN*
Steinwiesstrasse 24, CH-8032 Zürich

November 1998

[¶] subventioniert durch das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement, Bern; Bericht ans Bundesamt für Justiz

Vorwort

Manchmal ist mir wie
alles um mich herum fortschreitet
und ich staunend stehe
leicht gekrümmt, leiser Schmerz
es löst sich immerfort von mir –
Manchmal mag ich
wenn ich zurückgeblieben bin
nicht hinterhereilen
ich steh dann da
fragend fragilen Blickes –
Manchmal denk ich mich
als kleines Pflänzchen
inmitten einer reissenden Strömung
die Zeit ist jung, eilt stetig fort
die Erde, die mich trägt, ist uralt –
Manchmal wenn ich mich stehend frage
wohin mit meinem Leben und ob die Erde trägt
weiss ich doch, ich hab gar keine andere Wahl
denn mein Leben ist auf Sand gebaut
so die Ströme mich forttragen, tragen sie wohl auch –
Manchmal versuche ich zu vertrauen
dem Geschick, das geschah, und mir
der ich geschehen werde, ich weiss
wenn ich loslasse, trägt es mich hinfort
aber das tut es ja sowieso, ich kann nichts halten –
Manchmal frage ich mich
woher die Angst kommt
mich dem Fluss hinzugeben
warum ich mich an Mutter Erde festklammere
dass sie mich vor der Zeit schon in sich berge –
Manchmal sind wir alle zusammen
der eine lächelt, der andere schüttelt den Kopf
einer weint, ein anderer kann es kaum mehr
ein kleiner mit grossen Augen, ein grösserer, der träumt
einer, der sich frustriert zerstört, und einer der sich wieder aufbaut
–
Morgen werden wir weitergehen
der Fluss wird schon wissen wohin

Yves SOUTTER (1998: Stimmungsbild 54)

Diese Fallstudie mit einem Gedicht eines ehemaligen Klienten von *START AGAIN* übers "Wohin des Lebens" eröffnen zu dürfen, bereitet mir spezielle Freude und erinnert mich daran, gleich zu Beginn dieser Studie ein Doppeltes zu bemerken:

Erstens, gegeben die sinnstrukturelle Komplexität eines Milieus wie des Suchttherapiezentrens für Drogenabhängige *START AGAIN*, das durch eine Vielzahl von Menschen und durch eine reiche Mannigfaltigkeit von sozialen, politischen und betrieblichen Rahmenbedingungen geprägt wird, so scheint es schier unmöglich zu sein, in der verfügbaren Zeit lückenlos dicht seine gesamte Fallstrukturgesetzmäßigkeit rekonstruieren zu können, geschweige denn diese in knapper schriftlicher Form zu transportieren – dies schliesst jedoch nicht aus, dass das Ideal einer lückenlos dichten Rekonstruktion stets als unser Arbeitsziel galt. In Anbetracht dieser Tatsache werden wir uns im Folgenden also stets auf wesentliche Aspekte beschränken müssen und haben uns daher, trotz der teilweisen Ausführlichkeit punktueller Diskussionen, stets daran zu erinnern, dass das ganze *START AGAIN* mehr ist als die hier präsentierten Facetten, oder in Worten des amerikanischen Soziologen Anselm L. STRAUSS (1994: 83) ausgedrückt:

"Wenn jemand einwendet: 'Ich habe nicht gesehen, was Sie gesehen haben', dann sagen Sie: 'Natürlich nicht, Sie sehen die Arbeit auch in einem anderen Bezugsrahmen [...]. Wenn Sie mir aber Schritt für Schritt in meine Arbeit folgen, dann werden Sie mit Sicherheit das sehen, was ich gesehen habe.'"

Zweitens, Leserinnen und Leser, die mit der nachfolgenden Art von Therapieforschung nicht vertraut sind, mögen an der einen oder anderen Stelle erschreckt sein über die nüchterne und distanzierte Art, in der vitale Anliegen von Klientinnen und Klienten oder engagiertes Handeln von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung zergliedert werden. Es mag eventuell der Eindruck entstehen, dass hinter textanalytischen Untersuchungen genau so wie hinter nüchtern distanzierterem Subsumieren im Zusammenhang mit statistischen Analysen der lebendige Mensch und die lebendige Einrichtung verschwinden. Daher sei an dieser Stelle betont, dass wenn solche Textanalysen auch wichtige Bausteine für ein methodisches Fall- und Problemverstehen liefern, dass es sich bei jeder Analyse eben nur um einen Baustein handelt, und dass erst in der Zusammenschau einer Vielzahl solcher Bausteine eine angemessene Interpretation der spezifischen individuellen Lebenspraxis eines Individuums, einer Familie, eines Teams oder einer ganzen Institution entstehen kann. Therapieforscherinnen und -forscher sind also herausgefordert, einerseits die Distanz zu ihrem Forschungsgegenstand nicht zu verlieren, andererseits aber immer daran zu denken, dass der "Gegenstand" reale Individuen mit Stärken und Schwächen, Ressourcen und Belastungen, und vor allem: empfindsame Menschen mit Gefühlen sind.

Dank der Grosszügigkeit von Yves SOUTTER darf ich an verschiedenen Stellen dieser Fallstudie in der Form seiner *Stimmungsbilder* Destillate der unmittelbaren und lebendigen Erfahrung von Sucht, von Entzug, Therapie und dem Leben nach einem Therapieaufenthalt in *START AGAIN* einstreuen, Destillate, die uns beim Lesen dieser Studie von Zeit zu Zeit an die obigen beiden Punkte erinnern mögen.

Dr. Urban M. STUDER
START AGAIN, Zürich
November 1998

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	i
Inhaltsverzeichnis	iii

HAUPTTEIL

1	Einleitung	1
1.1	Zur Entstehung der vorliegenden Studie. Ein kurze persönliche Geschichte	1
1.2	Studienziel und Inhaltsorganisation der Fallstudie	4
1.2.1	Ziel der Fallstudie	4
1.2.2	Inhaltsorganisation der vorliegenden Fallstudie	5
1.3	Danksagungen	10

Themenkreis I: Methodologischer und methodischer Rahmen der Studie

2	Methodischer Teil. Zugleich eine Explikation des sozialwissenschaftlichen Hintergrundes der Konzeptionalisierung von <i>START AGAIN</i>	13
2.1	Methodologischer und methodischer Rahmen der Studie	13
2.1.1	Teilnehmende Beobachtung im Allgemeinen und das ethnomethodologische Konzept des <i>becoming the phenomena</i> speziell im Zusammenhang mit der Verstehensproblematik des Praxissystems von <i>±n±p±na-sati</i> und <i>vipassan±</i>	16
2.1.2	Idiolektisches Forschungsinterview als "ausführliches Gespräch" und seine Analyse	19
2.1.2.1	Interview und Beobachtung	19
2.1.2.2	Das idiolektische Forschungsinterview	19
2.1.2.3	Interviewanalyse	21
2.1.2.4	Zwei exemplarische Interviewsequenzen	23
2.1.3	Systematisches Kontrastieren und Zirkularität in der fallrekonstruktiven Forschung	23
2.2	Begrifflicher Bezugsrahmen der objektiven Hermeneutik. Zugleich eine Explikation des sozialwissenschaftlichen Hintergrundes der Konzeptionalisierung von <i>START AGAIN</i>	25
2.2.1	Vorbemerkung	25
2.2.2	Objektive Bedeutungs- und latente Sinnstrukturen vs. subjektive Dispositionen	26
2.2.3	Ein einfaches Modell von Sozialität und Praxis	28
2.2.4	Krise und Routine, autonome Lebenspraxis als widersprüchliche Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung	29
2.2.5	Methode der Sequenzanalyse als Modell von Lebenspraxis und der Begriff der Fallstruktur(gesetzlichkeit)	30
2.2.6	Konzept der beschädigten Autonomie und das allgemeine Ziel therapeutischen Handelns	32
2.2.7	Sucht als eine Form von beschädigter Autonomie und die WHO-Definition von Sucht	33

2.2.7.1	Sucht. Die strukturalistische Sicht von <i>START AGAIN</i>	33
2.2.7.2	Symptom-deskriptive, WHO-angelehnte Suchtdefinition von ROBINSON und BERRIDGE	34
2.3	Probabilistische Logik und die Interpretation relativ kleiner empirischer Zahlenverhältnisse	35
2.3.1	Einleitung	35
2.3.2	Adäquate Bestimmung von Erfolgchancen und Rückfallrisiken aus relativ kleinen empirischen Zahlenverhältnissen	37
2.3.3	"Sind sie gleich oder verschieden, das ist hier die Frage"	43

Themenkreis II: Die Klientel von *START AGAIN*

3	Nach-Sozialisation versus Re-Sozialisation und die suchtrehabilitatorische Aufgabenstellung aus strukturalistischer Sicht	51
3.1	Sozialisatorische Genese von Autonomie. Diffuse versus spezifische Sozialbeziehungen und ein Strukturmodell der familialen Sozialisation	51
3.1.1	Einleitung	51
3.1.2	Diffuse/personale versus spezifische/rollenförmige Sozialbeziehungen	53
3.1.3	Die Strukturgesetzlichkeit der ödipalen Triade	53
3.1.4	Die gesamte Sozialisation als Abfolge von Ablösungskrisen	55
3.2	Exemplarische Analyse der Familien- und Lebensgeschichte des Beat Kaiser	59
3.2.1	Analyse des Genogramms der Familie Kaiser-Maier: "Desintegration und Stigmatisierung"	59
3.2.1.1	Familie väterlicherseits	61
3.2.1.2	Familie mütterlicherseits	62
3.2.1.3	Die Herkunftsfamilie von Beat	63
3.2.2	Analyse einer chronologischen Lebenslaufdarstellung von Beat Kaiser: "Scharfe, aber emotional wenig abgestützte Intellektualität"	64
3.2.2.1	Vorbemerkung zum Unterschied zwischen Lebenslauf und Biographie	64
3.2.2.2	Chronologische Lebenslaufdarstellung von Beat. Eine Biographie	64
3.2.2.3	Sequenzielle Biographieanalyse	65
3.3	Zur Struktur suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis	68
3.3.1	Suchtpathogene Konstellationen in den primären diffusen Sozialbeziehungen. Nach-Sozialisation versus Re-Sozialisation	68
3.3.2	Exemplarische Kontrastierung der Fallrekonstruktionen von Beat Kaiser und Natalie Lang	72
3.3.2.1	Herkunftsfamilien der Eltern	72
3.3.2.2	Die Eltern und ihre Paarbeziehungen. Die Herkunftsmilieus von Beat und Natalie	73
3.3.2.3	Zu den individuellen Biographiegestaltungen von Beat und Natalie	74
3.3.3	Strukturmodell suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis und suchtrehabilitatorische Implikationen	76
3.3.4	Bemerkungen zur psychoanalytischen Begriffen im Zusammenhang mit Sucht	88
4	Systematischer Vergleich des statistischen Profils bei Therapieeintritt der Klientel von <i>START AGAIN</i> und der FOS-Poolklientel von 1995 bis 1997	91
4.1	Soziodemographische Grundangaben	95
4.1.1	Geschlecht	95
4.1.2	Alter bei Eintritt	96
4.1.3	Zivilstand	98

4.1.4	Letzter Wohnsitz. Urbanisierungsgrad der Klientel	98
4.1.5	Nationalität	98
4.2	Eintrittssituation und strukturelle Integration im Jahr vor der Therapie	99
4.2.1	Eintrittsmodalität	99
4.2.2	Wohnsituation im Jahr vor Eintritt	100
4.2.3	Arbeitsintegration und Lebensunterhalt im Jahr vor Eintritt	100
4.2.4	Schulden bei Eintritt	101
4.3	Strukturelle Ressourcen und Defizite	101
4.3.1	Schulbildung (höchste abgeschlossene Schulstufe)	101
4.3.2	Berufsausbildung (Lehre/Studium)	101
4.3.3	Soziale Herkunft	101
4.3.4	Eltern getrennt oder Elternteil verstorben	102
4.3.5	Belastungen in der Herkunftsfamilie. Alkohol, Gewalt und Depression	102
4.4	Soziales Netz	103
4.4.1	Beziehungen zu Mitgliedern der Herkunftsfamilie	103
4.4.2	Partnerschaft und Kinder	103
4.5	Drogenkonsum und Drogenerfahrungen	104
4.5.1	Drogenkonsumgewohnheiten im Jahr vor Eintritt	104
4.5.2	Konsum mehrerer Drogen am gleichen Tag im Jahr vor Eintritt	104
4.5.3	Einstiegsalter (erstmalig regelmässiger (fast) täglicher Drogenkonsum)	105
4.6	Somatische und psychische Gesundheit	105
4.6.1	HIV und Hepatitis C	105
4.6.2	Behandlung wegen psychischer Probleme	106
4.6.3	Suizidversuche	106
4.7	Institutionserfahrungen und Justizkontakte	106
4.7.1	Frühere suchtrehabilitative Behandlungsbeginne und Behandlungsabschlüsse	106
4.7.2	Gerichtliche Verurteilungen vor und nach Suchtbeginn	108
4.7.3	Hängiges gerichtliches Verfahren bei Eintritt	108
4.7.4	Anzahl Aufenthalte in U-Haft und Gefängnis vor und nach Suchtbeginn	109
4.8	Therapiemotivation	109
4.8.1	Mögliche Motivationsgründe für den Ausstieg aus dem Drogenkonsum	110

Themenkreis III: Das Besondere und das Allgemeine von *START AGAIN*

5	Konzept- und Betriebsgeschichte von <i>START AGAIN</i> zwischen April 1992 und September 1998. Ein Überblick	113
5.1	Zur therapeutischen Grundkonzeption von <i>START AGAIN</i>. Eine erste Orientierung	113
5.1.1	Abstinenzorientierung	114
5.1.2	<i>Ex-Addict-Counseling</i> und professionelle therapeutische Begleitung	114
5.1.3	Orientierung an den Leitlinien der <i>Anonymen Narkotiker (NA: Narcotics Anonymous)</i>	115
5.1.4	Achtsamkeitsschulung durch Beobachten des Atems (<i>±n±p±na-sati</i> -Übung) und <i>vipassan±</i> -Meditation	116
5.1.5	Förderung körperlichen Wohlbefindens, Freizeit und Besuche	116
5.1.6	Therapie als Alltag und Alltag als Therapie	117
5.1.7	Fallspezifisch und Rekonstruktionslogik	118
5.1.8	Systemische Paar- und Familientherapie	118

5.2	Sechs Phasen in der Konzept- und Betriebsgeschichte von <i>START AGAIN</i> zwischen Frühling 1992 und Herbst 1998. Ein Überblick	119
5.2.1	Die Gründungsphase: April 1992 bis September 1992	119
5.2.2	Betriebsphase I: Oktober 1992 bis Dezember 1993. Aufbau des Therapieprogramms (Phasen I, II, III und Nachsorge)	119
5.2.3	Betriebsphase II: Januar 1994 bis März 1995. Erste Konsolidierung therapeutischer und organisatorisch-administrativer Prozesse	121
5.2.4	Betriebsphase III: April 1995 bis März 1996. Erwerb und Umbau der Liegenschaft BERNER, Expansionsversuch und Professionalisierungsanstrengungen	122
5.2.5	Betriebsphase IV: April 1996 bis März 1997. Bezug BERNER, Finanzkrise, Krisenmanagement und Restrukturierung	124
5.2.6	Betriebsphase V: April 1997 bis August 1998. "Verdauungsphase" BERNER und Neukonzeption von <i>START AGAIN</i>	127
5.3	Zusammenfassung der zentralen Bestimmungsmomente und Entwicklungslinien der Geschichte von <i>START AGAIN</i>	131
6	Allgemeine Strukturlogik der interventiven Grundelemente von <i>START AGAIN</i>	135
6.1	Professionalisierung therapeutischen Handelns. Professionelle systemische Therapie	135
6.1.1	Zur Strukturlogik professionalisierten Handelns	135
6.1.2	Therapie als professionalisiertes Helfen. Fallverstehen in der Begegnung	137
6.1.3	Milieubegriff und Familientherapie	142
6.2	Die behandlungsintegrierte Philosophie der <i>Anonymen Narkotiker</i> (NA: Narcotics Anonymous)	143
6.2.1	Das Zwölf-Schritte-Programm der NA als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die Genesung von Drogensucht	144
6.2.2	Kernphilosophie und Grenzen der <i>Anonymen Narkotiker</i>	148
6.3	<i>Vipassana</i>: Das konkrete Praxissystem von $\pm n \pm p \pm na \text{-sati}$ und <i>vipassan</i>	149
6.3.1	Einleitung: Die alte <i>Vipassana</i> -Praxis als Neuartiges	149
6.3.2	Zur Fallstrukturgesetzlichkeit eines 10-tägigen <i>Vipassana</i> -Kurses	154
6.3.3	Die Lehrer-Schüler-Beziehung in <i>Vipassana</i> -Kursen. Zum Verhältnis von <i>Vipassana</i> und professioneller Therapie	162
6.4	Zusammenfassung: Die Fallstruktur von <i>START AGAIN</i> als Ganzes	169
7	Die Innovation von <i>START AGAIN</i>: Tiefensystemische Suchttherapie	171
7.1	Einleitung. Bemerkungen zu heute geläufigen Suchtmodellen	171
7.2	Das tiefensystemische Menschenbild von <i>START AGAIN</i>	178
7.2.1	Darlegung des Menschenbildes	178
7.2.2	Kontrastierung zentraler Elemente der <i>theravada</i> -buddhistischen und einer kognitiv neurowissenschaftlichen Wahrnehmungs- und Handlungstheorie	181
7.3	Sucht und Süchtigkeit. Das Suchtverständnis von <i>START AGAIN</i> und seine therapeutische Innovation	183
7.3.1	Soziokulturelle und individualbiographische Aspekte von Sucht	183
7.3.2	Universelle Strukturelemente der Genese und Aufrechterhaltung von Sucht. Der Begriff der Süchtigkeit	186
7.3.3	Neurobiologische Aspekte von Sucht	190

7.3.4	Sucht und Süchtigkeit aus der Sicht von <i>Vipassana</i> . Das alte <i>Vipassana</i> -Praxissystem als suchtrehabilitatorische Innovation	194
7.3.5	Zusammenfassung: Das tiefensystemische Therapiemodell von <i>START AGAIN</i>	198

Themenkreis IV: Prozess- und Effektevaluation. Was bewirkt *START AGAIN* wie?

8	Rekonstruktive Prozess- und Effektevaluation [noch ausstehend]	201
8.1	Status professionellen Handelns in <i>START AGAIN</i>. Zum Verhältnis von Anspruch und Wirklichkeit	201
8.2	<i>START AGAIN</i> als Ort der Transformation	201
8.3	Zur spezifischen Wirkung der Interventionselemente von <i>START AGAIN</i>	201
9	Statistisches Profil der Klientel von <i>START AGAIN</i> bei Therapieaustritt und Vergleiche mit der austretenden Poolklientel der FOS-Einrichtungen für die Jahre 1995 bis 1997	203
9.1	Angaben zum Therapieaufenthalt und zur Austrittsmodalität	206
9.1.1	Verteilung der Gesamtdauer des Therapieaufenthaltes	206
9.1.2	Anzahl Therapieunterbrüche bzw. "Motivationsaufenthalte"	208
9.1.3	Vergleich der Austrittsmodalitäten bei <i>START AGAIN</i> und im FOS-Pool	208
9.1.4	Die drei <i>START AGAIN</i> -Austrittsklassen der Durchläufer/innen, Spät- und Frühabbrecher/innen	210
9.1.4.1	Die wichtigsten Merkmale der drei Austrittsklassen	210
9.1.4.2	Eintrittsmodalitätenverhältnis bei den drei Austrittsklassen	213
9.1.4.3	Geschlechterverhältnis bei den drei Austrittsklassen	213
9.1.5	Detaillierte Abbruchanalyse für <i>START AGAIN</i>	215
9.1.6	Bemerkung zu Wiedereinsteigern in <i>START AGAIN</i>	217
9.1.7	Finanzielle Regelung des Aufenthaltes	218
9.2	Strukturelle und rechtliche Situation bei Austritt bzw. Übertritt in eine Aussenwohngruppe (AWG)	218
9.2.1	Erwerbssituation und Lebensunterhalt bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG	218
9.2.2	Schuldensituation bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG	220
9.2.3	Wohnsituation bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG	220
9.2.4	Rechtliche Situation bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG	220
9.3	Soziale Kontakte bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG	221
9.3.1	Partnerschaft bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG	221
9.3.2	Soziale Kontakte zu Angehörigen der Herkunftsfamilie bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG	221
10	Empirische Effektevaluation gestützt auf die systematische Nachbeurteilung ausgetretener Klienten und Klientinnen von <i>START AGAIN</i>	223
10.1	Systematische Nachbeurteilung der Klient/inn/en von <i>START AGAIN</i> jeweils im zweiten Jahr nach Behandlungsaustritt (<i>outcome</i>-Evaluation)	224
10.1.1	Der allgemeine Rahmen der Nachbeurteilung	224
10.1.2	Zur Logik der Nachbeurteilung	225
10.1.2.1	Zum Begriff des Therapieerfolges	225
10.1.2.2	Bestimmung des Rehabilitationsstatus	225
10.1.2.3	Verschiedene Kontrastierungsdimensionen bei der Nachbeurteilung	228

10.2	Resultate der empirischen Kontrastierung verschiedener Subklientele von <i>START AGAIN</i>	229
10.2.1	Resultate der Nachbeurteilung aller Durchläufer/innen von <i>START AGAIN</i> , die zwischen Oktober 1992 und September 1995 bzw. Juni 1997 ausgetreten sind	230
10.2.2	Nachbeurteilung der Spätabbrecher/innen, die zwischen Oktober 1992 und September 1995 ausgetreten sind	240
10.2.3	Vergleich der Erfolgchancen für die verschiedene Betriebsphasen von <i>START AGAIN</i>	243
10.2.4	Zusammenfassung: Kontrastierung der Erfolgszahlen von <i>START AGAIN</i> mit solchen aus zwei anderen Studien	248
11	Zusammenfassung, Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit der Resultate der Fallstudie	251
11.1	Therapieforschung in <i>START AGAIN</i> aus der Sicht der Einrichtungsleitung	251
11.2	Thesenartige Zusammenfassung und abschliessende Bemerkungen zur Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit der Resultate der Fallstudie	253
11.2.1	ad I: Methodologischer und methodischer Rahmen der Studie	253
11.2.2	ad II: Die Klientel von <i>START AGAIN</i>	254
11.2.3	ad III: Das Besondere und das Allgemeine von <i>START AGAIN</i>	255
11.2.4	ad IV: Prozess- und Effektevaluation. Was bewirkt <i>START AGAIN</i> wie?	258

ANHANG- UND VERTIEFUNGSTEIL

ad Themenkreis I: Methodologischer und methodischer Rahmen der Studie

A2	Konkretes Beispiel eines Forschungsinterviews und Anhang zum methodischen Teil	A.1
A2.1	Exemplarische Passagen aus einem idiolektischen Forschungsinterview: "Zwischen coolem <i>impression management</i> und zarter Erfahrung von Gegenseitigkeit"	A.1
A2.1.1	Pragmatischer Rahmen des Gesprächs	A.1
A2.1.2	Die Anfangspassage des Gesprächs	A.2
A2.1.3	Textanalytische Bemerkungen zur Anfangspassage	A.4
A2.1.4	Eine Passage aus dem letzten Teil des Gesprächs	A.8
A2.2	Zusammenfassende Bemerkungen zu den Rahmenbedingungen für die Fallstudie von <i>START AGAIN</i> seitens der Einrichtung	A.10
A2.3	Anhang zu Unterabschnitt 2.3.3: "Sind sie gleich oder verschieden, das ist hier die Frage"	A.13

ad Themenkreis II: Die Klientel von *START AGAIN*

A3	Protokoll einer sequenziellen Genogramm- und Biographieanalyse und Anhang zu Genogramnotationen	A.18
A3.1	Exemplarische sequenzielle Analyse des Genogramms und Bewerbungslebenslaufs der Natalie Lang	A.18
A3.1.1	Analyse des Genogramms der Familie Lang-Gomez mit Indexklientin Natalie: "Die habituelle Auslagerung des Exzessiven"	A.19

A3.1.1.1	Familie väterlicherseits	A.19
A3.1.1.2	Familie mütterlicherseits	A.24
A3.1.1.3	Die Herkunftsfamilie von Natalie	A.27
A3.1.2	Analyse des Beginns des Bewerbungslebenslaufs der Natalie	A.33
A3.1.2.1	Pragmatischer Rahmen	A.33
A3.1.2.2	Integrale Wiedergabe des Beginns und Schlussabschnittes des Bewerbungslebenslaufs von Natalie Lang	A.34
A3.1.2.3	Die feinsequenzielle Analyse des Lebenslaufs	A.36
A3.1.2.4	Konzeptionalisierung des therapeutischen Problems bei Natalie	A.50
A3.2	Anhang: Genogrammdarstellung	A.52
A4	Tabellenanhang zum systematischen Vergleich des statistischen Profils bei Therapieeintritt der Klientel von <i>START AGAIN</i> und der FOS-Poolklientel von 1995 bis 1997	A.53
A4.1	Soziodemographische Grundangaben	A.53
A4.2	Eintrittssituation und strukturelle Integration im Jahr vor der Therapie	A.54
A4.3	Strukturelle Ressourcen und Defizite	A.55
A4.4	Soziales Netz	A.56
A4.5	Drogenkonsum und Drogenerfahrungen	A.57
A4.6	Somatische und psychische Gesundheit	A.58
A4.7	Institutionserfahrungen und Justizkontakte	A.58
A4.8	Mögliche Motivationsgründe für den Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit	
	A.60	

ad Themenkreis III: Das Besondere und das Allgemeine von *START AGAIN*

A5	Vertiefungsteil und Anhang zur Konzept- und Betriebsgeschichte von <i>START AGAIN</i>	A.61
A5.1	Chronologie der Konzept- und Betriebsgeschichte von <i>START AGAIN</i> zwischen April 1992 und September 1998	A.61
A5.1.1	Einleitung	A.61
A5.1.2	Die Gründungsphase: April 1992 bis September 1992	A.62
A5.1.3	Betriebsphase I: Oktober 1992 bis Dezember 1993. Aufbau des Therapieprogramms (Phasen I, II, III und Nachsorge)	A.62
A5.1.4	Betriebsphase II: Januar 1994 bis März 1995. Erste Konsolidierung therapeutischer und organisatorisch-administrativer Prozesse	A.65
A5.1.5	Betriebsphase III: April 1995 bis März 1996. Erwerb und Umbau der Liegenschaft BERNER, Expansionsversuch und Professionalisierungsanstrengungen	A.68
A5.1.6	Betriebsphase IV: April 1996 bis März 1997. Bezug BERNER, Finanzkrise, Krisenmanagement und Restrukturierung	A.73
A5.1.7	Betriebsphase V: April 1997 bis August 1998. "Verdauungsphase" BERNER und Neukonzeption von <i>START AGAIN</i>	A.77
A5.2	Anhang zur Konzept- und Betriebsgeschichte von <i>START AGAIN</i>: Kurzkonzepte und Organigramme im Wandel der Zeit	A.84
A5.2.1	Kurzkonzept Januar 1994	A.85
A5.2.2	Kurzkonzept April 1996	A.88
A5.2.3	Organigramm August 1994	A.91
A5.2.4	Organigramm Juli 1996	A.91

A6	Vertiefungsteil zur Strukturlogik der interventiven Grundelemente von <i>START AGAIN</i>	A.92
A6.1	Das Zwölf-Schritte-Programm der Anonymen Narkotiker	A.92
A6.1.1	Sequenzanalyse der Zwölf Schritte	A.92
A6.1.2	Feinanalyse der sequenziellen Anordnung: Die prospektive Retrospektive	A.96
A7	Vertiefungsteil zu neurobiologischen Aspekten der Genese und Aufrechterhaltung von Sucht	A.98
A7.1	Die bahnbrechende Arbeit von ROBINSON und BERRIDGE VON 1993	A.98
A7.1.1	Drei wesentliche Charakteristika süchtigen Verhaltens	A.98
A7.1.2	Zusammenfassung der Probleme von Suchttheorien, die auf negativer bzw. auf positiver Verstärkung (<i>reinforcement</i>) basieren	A.99
A7.1.3	Biopsychologische Suchttheorie und das dopaminerge System des Mittelhirns nach ROBINSON und BERRIDGE (1993)	A.102
A7.2	Jüngste Modifikationen der Suchttheorie von ROBINSON und BERRIDGE	A.103
A7.2.1	Das dopaminerge System des Mittelhirns und Verhalten	A.104
A7.2.2	Dopamin und addiktive Drogen	A.106

ad Themenkreis IV: Prozess- und Effektevaluation. Was bewirkt *START AGAIN* wie?

A9	Tabellenanhang zum statistischen Profil der Klientel von <i>START AGAIN</i> bei Therapieaustritt und zu ihrem Vergleich mit der austretenden Poolklientel der FOS-Einrichtungen von 1995 bis 1997	A.109
A9.1	Angaben zum Therapieaufenthalt und zur Austrittsmodalität	A.109
A9.2	Strukturelle Situation bei Austritt bzw. Übertritt in eine Aussenwohngruppe (AWG)	A.112
A9.3	Soziale Kontakte bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG	A.114
A9.4	Einschätzung des Therapieerfolgs bei Austritt durch das Behandlungsteam	A.114

Literaturverzeichnis	I
----------------------------	---

HAUPTTEIL

1 Einleitung

1.1 Zur Entstehung der vorliegenden Studie. Ein kurze persönliche Geschichte

Selten, wenn wir wissenschaftliche Studien lesen, dürfen wir erfahren, wo ihre Wurzeln liegen, wo die ersten Gedanken gekeimt haben und damit ein oft langer, auf verschlungenen Wegen voranschreitender Forschungsprozess seinen Anfang genommen hat. Für jemanden, der im Rahmen seiner Forschungs- und Evaluationstätigkeit vom Datenmaterial her immer wieder darauf verwiesen wird, wie wesentlich die pragmatische Rahmung einer Handlungs- oder Äusserungssequenz für deren aufschliessendes Verständnis ist, ist es bedauerlich, dass diese Daten sozusagen habituell verschwiegen werden. Ich meine, dass speziell die initiale Rahmung einer umfassenden Fallstudie von der Art, wie die vorliegende eine darstellt, sich durch das ganze Gewebe der Studie hindurchzieht und somit bei entsprechender Explikation Wesentliches zum Studienverständnis beitragen mag.

Beim Rückblicken am Ende der vorliegenden Fallstudie des Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige *START AGAIN* in Männedorf und Zürich scheinen mir die vielen Voraussetzungen und "Zufälle", die für das Zustandekommen dieser Studie notwendig waren, eine ganz erstaunliche Ereigniskette aufzuspannen, und ich möchte diese ganz im Sinne des einleitenden Gedankens kurz mit der Leserin und dem Leser dieser Studie teilen.

Meine erste Begegnung mit dem heutigen Gesamtleiter von *START AGAIN*, Dr. Gerhard SCHOLZ, fand im Sommer 1992 statt, einer Zeit, wo es die Einrichtung *START AGAIN* noch nicht gab, und SCHOLZ noch wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Sozialamt der Stadt Zürich war. Vermittelt wurde dieses Treffen durch einen gemeinsamen Bekannten, der der Ansicht war, dass eine solche Begegnung sicherlich für beide anregend sein würde, was sich rückblickend fraglos bestätigen lässt. Nun, zu jener Zeit arbeitete ich an der Fertigstellung meiner Dissertation in Mathematischer Physik an der ETH Zürich, und Sucht- und Therapieforschung waren noch kein Thema für mich. Neben *mainstream*-Arbeiten in Mathematischer Physik galt mein Interesse damals aber speziell auch erkenntnistheoretischen Fragestellungen im Zusammenhang mit der Quantentheorie und wesentlich allgemeiner – gewissermassen im Sinne eines langjährigen zweiten Studienfeldes – der theoretischen und praktischen Auseinandersetzung mit vielfältigen alten und neuen Systemen der Erkenntnisgewinnung und Erkenntniskonzeptualisierung sowie mit den oft damit einhergehenden kontemplativen, meditativen, therapeutischen oder naturheilerischen Praxisformen.

Angeregt durch das differenzierte Wissen und die vielfältigen praktischen Erfahrungen von SCHOLZ im Zusammenhang mit dem alten *theravāda*-buddhistischen Praxissystem von *ānāpāna-sati* und *vipassanā* (kurz: mit *Vipassana*) und dem assoziierten Wissenskontext, fuhr ich Anfang 1993 mit der Dissertation von SCHOLZ¹ im Gepäck für zwei Jahre nach Leuven (Belgien) an die Katholieke Universiteit, wo ich wissenschaftlicher Mitarbeiter war. Da begann ich mich, im Besonderen angeregt durch die Dissertation von SCHOLZ, systematisch mit der sozialwissenschaftlichen Forschungsmethodologie der *objektive Hermeneutik* von Ulrich OEVERMANN auseinanderzusetzen,² vor allem im Zusammenhang mit meinen damaligen Arbeiten zur formalen Struktur "konsistenter" und "rationaler" Schlussfolgerungsprozesse und der Frage des Generierens von Neuem (was PEIRCE abduktives Schliessen nannte).³ Im Zuge der Auseinandersetzung mit diesem Thema befasste ich mich auch zunehmend mit dem sich seit einiger Zeit entwickelnden interdisziplinären Diskurs zwischen den kognitiven Neurowissenschaften (da speziell der *Neurobiology of Decision-Making*⁴) und der kognitive Modelle bildenden und analysierenden Mathematik bzw. Mathematischen Physik.

Es war mir damals insbesondere die noch heute zentrale, neurobiologische Hypothese bekannt, dass man für die meisten addiktiven Drogen vermutet, dass sie bei all ihrer pharmakologischen Verschiedenheit eine Eigenschaft teilen: Sie wirken alle aktivitätsmodulierend auf das *dopaminerge System des Mittelhirns*, was genau eines neurale System ist, bezüglich dem neurobiologische Experimente und mathematische Modelluntersuchungen nahelegen, dass es eine sehr wichtige Rolle beim (automatischen) Entscheiden und beim Lernen spezifischer, entscheidungsrelevanter Kontextinformationen spielt.⁵ Damit nun Sucht- und Therapieforschung für mich zu einem unmittelbaren Thema wurden, bedurfte es noch einer persönlichen Erfahrung.

In der Auseinandersetzung mit der Dissertation von SCHOLZ und speziell den eigene Erfahrung, die ich zwischenzeitlich im Rahmen eines zehntägigen *Vipassana*-Kurses gesammelt hatte, begann ich mich eingehender mit der *theravāda*-buddhistischen Scholastik (dem dritten Teil der *Tipiṭaka*, der sogenannten *Abhidhamma Piṭaka*) zu befassen. Im Zuge des sich für mich einstellenden theoretischen und praktischen Studiums von *Vipassana* einerseits (einem systematischen erfahrungsgestützten Erforschen von "körperlich-geistigen Austauschprozessen und Interdependenzen") und der Untersuchung mathematischer Modelle zur "Neurobiologie des Entscheidens" andererseits, formulierten sich in mir immer drängender generative Fragen, wie:

"Was ist der Strukturkern süchtigen Handelns und wie lässt sich dies definitiv klar fassen? Wie viel von dem, was ich als Mensch und als Wissenschaftler täglich tue, was modisch als persönliche oder berufliche "Selbstverwirklichung" bezeichnet wird, ist auf ganz basaler Ebene von Aspekten süchtigen Handelns gezeichnet? Ist es wünschenswert

¹ G. SCHOLZ, *Vipassana Meditation und Drogensucht: Eine Studie über den Ausstieg aus der Herrschaft der Attraktion Droge*, Dissertation (Universität Zürich, 1992).

² Vgl. dazu Kapitel 2 unten.

³ Vgl. U.M. STUDER, Wahrscheinlichkeitstheorie als Logik: die formale Struktur konsistenten Schlussfolgerns. Zwischenbericht ans Bundesamt für Justiz vom Dezember 1996, Teil 2 (*START AGAIN*, Zürich, 1996); und J. REICHERTZ, Abduktives Schlussfolgern und Typen(re)konstruktion: Abgesang auf eine liebgegewonnene Hoffnung, in T. JUNG und S. MÜLLER-DOOHM (Hrsg.), *"Wirklichkeit" im Deutungsprozeß. Verstehen und Methoden in den Kultur- und Sozialwissenschaften* (Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1993), 258-282.

⁴ Vgl. z.B. A.R. DAMASIO, H. DAMASIO und Y. CHRISTEN (Hrsg.), *Neurobiology of Decision-Making* (Springer, Berlin/Heidelberg, 1996).

⁵ Eine ausführliche Diskussion dazu findet sich in Unterabs. 7.3.3 und im Kapitel A7 des Anhanf- und Vertiefungsteils dieser Studie.

diese suchtnahen Strukturmomente meines alltagspraktischen Handelns sukzessive zu transformieren, und wie wäre dies systematisch und methodisch kontrolliert möglich? Stellen die – nach Anspruch der Tradition – genau für Letzteres entwickelten buddhistischen Einsichten und das Praxissystem von *Vipassana* auch für einen im Westen sozialisierten Menschen einen gangbaren Weg der "Strukturtransformation und Reifung" dar?"

Die Liste der Fragen liesse sich beliebig fortsetzen. Sie mag ausdrücken, wie für mich Sucht – bzw., wie ich heute sagen würde, *Süchtigkeit*⁶ – schrittweise und aus den unterschiedlichsten Perspektiven heraus zu einem *potenziell universellen, menschliches Handeln strukturierenden Phänomen* wurde. Der Gedanke an eine eingehende und sorgfältige Erforschung dieses Phänomens wurde für mich immer attraktiver und liess mich schliesslich nicht mehr los.

Im Herbst 1993 als ich für ein paar Tage in der Schweiz weilte, traf ich mich erneut mit SCHOLZ zu einem Gedankenaustausch. Er war mittlerweile Leiter der "Suchttherapiestation *START AGAIN* in Männedorf" und teilte mir bei diesem Treffen mit, dass ihm, beim Suchen von Finanzmitteln für die Eröffnung von *START AGAIN*, von Seiten des Bundesamtes für Justiz Interesse und finanzielle Möglichkeiten angedeutet wurden, das neue, "innovative" Therapieprogramm von *START AGAIN* als "Modellversuch" zu evaluieren. Seine Frage war daher, ob ich mir die Projektleitung einer entsprechenden Fallstudie vorstellen könnte.

Gegeben, einerseits die sozialwissenschaftliche Grundorientierung von *START AGAIN* an der sinnrekonstruktiven Tradition der objektiven Hermeneutik, andererseits ihr Implementierungsversuch des alten *Vipassana*-Praxissystems im suchtrehabilitatorischen Kontext, da schien mir eine Fallstudie dieser Einrichtung eine *ganz besondere Gelegenheit für interdisziplinäre Forschung* darzustellen: Eine Vielzahl von sozialwissenschaftlichen und statistisch-analytischen Forschungstechniken sowie eine Mannigfaltigkeit an theoretischen und praktisch-therapeutischen Konzeptionen im Zusammenhang mit Sucht bzw. Süchtigkeit wären miteinander in Bezug zu setzen und zu testen, und das gewissermassen unter dem Vergrösserungsglas eines sich aktuell gestaltenden, konkreten suchttherapeutischen Milieus.

Bevor jedoch im Februar 1994 ein Finanzierungsgesuch für eine Fallstudie von *START AGAIN* ans Bundesamt für Justiz eingereicht werden konnte, war für mich wichtig, die Frage nach entsprechenden Fachberatern einer solchen Studie zu klären. Einen ersten Berater durfte ich gleich nach meiner Rückkehr nach Leuven ein paar Mal im benachbarten Maastricht am International Institute for Psycho-social and Socio-ecological Research (IPSER) besuchen, es war Prof. Charles KAPLAN. Von ihm, einem langjährigen Suchtforscher in den USA und in Europa, durfte ich viel Ermutigung erfahren, insbesondere was die Realisierung einer exemplarischen Anwendung moderner bayesisch-statistischer Dateninterpretationstechniken anbelangen würde, Techniken, die ich zu jener Zeit in Leuven studierte und lehrte und von denen ich ihm berichtete.

Die zweite für die Studie wichtige Person, die Bereitschaft zur Studienbegleitung zeigte und insbesondere dazu, mich in die Kunstlehre der sequenziellen Textanalyse (der zentralen forschungspraktischen Operation der objektiven Hermeneutik) an Hand von konkretem Datenmaterial einzuführen, war Prof. Bruno HILDENBRAND, damals Dozent an der Berufsakademie in Villingen-Schwenningen in Deutschland und heute Professor für Sozialisationstheorie und Mikrosoziologie an der Universität in Jena.

⁶ Siehe Abschnitt 7.3 unten.

Um es vorwegzunehmen, keinem dieser beiden Berater sind Unzulänglichkeiten oder Fehler dieser Studie anzulasten, dafür habe ich ganz allein die Verantwortung zu übernehmen. Ohne den durch sie verkörperten Rückenwind wäre diese Studie aber nie zustande gekommen, und dafür bin ich ihnen zu tiefem Dank verpflichtet.

Der letzte Abschnitt der Entstehungsgeschichte dieser Studie ist schnell erzählt, er nahm umgekehrt aber nahezu eineinhalb Jahre in Anspruch. Im Mai 1994 wurde das Studien-gesuch von *START AGAIN* vom Fachausschuss für Modellversuche des Bundesamtes für Justiz geprüft, bevor aber ein endgültiger Entscheid gefällt werden konnte, haben Vertreterinnen und Vertreter dieses Ausschusses im Juli 1994 die Einrichtung in Männedorf besucht und im September 1994 mussten seitens von *START AGAIN* noch Ergänzungen zum Therapieverständnis der Einrichtung nachgereicht werden. Die definitive Finanzierungszusage für die dreieinhalbjährige Gesamtdauer der Fallstudie von *START AGAIN* wurde im April 1995 durchs Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement gesprochen, und der Studienbeginn folgte im Juli 1995.

1.2 Studienziel und Inhaltsorganisation der Fallstudie

1.2.1 Ziel der Fallstudie

Das grundlegende Ziel der vorliegenden Einzelfallstudie ist es, das als "modellhaft und innovativ" erachtete Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige *START AGAIN* zu *verstehen* und nicht bloss zu beschreiben oder unter einen Katalog von im Voraus festgelegten Kategorien zu subsumieren. Zu untersuchende Kernfragen sind: Was sind die Strukturmerkmale der suchtrehabilitatorischen Konzeption dieser Einrichtung, vor welchem theoretischen und pragmatischen Hintergrund ist diese Konzeption entstanden und wie weit wird sie alltagspraktisch umgesetzt bzw. was ist notwendig, um sie konkret zu realisieren? Gibt es besondere Wirklichkeitserfahrungen und Prozesse der Wirklichkeitskonstruktion, die die Klientel bzw. das Personal dieser Einrichtung charakterisieren? Welcher Art sind die therapeutischen Prozesse, die sich im Milieu *START AGAIN* abspielen, und welcher Art sind ihre kurz- und mittelfristigen Effekte? (In den kommenden Jahren wäre es sicherlich ein interessantes Projekt, langfristige Effekte eines Therapieaufenthaltes in *START AGAIN* – d.h. Effekte über etwa fünf bis zehn Jahre – zu untersuchen.)

Neben diesen mit "rekonstruktiv-qualitativen" und mit "empirisch-quantitativen" sozialwissenschaftlichen Methoden zu untersuchenden Kernfragen auf der *Ebene des Besonderen* des Einzelfalls *START AGAIN*, interessiert uns die systematische Kontrastierung und Bezugsetzung der entsprechenden Erkenntnisse zu *allgemeinen* Wissensbeständen, so etwa im Zusammenhang mit dem "durchschnittlichen" statistischen Profil der Klientel stationärer Suchttherapieeinrichtungen in der Schweiz,⁷ mit einer soziologischen Sozialisationstheorie, mit Erkenntnissen zur Neurobiologie der Sucht oder mit professionalisierungstheoretischen Überlegungen zu therapeutischem Handeln. Auf der Ebene des Allgemeinen interessiert uns zudem die Frage nach der Generalisierbarkeit und der Übertragbarkeit von Vorgehensweisen und Einsichten bei *START AGAIN*.

⁷ Die grundlegenden Daten hierzu liefern die jährlichen, seit 1995 für die Schweiz flächendeckend durchgeführten Ein- und Austrittsbefragungen im Rahmen des Forschungsverbunds stationäre Suchttherapie (FOS), der vom Bundesamt für Gesundheit finanziert wird; vgl. Kapitel 4 und 9.

Um den "Untersuchungsgegenstand" etwas präziser zu definieren, ist festzuhalten, dass die vorliegende Studie auf *die ersten fünfzehnjährigen Betriebsjahre von START AGAIN* fokussiert, d.h. auf die Zeitspanne zwischen der Eröffnung der Einrichtung am 1. Oktober 1992 und dem Stichtag des 31. März 1998. Während sich *START AGAIN* anfänglich "Suchttherapiestation" nannte, bezeichnet es sich seit April 1996 mit der dialektischen Formel "Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige".⁸ *In der untersuchten Zeitspanne sind 194 Klientinnen und Klienten in die Einrichtung eingetreten (darunter 10 je zweimal) und 174 sind entweder frühzeitig oder regulär wieder ausgetreten.* Sie bilden einerseits die Stichproben, auf denen die nachfolgenden empirischen Generalisierungen beruhen, andererseits stammen aus ihnen alle Einzelfälle, auf die sich die rekonstruktiv erarbeiteten Strukturgeneralisierungen stützen.

1.2.2 Inhaltsorganisation der vorliegenden Fallstudie

Der Inhalt der vorliegenden Studie ist zunächst einmal in zwei grosse Teile gegliedert. Im **Hauptteil** wird in 11 Kapiteln eine kohärente Gesamtdarstellung der verschiedenen Schwerpunkte und Resultate der Fallstudie von *START AGAIN* gegeben. Im zweiten Teil der Studie, dem **Anhang- und Vertiefungsteil**, werden spezielle Gegenstände der Kapitel des Hauptteils analytisch und datenmässig komplettiert und vertieft. D.h. es werden spezielle Diskussionsgegenstände aus dem Hauptteil mit Hilfe exemplarischen Daten- und Analysematerials illustriert und so ausführlicher dargestellt, und es werden tabellarische Anhänge, Zeichenerklärungen und ein paar Originaldokumente wiedergegeben.

Der grosse Bogen der Kapitelorganisation im Hauptteil (und entsprechend im parallel organisierten Anhang- und Vertiefungsteil) wird aufgespannt durch vier zentrale Themenkreise:

I. Methodologischer und methodischer Rahmen der Studie

II. Die Klientel von *START AGAIN*

III. Das Besondere und das Allgemeine von *START AGAIN*

IV. Prozess- und Effektevaluation. Was bewirkt *START AGAIN* wie?

Die Diskussion aller vier Themenkreise spielt sich durchgehend auf zwei Ebenen ab, die das aufspannen, was im dritten Punkt explizit genannt wird, das dialektische Verhältnis von Besonderem und Allgemeinem; d.h. thematisiert wird

1. die *Ebene des Besonderen*, wo das spezifische Datenmaterial aus *START AGAIN* einzelfalllogisch im Zentrum steht; sowie
2. die *Ebene des Allgemeinen*, wo über *START AGAIN* hinaus Gültiges bzw. Generalisier- und Übertragbares zur Darstellung gelangt.

Themenkreis I: Methodologischer und methodischer Rahmen der Studie

Zum ersten Themenkreis gehört das Kapitel 2, wo der methodologische Rahmen und die konkreten forschungspraktischen Operationen der beiden Forschungssäulen dieser Studie dargelegt werden: Zum einen ist das die rekonstruktiv-sozialwissenschaftliche Methodik der Einzelfallstudie, wie sie von Ulrich OEVERMANN, Bruno HILDENBRAND, Barney G. GLASER und Anselm L. STRAUSS vorgeschlagen wird, zum anderen handelt es sich um statistisch-analytische Techniken aus dem Bereich der probabilistischen Logik

⁸ Das Besondere der Drogenabhängigkeit wird dabei zum Allgemeinen der Sucht – zu "Süchtigkeit" – in Bezug gesetzt.

(was die bayesische Statistik einschliesst), die etwa seit den 50er Jahren entwickelt wurden von Sir Harold JEFFREYS, R.T. COX, George PÓLYA, Edwin T. JAYNES und vielen anderen.

Der im ersten Themenkreis aufgespannte begriffliche Bezugsrahmen stellt gleichzeitig neben der Darlegung des Forschungsrahmens der vorliegenden Studie eine Explikation des sozialwissenschaftlichen Hintergrundes der Konzeptionalisierung von *START AGAIN* dar. Zentrale Begriffe, die erläutert werden sind unter anderem: Lebenspraxis, (objektive) Bedeutungs- und (latente) Sinnstrukturen, Fallstruktur(gesetzlichkeit), lebenspraktische Autonomie sowie speziell Sucht als eine besondere Form beschädigter Autonomie.

Im zugehörigen Vertiefungskapitel A2 wird neben Bemerkungen zu den Rahmenbedingungen für die Fallstudie seitens von *START AGAIN* ein Forschungsinterview und dessen sequenzielle Analyse (Kurt: "Zwischen coolem *impression management* und zarter Erfahrung von Gegenseitigkeit") exemplarisch wiedergegeben.

Themenkreis II: Die Klientel von *START AGAIN*

Der zweite Themenkreis umfasst die Kapitel 3 und 4 und die zugehörigen Anhang- und Vertiefungsteile A3 und A4. Im Kapitel 3 wird, gestützt auf die Rekonstruktion von verschiedenen Familiengeschichten und Biographien von Klientinnen und Klienten von *START AGAIN*, ein Strukturmodell suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis entwickelt. Als exemplarische Rekonstruktion wird die Falldarstellung der Familie Kaiser-Maier ("Desintegration und Stigmatisierung") und die Biographieanalyse von Beat Kaiser ("Scharfe, aber emotional wenig abgestützte Intellektualität") wiedergegeben. Strukturkern des entwickelten Modells bildet die Gestalt eines "pathologisch aufgespalteten oder kurzgeschlossenen 'Entweder-oder-Denkens, -Fühlens und -Handelns'". Vor dem Hintergrund dieses Modells kann die suchtrehabilitatorische Aufgabenstellung aus strukturalistischer Sicht generell formuliert werden als: "Hilfe zu einer relativen Steigerung lebenspraktischer Autonomie, und zwar im Sinne von Strukturtransformation in Richtung eines dynamisch gestalteten, zukunfts-offenen 'Sowohl-als-auch-Denkens, -Fühlens und -Handelns'". Das zentrale therapeutische Grundthema des Kapitels 3 ist ein Verstehen des Unterschiedes zwischen Nach- und Re-Sozialisation, wozu insbesondere ein allgemeines Strukturmodell der sozialisatorischen Genese von Autonomie einen wichtigen Beitrag leistet.

Im Vertiefungskapitel A3 werden die leicht editierten Protokolle der sequenziellen Genogrammanalyse der Familie Lang-Gomez ("Die habituelle Auslagerung des Exzessiven") und der Biographieanalyse der Natalie Lang ("Die unablässige Suche von sich im Anderen und vom Anderen in sich") wiedergegeben. Sie dienen dazu, das Fallmaterial des Kapitels 3 zu kontrastieren, und mögen einen unmittelbaren Einblick in das sowohl forschungs- wie auch therapielogisch grundlegende rekonstruktive Erschliessen von "geronnenen" biographischen Daten geben.

Kapitel 4 mit dem zugehörigen tabellarischen Anhang A4 ist der systematischen Kontrastierung des statistischen Profils bei Therapieeintritt der Klientel von *START AGAIN* mit jenem der Poolklientel des Forschungsverbunds stationäre Suchttherapie (FOS) während den Jahren 1995 bis 1997 gewidmet. Die Kontrastierungsdimensionen sind: (1) soziodemographische Grundangaben, (2) Eintrittssituation bzw. strukturelle Integration im Jahr vor der Behandlung, (3) strukturelle Ressourcen und Defizite, (4) soziales Netz, (5) Drogenkonsum und Drogenerfahrungen, (6) Gesundheit, (7) Institutionserfahrungen und Justizkontakte und (8) Therapiemotivation.

Themenkreis III: Das Besondere und das Allgemeine von *START AGAIN*

Dieser Themenkreis umfasst die Kapitel 5 bis 7 und die entsprechenden Anhänge bzw. Vertiefungskapitel A5 bis A7. In Kapitel 5 wird nach einer ersten Orientierung zur therapeutischen Grundkonzeption von *START AGAIN* ein Überblick über die Konzept- und Betriebsgeschichte von *START AGAIN* zwischen Frühling 1992 und Herbst 1998 gegeben. Diese ist gekennzeichnet durch sechs voneinander strukturell abgrenzbare Phasen: (1) Gründungsphase, (2) Aufbauphase, (3) erste Konsolidierungsphase, (4) Phase des Erwerbs und Umbaus der Liegenschaft BERNER in Zürich, (5) Krisen- und Restrukturierungsphase, und (6) "Verdauungsphase" BERNER und Neukonzeption: "*START AGAIN starts again*". Eine ausführliche Chronologie der Ereignisse findet sich im Vertiefungsabschnitt A5.1.

Eine Zusammenstellung von sieben rekonstruierten Dimensionen, die den Strukturkern der Geschichte von *START AGAIN* aufspannen, wird am Ende des Kapitels 5 gegeben. Die Dimensionen schliessen die produktive Gleichzeitigkeit verschiedener entgegengesetzter Strukturgestalten ein, so etwa das Gegensatzpaar von Stadt (Zürich) und Land (Männedorf), was die konkrete geographische und soziokulturelle Verortung der beiden Einrichtungsteile von *START AGAIN* anbelangt. Weiter gehören dazu die jeweilige dynamische Vermittlung der einander entgegengesetzten Strukturpole von Alltag und Therapie und von Grossfamilie und Organisation, zwischen denen sich eine Betriebsgeschichte entfaltet, die durch Wandel als Konstante, therapeutische Innovation sowie latentes bis manifestes Scheitern auf der einen Seite und durch stete Bestrebungen nach Konstanz im Wandel und nach Konsolidierung betriebswirtschaftlicher und organisatorischer Rahmenbedingungen auf der anderen Seite gekennzeichnet ist.

Die Kapitel 6 und A6 sind der allgemeinen Strukturlogik der interventiven Grundelemente von *START AGAIN* gewidmet. Es werden diskutiert und analysiert: (1) Professionelle systemische Therapie, (2) die behandlungsintegrierte Philosophie der *Anonymen Narkotiker* und (3) das alte Praxissystem von *ānāpāna-sati* und *vipassanā* (kurz: *Vipassana*).

In der Verschränkung dieser verschiedenen Grundelemente zeichnet sich dann der Fallstrukturkern von *START AGAIN* als eine vielschichtige und vieldimensionale widersprüchliche Einheit ab,⁹ wo die verschiedenen Dimensionen (systemische Therapie, Selbsthilfe gemäss den *Anonymen Narkotikern* und *Vipassana*) zum einen untereinander nach ihrer spezifischen genesungsprozess-logischen Reichweite geordnet sind und zum anderen sich selbst als vieldimensionale widersprüchliche Einheiten konstituieren. Mit anderen Worten: *START AGAIN* als Ganzes stellt eine vielschichtige und vieldimensionale "Sowohl-als-auch-Gestalt" dar, die im Realisierungsfalle maximal mit dem pathologischen "Entweder-oder-Denken, -Fühlen und -Handeln" seiner Klientel kontrastiert. – Die Prozess- und Effektevaluation rekonstruiert dieses "institutionelle *role modeling*" von *START AGAIN* auf der Strukturebene als basales implizites Wirkmoment, das kontinuierlich individuelle Genesungsprozesse anzuregen vermag.

Kapitel 7 fokussiert auf das Besondere von *START AGAIN* und rekonstruiert dieses als neuartigen und generalisierbaren Therapietyp, der mit dem Begriff "**tiefensystemische Therapie**" gefasst wird. In seiner spezifischen Realisierung im Kontext Suchttherapie wird dieser Therapietyp in Kapitel 7 anhand des "tiefensystemischen" Menschenbildes sowie des Suchtverständnisses von *START AGAIN* expliziert.

⁹ Der dialektische Begriff der "**widersprüchlichen Einheit**" fasst die produktive, d.h. Dynamismus entbindende, Gleichzeitigkeit von aufeinander bezogenen, aber in nicht auszugleichendem (sinnstrukturelem) Widerspruch zueinander stehenden Gegensatzpaaren.

Gemäss dem Suchtverständnis von *START AGAIN* wird die Genese und die Aufrechterhaltung von Sucht – und in umgekehrter Logik grundsätzlich auch die mögliche Genesung von der Sucht – verstanden als ein gekoppelter Prozess, in dem sich ein besonderer beschädigter sozialisatorischer und individualbiographischer Entwicklungsprozess und eine allgemeine entgleiste mental-somatische Reaktionsdynamik zwischen Begehren und körperlichen Empfindungen pathologisch verschränken. Für die mental-somatischen Reaktionsdynamik spielt die physiologische Impulskraft und die nachhaltige neurobiologische Wirkung von Drogen auf das Gehirn eine wichtige, aber nicht ausschliessliche Rolle. Jüngste Hypothesen zur Neurobiologie der Sucht sind im Vertiefungskapitel A7 zusammengefasst.

Grundbegriffe des tiefensystemischen Therapieverständnisses von *START AGAIN* bilden der Begriff der "**Süchtigkeit**" und ein **erweiterter Begriff von Autonomie**. (Universelle oder spezifische) Süchtigkeit verweist auf ein kumulativ sich aufbauendes Handlungspotenzial, das ein Individuum (im Allgemeinen oder in spezifischen Fällen) habituell mit Verlangen oder Begehren auf Angenehmes und mit Abneigung oder Aversion auf Unangenehmes reagieren lässt. Der erweiterte Autonomiebegriff ergänzt die sozial-handlungspraktische Bestimmung von Autonomie um die psycho-mentale Dimension der Fähigkeit, mit den in jedem Individuum permanent aufsteigenden, im Allgemeinen jedoch unbewussten körperlichen Empfindungen wissensklar und gleichmütig umzugehen. Es fasst diese Dimension die sowohl alte buddhistische wie auch neue neurobiologische Erkenntnis, dass der permanente geistig-körperliche Prozess des "Fühlens von Empfindungen" ganz fundamental in das Generieren von Handlungsentwürfen, das habituelle Fällen von Entscheidungen und somit grundlegend in jede Form des sozialen Handelns eingeht, und zwar unabhängig davon, ob man sich dieses Prozesses bewusst ist oder nicht.

Therapiepraktisch verbindet tiefensystemische Therapie nach- und re-sozialisatorische Interventionsformen, die auf die Förderung der sozial-handlungspraktischen Dimension von Autonomie gerichtet sind, mit einer spezifischen Form der methodisch kontrollierten Geistesschulung (*Vipassana*), die auf die Entwicklung der psycho-mentalen Dimension von Autonomie gerichtet ist, und zwar über die Bearbeitung von blinden Bedeutsamkeitszuweisungsroutinen und so von universeller Süchtigkeit.

Themenkreis IV: Prozess- und Effektevaluation. Was bewirkt *START AGAIN* wie?

Dieser Themenkreis umfasst die Kapitel 8 bis 10 und den Tabellenanhang A9. In Kapitel 8 rekonstruieren wir anhand verschiedener therapeutischer Aufzeichnungen den Status professionellen therapeutischen Handelns in *START AGAIN* und wenden uns der Frage des Verhältnisses zwischen Anspruch und Wirklichkeit zu. Die wichtigste Grundlage für diese Diskussion bildet das zu Beginn von Kapitel 6 dargelegte Strukturmodell professionellen therapeutischen Handelns.

Im zweiten Teil von Kapitel 8 charakterisieren wir *START AGAIN* allgemein als einen Ort der Transformation, exemplarisch gestützt auf die Analyse von Sequenzen aus den therapeutischen Prozessen von Beat Kaiser und Natalie Lang, deren Familiengeschichten und Biographien wir in den Kapiteln 3 und A3 analysiert haben. Des Weiteren wenden wir uns einerseits der spezifischen Wirkung einzelner Interventionselemente von *START AGAIN* zu, andererseits dem besonderen strukturtransformatorischen Potenzial, das aus der Verschränkung dieser Elemente erwächst. Schwerpunktässig fokussieren wir insbesondere auf die Logik von "Aushandlungsprozessen", die charakteristisch sind für die tiefensystemische Therapieform von *START AGAIN*, auf die Wirkung der *ānāpāna-sati*-Praxis sowie auf das allgemeine Wirkpotenzial 10-tägiger *Vipassana*-Kurse.

Im Zusammenhang mit der täglichen Praxis der *ānāpāna-sati*-Übung formulieren wir die rekonstruktionsgestützte These, dass Achtsamkeitsschulung als das naturwüchsige Resultat persistenter Aufmerksamkeitsfokussierung zu erachten ist, und dass die *ānāpāna-sati*-Übung in moderner Sprache mit gutem Recht als Anti-Stress-Technik bezeichnet werden kann.

Hinsichtlich des Wirkpotenzials 10-tägiger *Vipassana*-Kurse rekonstruieren wir fünf Klassen potenzieller Effekte: (1) Effekte auf der Ebene des sozialen Handelns, (2) somatische und psychosomatische Effekte, (3) Effekte im Zusammenhang mit methodischer Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle und Coping, (4) Effekte tiefenpsychodynamischer Natur, und (5) Effekte im Bereiche von Weisheit und Förderung von basalem strukturellem Optimismus.

Kapitel 9 und der zugehörige tabellarische Anhang A9 breiten eine systematische statistische Beschreibung der Klientel von *START AGAIN* bei Therapieaustritt aus. Des Weiteren geben sie eine Kontrastierung des statistischen Profils der Klientel von *START AGAIN* bei Therapieaustritt mit jenem der Poolklientel des Forschungsverbunds stationäre Suchttherapie (FOS) während den Jahren 1995 bis 1997, und das entlang den Dimensionen: (1) Angaben zum Therapieaufenthalt und zur Austrittsmodalität, (2) strukturelle und rechtliche Situation bei Austritt bzw. Übertritt in eine Aussenwohngruppe und (3) soziale Kontakte bei Austritt bzw. Übertritt in eine Aussenwohngruppe.

In Kapitel 10 fassen wir die während der ganzen Studie schrittweise erarbeiteten und immer wieder mit dem rekonstruktiven Forschungsprozess rückgekoppelten empirischen Erfolgchancen und Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls für verschiedene Subklientele von *START AGAIN* zusammen.

Für die Bestimmung des Rehabilitationsstatus ausgetretener Klient/inn/en sind in der vorliegenden Studie grundsätzlich die Rekonstruktion einer allfälligen relativen Steigerung der lebenspraktischen Autonomie sowie die Beurteilung des Bearbeitungsgrades von Süchtigkeit je im zweiten Jahr nach Austritt massgebend. Praktisch umschliesst die Erfolgsbeurteilung die folgenden vier Rehabilitationsbereiche: (1) Gestaltung von diffusen und spezifischen Sozialbeziehungen und das konkrete soziale Netz, (2) die strukturelle Integration (Beschäftigungs- und/oder Ausbildungssituation, Wohnsituation), (3) der Umgang mit harten Drogen, mit Nebendrogen sowie die Frage nach der Legalbewährung, und (4) die Frage nach einer allfällig fortgesetzten persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht nach dem Therapieaustritt.

Das primäre Ziel der Erfolgs- und Rückfall-Untersuchungen in Kapitel 10 ist nicht ein vergleichendes Einsortieren von *START AGAIN* auf einer der vielen in der Literatur vorgeschlagenen Therapieerfolgsskalen – wenn dazu auch einige Ausführungen gemacht werden –, sondern ein mit dem Therapieverständnis und der Handlungspraxis der Einrichtung konsistentes "Diagnostizieren" und Verstehen von Wirksamkeitsunterschieden der Behandlung bei unterschiedlichen Subklientelen sowie von Unterschieden, die sich allenfalls im Verlaufe der Zeit als Folge von sich verändernden betrieblichen und politischen Rahmenbedingungen eingestellt haben. Im Zusammenhang mit dem letztgenannten Punkt greifen wir auf die in Kapitel 5 ausgebreitete Konzept- und Betriebsgeschichte von *START AGAIN* zurück.

Zusammenfassung, Generalisier- und Übertragbarkeit der Resultate der Fallstudie

Im 11. und letzten Kapitel geben wir zum einen eine Reflexion zum praktischen Nutzen und Anwendungspotenzial der im Rahmen der vorliegenden Fallstudie angestrebten praxisorientierten Forschungstätigkeit, und zwar aus der Sicht der betroffenen Praktiker/inne/n, zum anderen fassen wir die wichtigsten Einsichten und Resultate der Fallstudie thesenartig zusammen und kommentieren ihre Generalisierbarkeit und mögliche Übertragbarkeit auf andere Handlungskontexte.

Abschlussbemerkung

Abschliessend ist hinsichtlich der ursprünglich geplanten zeitlichen Organisation der Fallstudie in drei Phasen (1. konzeptioneller und theoretischer Rahmen von *START AGAIN*, 2. rekonstruktiv-qualitative und 3. empirisch-quantitative Analyse) festzuhalten,¹⁰ dass in der konkreten Studiendurchführung die entsprechenden Perspektiven – wie aus obiger Darstellung ersichtlich – zwar durchgängig beibehalten wurden, sich die planungsmässig vorgegebene, ziemlich lineare zeitliche Organisation der Studie aber nicht als gegenstandsadäquat erwies und naturwüchsigerweise durch ein dynamisches Miteinander und kontinuierliches Zueinander-in-Bezug-Setzen der entsprechenden Perspektiven und Untersuchungsweisen ersetzt wurde.

1.3 Danksagungen

Als Studienleiter möchte ich meinen ersten und nachdrücklichsten Dank dem Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige *START AGAIN* in Männedorf und Zürich aussprechen. Ich bedanke mich beim Vereinsvorstand und der Geschäftsleitung von *START AGAIN* für die bemerkenswert guten Rahmenbedingungen für die Fallstudie über ihre Einrichtung. Stellvertretend für alle Mitglieder dieser beiden Gremien möchte ich den Vereinspräsidenten, Dr. Robert SEMPACH, und den Gesamtleiter bzw. Geschäftsführer von *START AGAIN*, Dr. Gerhard SCHOLZ, nennen. Für ein stets offenes Begegnen und Auskunftgeben, ein uneingeschränktes Gewähren von Einsicht in ausnahmslos alle Handlungszusammenhänge von *START AGAIN* und für die Möglichkeit zur direkten Anteilnahme an vielen persönlichen Geschichten und Erfahrungen, dafür gebührt mein Dank allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und allen Klientinnen und Klienten, mit denen ich während den letzten dreieinhalb Jahren in *START AGAIN* zusammenarbeiten durfte. Für das Gelingen der Studie wichtig war insbesondere die sorgfältige Einführung meiner Person bei Team und Klientel durch Gerhard SCHOLZ, durch den ehemaligen Bereichsleiter Sergio MANTOVANI und die ehemalige Bereichsleiterin Marianne BAUMANN-WÜRGER.

Wie aus der kurzen Geschichte zu Beginn dieser Einleitung hervorgehen mag, wäre diese Studie nicht zu Stande gekommen, hätte mich Prof. Bruno HILDENBRAND (Jena) nicht sorgfältig und praxisnah, d.h. direkt am konkreten Datenmaterial der Studie, in die Methodologie rekonstruktiv-sozialwissenschaftlicher Einzelfallforschung und da insbesondere in die Kunst der (fein-)sequenziellen Textanalyse eingeführt sowie über die Jahre begleitet. Ich bin ihm zu grossem Dank verpflichtet. Für wiederholte Anregungen und hilfreiche fachliche Unterstützung möchte ich des Weiteren Prof. Charles KAPLAN (Maastricht) meinen Dank aussprechen sowie Prof. Ulrich OEVERMANN (Frankfurt a.M.) für einerseits ein sehr inspirierendes Forschungskolloquium in *START AGAIN* und ande-

¹⁰ Vgl. Studiengesuch vom Februar 1992 ans Bundesamt für Justiz.

rerseits meine Teilnahme- und Vortragsmöglichkeiten an den letzten paar Jahrestagungen der Arbeitsgemeinschaft objektive Hermeneutik e.V. an der J.W. Goethe-Universität in Frankfurt a.M.

Als weitere Personen, denen ich Dank schulde für die Mitarbeit bei der einen oder anderen Datenerhebung und -analyse, möchte ich speziell die drei Absolventen der Berufsakademie Villingen-Schwenningen bzw. der Fachhochschule Köln nennen, Arndt MÜLLER,¹¹ Carola XANDER¹² und Nicole KLEIN,¹³ die ihre Diplomarbeiten in Sozialpädagogik bzw. Sozialarbeit über eine Facette von *START AGAIN* verfasst haben und sich dabei durch mich begleiten liessen. Ebenfalls danken möchte ich für phasenweise Studienmitarbeit Gerhard SCHOLZ, Sergio MANTOVANI, Edgar SEIDEMANN, Ingo HANISCH, Werner VOGD, Hannes UMMEL, Gesa-Maren GORDON, Felicitas ENGLISCH und Mark HONEGGER (Transkriptionen).

Für die hervorragenden Graphiken zur Anatomie des menschlichen Gehirns in Kapitel 7 gebührt mein Dank Dr. Renato BERNARDINIS.

Für ein sorgfältiges Durchlesen der Kapitel 4 und 9 und der zugehörigen Anhänge A4 und A9, die je auf Daten des Forschungsverbands stationäre Suchttherapie (FOS) beruhen, sowie für Ihre Verbesserungsvorschläge bedanke ich mich bei der Projektleiterin des FOS, Anja DOBLER-MIKOLA, und bei dessen Koordinatorin, Esther GRICHTING, beide am Institut für Suchtforschung in Zürich.

Eine ausserordentliche Gelegenheit, tiefer in das *Vipassana*-Praxissystem und dessen Umsetzungsmöglichkeit im Kontext Gefängnis einzudringen, bot mir ein dreiwöchiger Aufenthalt im Ming-Te Branch Prison (Drug Rehabilitation Center) in Tainan County auf Taiwan im Juli 1996. Allen Personen, die dazu beitrugen, diesen Besuch zu ermöglichen, möchte ich einen herzlichen Dank aussprechen, vorab Prof. CHENG Chen-Huang, Prof. Chung-An LIN, Mr. N.O. PATIL und Michael DRUMMOND. Des Weiteren gebührt mein aufrichtiger Dank *Vipassana Āchārya* S.N. GOENKA, seiner Frau und seinem Bruder Mr. R.S. GOENKA dafür, dass sie mich während einer Mahlzeit in ihrer zeitweiligen Residenz in Kaohsiung (Taiwan) im Juli 1996 als Gast bewirteten und wir ein für mich sehr anregendes Gespräch über *Vipassana*, *Vipassana*-Gefängniskurse in Indien und Taiwan und über Wissenschaft führen konnten.

Für spezielle Unterstützung und Hilfe, in theoretischer und praktischer Weise die "Innenräume" des *Vipassana*-Praxissystems kennenzulernen, bedanke ich mich zudem bei Flo LEHMANN, Gerhard SCHOLZ und den beiden für Europa zuständigen *Vipassana*-Lehrern Drs. B. und K. GANDHI.

Dem Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartement bin ich zu Dank verpflichtet für die grosszügige Subventionierung der Fallstudie, und dem zugehörigen Bundesamt für Justiz, insbesondere der Sektion Straf- und Massnahmenvollzug, gebührt mein Dank einerseits für weitsichtige und gegenstandsadäquate Rahmenbedingungen für diese Studie, andererseits für ihr stetes Interesse am Verlaufe der Studie.

¹¹ *Qualitätssicherung in der stationären Suchttherapie. Rekonstruktive Verfahren als Instrumente der Qualitätssicherung*, Diplomarbeit (Villingen-Schwenningen, 1997).

¹² *Reflexion von Routinepraktiken in der Drogentherapie. Dargestellt am Beispiel einer kontinuierlichen Atemachtsamkeitsschulung*, Diplomarbeit (Villingen-Schwenningen, 1998).

¹³ *Die Bedeutung der Vipassana-Meditation in der Arbeit mit suchtkranken Menschen*, Diplomarbeit (Köln, 1997).

Zum Schluss ist es mir ein persönliches Anliegen, meiner Frau und meinen beiden Söhnen dafür zu danken, dass ihre wohlwollende Zuwendung, Ermutigung und Liebe nie versiegt, trotz der vielen Abende und Wochenenden, an denen ich für sie, tief vergraben im Studienmaterial, der Analyse- oder Schreibearbeit, nicht ansprechbar war.

2 Methodischer Teil. Zugleich eine Explikation des sozialwissenschaftlichen Hintergrundes der Konzeptionalisierung von *START AGAIN*

2.1 Methodologischer und methodischer Rahmen der Studie

Die Fallstudie des Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige *START AGAIN* in Männedorf und Zürich ist grundsätzlich darauf angelegt, durch ein *methodisch kontrolliertes Vorgehen* Einblick in das Geschehen in dieser Rehabilitationseinrichtung zu gewinnen und eine rationale, für Aussen- wie Innenstehende nachvollziehbare Beurteilung dieser Einrichtung zu ermöglichen, mit anderen Worten: Unser Ziel ist es, *START AGAIN* zu verstehen.

Um dieses Ziel zu erreichen, verfolgen wir die *Forschungsstrategie einer sich gegenseitig ergänzenden Kombination von "rekonstruktiv-qualitativen" und "empirisch-quantitativen" Methoden* oder besser einer Kombination von Methoden einerseits der nicht-standardisierten oder klinischen (Forscher/innen begegnungsmässig involvierenden) Datenerhebung und rekonstruktionslogischen oder strukturanalytischen Datenauswertung,¹ andererseits der standardisierten (möglichst "forscherunabhängigen") Datenerhebung und subsumtionslogischen Auswertung. Kurz: Klinisch-rekonstruktionslogisches Vorgehen heisst, dass ein Fall (ob Individuum, Familie, Gruppe, Organisation etc.) als eigenständige Untersuchungseinheit erachtet wird und dass die von ihm (z.T. im Dialog mit der Forscherin oder dem Forscher) erzeugten und ungefiltert oder unselektiv aufgezeichneten Ausdrucksgestalten sequenzanalytisch in der "Sprache des Falles" selbst ausgewertet werden. Standardisiert-subsumtionslogisches Vorgehen erachtet einen Fall als ein Element einer empirischen Menge von Merkmalsträgern, das unter vorgefasste operationale Kategorien oder klassifikatorische Begriffe einzuordnen bzw. zu subsumieren ist. Beide Ansätze werden unten ausführlicher dargestellt.

Die Notwendigkeit des Einbezugs *klinischer Datenerhebung und rekonstruktionslogischer Datenauswertung* leitet sich aus jener sozialwissenschaftlichen Position ab, die

¹ Wir bemerken hier, dass der rekonstruktiv verfahrenende Sozialwissenschaft ein ganz spezifischen Strukturbegriff eigen ist. "**Strukturen**" sind hier nicht bloss eine Menge von Elementen, die in einer zu spezifizierenden, statischen Relation zueinander stehen. Vielmehr sind es jene Gesetzmässigkeiten, die eine Lebenspraxis bzw. einen Sozialzusammenhang charakterisieren und sich in deren bzw. dessen sequenzieller Rekonstruktion als wiedererkennbare typische Auswahlen von Möglichkeiten zeigen. In dieser Betrachtung fallen also Struktur und Prozess zusammen. Es wird versucht die Bildungsgesetzlichkeit von Erscheinungen ihrem Wesen nach zu begreifen; s. OEVERMANN (1996b: 9f.).

festhält, dass soziale Kontexte nicht bloss in der Form von Klassifikationsmerkmalen in die Untersuchung einzubeziehen sind, sondern dass diese als komplexe Handlungszusammenhänge selbst in ihrer Eigenlogik erfasst werden müssen, da alle in die Untersuchung einbezogenen Menschen stets in bestimmten sozialen Kontexten und strukturierten Zusammenhängen standen und stehen. Einer in diesem Sinne betriebenen Fall- oder Evaluationsforschung geht es immer um die *systematische Berücksichtigung des Prinzips subjektiver Interpretationen*, was bedeutet, dass "im Unterschied zu den Naturwissenschaften, immer bereits interpretierte Realitäten untersucht werden, Realitäten, die durch diejenigen interpretiert sind, die als Handelnde selbst Bestandteil der untersuchten Realität sind",² oder, "dass menschliche Wirklichkeit interpretierte Wirklichkeit ist und dass diese Wirklichkeit in Interaktionsprozessen konstruiert wird."³ In Übereinstimmung mit dieser Position legen wir die Fallstudie oder Gesamtevaluation von *START AGAIN* grundsätzlich als (ethnographische) *Milieustudie*, d.h. als Fallstudie eines umfassenden Sozialzusammenhanges, an.⁴

In der praktischen Realisierung dieses Forschungspols orientieren wir uns grundsätzlich an der äusserst durchdachten und ausgefeilten Methodologie der **objektiven Hermeneutik** OEVERMANN'S. Die für unsere Fallstudie wie für *START AGAIN* zentralen Grundbegriffe und -konzeptionen dieser Methodologie legen wir in zusammenhängender Form unten in Abschnitt 2.2 dar. Stellenweise ergänzt wir diesen methodologischen Rahmen durch forschungspraktisch effektive Verfahren, die der Verschränkung eben dieser Methodologie mit Elementen der **Methodenlehre der grounded theory** erwachsen,⁵ einer Verschränkung, wie sie HILDENBRAND in seinen Arbeiten zur Methodik der Einzelfallstudie oder der fallrekonstruktiven Forschung vorschlägt.⁶

Die Motivationslinie für den Einbezug *standardisierter und subsumtionslogischer Verfahren* ist eine doppelte: Einerseits ist klar, dass der wichtigste Vorteil (und entsprechend die grösste "Verführungsgefahr") standardisierter Verfahren vor allem in der Ökonomie der Erhebung und der späteren, durch die Operationalisierung der Datenerhebung gewissermassen vorprogrammierten Auswertung liegt. Diesen Vorteil werden wir da nutzen, wo wir charakteristische Merkmale der Klientel von *START AGAIN* je bei Therapieeintritt und Therapieaustritt mit denjenigen der Poolklientel eines für die

² SCHÜTZ (1971: 59) – aus einer phänomenologisch-soziologischen Sicht.

³ HILDENBRAND im Vorwort zu STRAUSS (1994: 17) – aus einer symbolisch-interaktionistischen Sicht.

⁴ Im Rückgriff auf MEAD (1969) wird "**Milieu**" als Organisation von Perspektiven begriffen, die den individuellen Perspektiven der im Milieu Handelnden gegenüber vorgängig ist und die den Rahmen für diese individuellen Perspektiven setzt. HILDENBRAND (1996³: I-49) verschärft diese Definition, indem er ergänzt, dass "routinehafte, fraglose Orientierung in der Alltagswelt vorübergehend an Milieus gebunden ist. Milieus haben ihre eigene Biographie, in der sich selbstverständlicher Umgang mit alltäglichen Problemen als typischer Umgang entwickelt. Handelnde im Milieu sind in diesem Zusammenhang hineingewachsen, sie betreten [und verlassen – UMS] ihn nicht von heute auf morgen – das wäre die Situation des Fremden. Milieus konkretisieren sich in Situationen, in denen das milieuspezifische implizite Wissen wirksam wird und worin sich eine vorreflexive Handlungsdynamik vorfindet, in der der Handelnde als implizit Wissender aufgeht."

⁵ Diese betreffen speziell konkrete Verfahren des Kodierens (d.h. Konzeptionalisierens von Daten), des Schreibens von Memos (d.h. vorläufiger Berichte über theoretische Fragen, Hypothesen und sich bildende Kategorien) sowie des Integrierens dieser zu Strukturhypothesen und einer letztlich konzeptuell dichten Theorie (*grounded theory*); s. dazu A.L. STRAUSS, *Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (Fink, München, 1994).

⁶ Siehe B. HILDENBRAND, *Methodik der Einzelfallstudie: Theoretische Grundlagen, Erhebungs- und Auswertungsverfahren, vorgeführt an Fallbeispielen*, Studienbrief in drei Bänden (Fernuniversität Hagen, 1996³), sowie die Skizze eines hermeneutischen Therapieforshungsparadigmas im Teil III von R. WELTER-ENDERLIN und B. HILDENBRAND, *Systemische Therapie als Begegnung* (Klett-Cotta, Stuttgart, 1996).

Schweiz flächendeckenden Netzes von stationären Suchttherapieeinrichtungen⁷ verglichen werden.

Den zweiten wesentlichen Grund für den Einsatz standardisierter Verfahren im Fallstudienkontext *START AGAIN* liefert das Bestreben nach einer statistischen Überprüfung von Hypothesen, die sich auf rekonstruierte Kategorien oder Strukturgesetzmäßigkeiten beziehen, die für die Charakterisierung und das Verstehen des Einzelfalls *START AGAIN* wesentlich sind. Konkret geht es hierbei um den empirischen Vergleich verschiedener Teilklientele von *START AGAIN* untereinander, und zwar typischerweise im Zusammenhang mit einer bestimmten Eigenschaft und deren Einfluss auf den Therapieprozess oder dessen kurz- und mittelfristige Wirkung.

Da die Umfänge verschiedener, zu kontrastierender Teilklientele im Falle einer einzigen Einrichtung typischerweise relativ klein sind (für *START AGAIN* liegen sie zwischen 10 und 40), stellt sich hier, was die vergleichende Datenanalyse anbelangt, ein speziell anspruchsvolles Problem. In der vorliegenden Studie werden wir dieses Problem mit einem ganz neuen entscheidungstheoretischen Ansatz aus der mathematischen Teildisziplin der **probabilistischen Logik** (einer Verschränkung von bayesischer Statistik und informationsentropischen Ansätzen) angehen. Eine Erläuterung dieses Ansatzes geben wir in Abschnitt 2.3 unten.

Beim Formulieren eines **umfassenden forschungspragmatischen Rahmens** für die hier angestrebte Verschränkung von im obigen Sinne verstandenen "rekonstruktiv-qualitativen" und "empirisch-quantitativen" Methoden orientieren wir uns schliesslich prinzipiell an der von GLASER und STRAUSS entwickelten, auf empirischen Einsichten basierenden Strategie der Entwicklung einer "gegenstandsbezogenen Theorie" (*grounded theory*).⁸

Unserem grundsätzlich nach Verstehen und nicht nach Beschreibung trachtenden Ansatz liegt somit eine Reihe von methodischen Leitlinien zu Grunde:⁹

1. Aus den unterschiedlichsten Materialien – hier: Therapiekonzepte, Organigramme, Jahresberichte, Sitzungsprotokolle, Aufzeichnungen von Therapeut/inn/en (sog. Klientenhefte, Berichte an Ämter etc.) und von Klient/inn/en (Biographien, Genogramme, Briefe, sog. Standortberichte etc.), Transkriptionen von Forschungsinterviews, von therapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen, Protokolle teilnehmender Beobachtung in den verschiedensten therapeutischen sowie organisatorisch-administrativen Handlungszusammenhängen der Einrichtung, standardisierten Fragebögen etc. – werden die Daten erhoben.
2. Auf dem Hintergrund des heterogenen ("dokumentarischen", "objektiven", "klinischen" und "standardisierten") Datenmaterials verdichtet sich die Theoriebildung.
3. Über die Verankerung im Datenmaterial werden Spekulationen und Ineffizienzen der Forschung vermieden.
4. Über die Erfassung vieler kontrastierender Aspekte der untersuchten Phänomene bzw. des gesamten untersuchten Milieus durch eine konzeptuell dichte Theorie wird die Komplexität der sozialen Wirklichkeit wieder eingeholt.

⁷ Siehe Kapitel 4 und 9.

⁸ B.G. GLASER und A.L. STRAUSS, *The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research* (Aldine de Gruyter, New York, 1967).

⁹ Details sind ausgeführt in A.L. STRAUSS, *Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (Fink, München, 1994); vgl. auch HILDENBRAND (1996³).

5. Zwischen den Forschenden und ihrem Gegenstand besteht eine intensive Wechselwirkung in dem Sinne, dass die Forschenden über die reine Sachkundigkeit hinaus "in ihrer Arbeit drin sind" und von den Erfahrungen, die sie im Verlaufe des Forschungsprozesses machen, geleitet werden.

Die Aussagen des ersten und der letzten beiden Punkte sollen in den folgenden Unterabschnitten unter drei Aspekten: teilnehmende Beobachtung, Interviewführung und Interviewanalyse sowie Kontrastieren in der fallrekonstruktiven Forschung noch etwas expandiert werden.

2.1.1 Teilnehmende Beobachtung im Allgemeinen und das ethno-methodologische Konzept des *becoming the phenomena* speziell im Zusammenhang mit der Verstehensproblematik des Praxissystems von *±n±p±na-sati* und *vipassan±*

Ohne an dieser Stelle ausführlich auf den ausgedehnten und teilweise kontroversen wissenschaftlichen Diskurs bezüglich der Forschungsmethode der "**teilnehmenden Beobachtung**" eingehen zu können,¹⁰ wollen wir hier unsere diesbezügliche Position kurz erläutern. Unsere grundsätzliche Orientierung lässt sich in einem Argument zusammenfassen, das von Herbert BLUMER, einem der Hauptvertreter des Symbolischen Interaktionismus der Chicagoer Schule, ins Feld geführt wurde:¹¹

"Wenn man versucht, den interpretativen Prozess dadurch in den Griff zu bekommen, dass man als ein sogenannter 'objektiver' Beobachter abseits bleibt, riskiert man die schlimmste Form von Subjektivismus – der objektive Beobachter füllt womöglich den Prozess der Interpretation mit seinen eigenen Mutmassungen, anstatt ihn so in den Griff zu bekommen, wie er in der Erfahrung der handelnden Einheit, die ihn durchläuft, vonstatten geht."

Nach unserem Verständnis ist es eine immer und immer wieder durch die untersuchende Person zu lösende Aufgabe, im Spannungsfeld von "Nähe" (Teilnahme) und "Distanz" (Beobachtung) zum Untersuchungsgegenstand bzw. zu den Akteuren im sozialen Feld je situationsspezifisch das angemessene Mass an Integration in den zu untersuchenden Sozialzusammenhang zu bestimmen, und zwar in gemeinsamer Aushandlung mit den Beobachteten.

Die adäquate Verortung im Kontinuum von "Teilnahme als Beobachterin" und "Beobachten als Teilnehmerin" wird dabei von zwei Momenten bestimmt: Einerseits soll eine möglichst vorbehaltlose Teilnahme am Sozialsystem, dessen Wirklichkeitsverständnis und Wirklichkeitskonstruktionsweisen wir verstehen wollen, die Nachvollziehbarkeit der beobachteten Ereignisse und der daraus gezogenen Schlüsse ermöglichen, andererseits muss der Gefahr Einhalt geboten werden, sich bei zu intensiver Teilnahme so mit den beobachteten Personen zu identifizieren oder sich von ihnen vereinnahmen zu lassen, dass die eigene Wahrnehmung auf deren Perspektive verengt wird.¹² SCHOLZ (1992: 29f.) verweist an dieser Stelle zudem darauf, dass sich diese Gefahr des Passierens des

¹⁰ Vgl. dazu z.B. HILDENBRAND (1996³: I-27ff.).

¹¹ H. BLUMER (1962) zitiert nach HILDENBRAND (1996³: I-31), der sich auf ein Zitat in BECKER (1981: 155) stützt.

¹² Wir bemerken an dieser Stelle, dass wir in der Diskussion der Strukturlogik professionellen therapeutischen Handelns ein strukturhomologes Problem, was Nähe-Distanz-Regulierung anbelangt, antreffen werden; vgl. Abschnitt 6.1.

*point of no return*¹³ speziell in der Subkulturforschung durch den Zwang, sich für die Zulassung zu internen Aktivitäten legitimieren zu müssen, noch verschärfen kann.

Wie gestaltet sich dieser Verortungsprozess nun konkret speziell im Zusammenhang mit einem für die Fallstudie von *START AGAIN* notwendigen, durchdringenden Verstehen des Gegenstandsbereichs des **Praxissystems von *ānāpāna-sati* und *vipassanā*** (kurz von *Vipassana* oder der *Vipassana*-Meditation)?

Als Erstes halten wir bezüglich der Frage nach allfällig problematischen Zulassungsbedingungen zum sozialen Feld der *Vipassana*-Praktizierenden Folgendes fest:

- (1) *Vipassana* hat sich in den letzten bald 30 Jahren weltweit, weit über irgendeinen subkulturellen Rahmen hinaus als eine gesellschaftlich nützliche und gesundheitsfördernde Praxisform etabliert – eine, die in universalistischer Weise prinzipiell von Menschen aller sozialen Schichten, Rassen, Konfessionen, Altersklassen und Berufszweige praktiziert werden kann; vgl. SCHOLZ (1992: 30f.) und die zahlreichen Kurzbeiträge im Sonderheft *Vipassana Pagoda, Souvenir 26th October 1997* der Global *Vipassana* Foundation in Mumbai (Indien), das zur Grundsteinlegung einer grossen *Vipassana* Pagode in Bombay (Indien) im Oktober 1997 herausgegeben wurde.¹⁴
- (2) Im Zuge der Etablierung von *Vipassana* hat sich eine kontinuierliche, international vorangetriebene Evaluationstätigkeit psycho-physischer und sozialer Effekte dieser Praxis etabliert. Eine für unseren Fall günstige Konsequenz der Tatsache, dass die vorliegende Studie aus *Vipassana*-Sicht nur eine unter mehreren wissenschaftlichen Studien ist, besteht dann darin, dass die zuständigen Ansprechpersonen etwa an der *Vipassana* International Academy in Igatpuri (Indien) sowie in den verschiedenen nationalen Kurszentren routinisiert mit wissenschaftlichen Vorhaben umgehen. Ich habe während der ganzen Studie von keiner Seite der *Vipassana-community* irgendwelche Vorbehalte oder Widerstände erlebt – im Gegenteil, alle Türen wurden mir bedingungslos, wie es dieser Tradition entspricht, weit geöffnet, damit ich mich in kritischer Ernsthaftigkeit, theoretisch und praktisch ins *Vipassana*-Praxissystem einlassen konnte.

Als zweiter Punkt im Zusammenhang mit der Untersuchung von *Vipassana* ist die Tatsache zu reflektieren, dass im Gegensatz zur üblichen Annäherung an unbekannte, implizite Verhaltensregeln in einem fremden Milieu, wo wir typischerweise auf ein gemeinsames, kulturell geteiltes Erfahrungswissen zurückgreifen können, dies bei der Untersuchung "anderer Wirklichkeiten" im Sinne ausseralltäglicher Bewusstseinszustände typischerweise maximal nicht der Fall ist. SCHOLZ (1992: 31) unterstreicht in diesem Zusammenhang, dass insbesondere von Vertretern mystischer Erfahrungen (und ebenso von Vertretern von Drogenrauscherfahrungen) die Sprache als gänzlich unzureichendes Darstellungsmittel des in der "Mystischen unio" (bzw. in der "Extasis") Erlebten und Geschauten erachtet wird.¹⁵ Dies bedeutet jedoch keinesfalls, dass der Gegenstandsbereich transzendenter, mystischer oder religiöser Erfahrungen für die sich wesentlich auf sprachliche Ausdrucksgestalten (Protokolle) stützende rekonstruktive Sozi-

¹³ Diese Gefahr ist in der Ethnologie als *going native* bekannt, und in der Soziologie spricht man von der Gefahr des *over-rapport*; vgl. GERDES und WOLFERSDORFF-EHLERT (1974).

¹⁴ Die ausserordentliche Bedeutsamkeit dieser Grundsteinlegung für die buddhistische Welt leitet sich beispielsweise aus der beeindruckenden Anzahl hoher politischer, wissenschaftlicher und buddhistisch-geistlicher Würdenträger ab, die entweder in direkter Anwesenheit oder über Glückwunschsreiben an der Feier teilnahmen.

¹⁵ Vgl. etwa W. JAMES, *The Varieties of Religious Experience* (New York, 1902) und R. GELPKE, *Vom Rausch im Orient und Okzident* (Klett-Cotta, Stuttgart, 1995)

alforschung ausgeklammert werden muss. Im Folgenden fassen wir ein paar methodische Gedanken zusammen, die SCHOLZ (1992: 28ff. und speziell 363ff.) genau in diesem Problemkontext entwickelt hat und die sich in der Fallstudie von *START AGAIN* als einerseits äusserst gegenstandsadäquat, andererseits unmittelbar praktikabel erwiesen haben.

- (1) Das entscheidende Erfahrungsdatum im Zusammenhang mit der Untersuchung des genannten ausseralltäglichen Gegenstandsbereichs besteht in der Tatsache, dass ein Individuum A eine ganz bestimmte Erfahrung X gemacht hat und nicht in der Beantwortung der Frage, ob die Erfahrung X prinzipiell überhaupt möglich ist oder nicht. Legen wir unserer fallrekonstruktiven Untersuchung diese Perspektive zu Grunde, dann wird als Nächstes die Motivierung der vom Individuum als gültig empfundenen Erfahrung und die daraus resultierende Wirkungsgeschichte interessant.
- (2) Gleichermassen hat sich aber im Verlaufe der Fallstudie von *START AGAIN* ähnlich wie in der Studie von SCHOLZ (1992) gezeigt, dass sich ein tiefes Verständnis des Praxissystems von *ānāpāna-sati* und *vipassanā* nicht allein auf textanalytische Auswertungen des in Erfahrungsberichten niedergelegten Lebensgefühls von *Vipassana*-Praktizierenden stützen kann, sondern der Kombination mit teilnehmender Beobachtung bedarf. SCHOLZ (1992: 32) betont hier, dass sich die alte Rede mystischer Lehrer bewahrheitet, dass der einzige adäquate Weg, etwas über Mystik und Meditation zu lernen, derjenige ist, sich den praktischen Übungen zu unterziehen, die vorgeben, zum entsprechenden Wissen zu führen. Im Fall von *Vipassana* ist dies gleichbedeutend mit der sukzessiven Erfahrung einer eigenen "Bewusstseinstransformation", die sich naturwüchsigerweise im Rahmen einer systematischen Schulung von distanzierendem (gleichmütigem), aber höchst aufmerksamem Wahrnehmen des eigenen unmittelbaren Erfahrens vollzieht.

Zusammenfassung: Forschungspragmatisch wenden wir also, um den Gegenstand von *Vipassana* durchdringend zu verstehen, eine Verschränkung der Methode rekonstruktiver Textanalyse (hier: von theoretischen Schriften, verschrifteten Praxisanleitungen, Erfahrungsberichten und Interviews etc.) mit der Extremform teilnehmender Beobachtung, dem ethnomethodologischen *becoming the phenomena*, an. Das ethnomethodologische Konzept des *becoming the phenomena* verlangt dabei von der Forscherin bzw. vom Forscher, (zumindest vorübergehend) ein vollwertiges Mitglied¹⁶ der sozialen Realität zu werden, deren Untersuchung sie bzw. er sich zur Aufgabe gemacht hat (d.h. hier: regelmässige Teilnahme an *Vipassana*-Kursen und kontinuierliches Praktizieren der vermittelten Anweisungen zumindest für eine längere Zeitdauer).

Durch die Verschränkung ethnomethodologischer und strukturanalytischer Methoden streben wir eine Gleichzeitigkeit von "Identifikation mit" und "Distanz zum" Forschungsgegenstand an, die einen Verstehensprozess entbindet, der uns sowohl über erfahrungs- wie rekonstruktionsgestützte Hypothesen zu fundamentalen Strukturierungs- und Bewegungsgesetzmässigkeiten vordringen lässt.

¹⁶ Vollwertige Mitgliedschaft in einer Gemeinschaft ganzer Menschen kann dabei nicht simuliert werden, sondern sie realisiert sich im lebendigen Vollzug der Alltagserfahrungen des entsprechenden Milieus; vgl. dazu die Schriften des Begründers der Ethnomethodologie, Harold GARFINKEL (1967), sowie TEN HOUTEN und KAPLAN (1973) und MEHAN und WOOD (1975).

2.1.2 Idiolektisches Forschungsinterview als "ausführliches Gespräch" und seine Analyse

2.1.2.1 Interview und Beobachtung

Neben dem Erheben von "dokumentarischen" Daten, die die Akteure im Felde selbst, unabhängig von Forschungsinteressen erzeugt haben (Konzepte, Organigramme, Berichte für internen wie externen Gebrauch, Protokolle, Briefe, Reflexionsberichte etc.), bzw. von sogenannten "objektiven oder geronnenen" Daten zur Geschichte eines Falls (sei es die Einrichtung als Ganze, eine Familie oder ein Individuum) stellen teilnehmende Beobachtungen und Interviews unbestritten die wichtigsten Datenerhebungsmethoden in der fallrekonstruktiven Forschung dar.

Wiederum ohne an dieser Stelle ausführlich auf den ausgedehnten, positionsreichen wissenschaftlichen Diskurs über Interviewtechniken und das Verhältnis von Interview und Beobachtung eingehen zu können,¹⁷ wollen wir hier unsere diesbezügliche Position und Vorgehensweise kurz erläutern.

Was das **Verhältnis von Interview und Beobachtung** aus methodologischer Sicht angeht, so schliessen wir uns der Position HILDENBRANDS (1996³: II-31ff.) an:

"Wenn wir in der Fallrekonstruktion darauf abzielen, für einen Sozialzusammenhang, ein Milieu, [oder für die Lebenspraxis eines Individuums – UMS] zentrale Muster, die Handlungsabläufe und Handlungsorientierungen strukturieren, herauszuarbeiten, dann ist es gleichgültig, welchem Bereich wir die Priorität einräumen, dem Verhalten oder dem Gespräch über das Verhalten. In beiden Bereichen artikulieren sich die zentralen Muster auf je unterschiedliche Weise."¹⁸

Was die pragmatische Vorgehensweise betrifft, so haben wir uns den Spielraum gegeben, in untersuchungsgegenstand-spezifischer Weise einmal mit Dokumenten, objektiven Daten oder teilnehmenden Beobachtungen zu beginnen, um dann aus deren strukturanalytischer Untersuchung heraus neue Fragen zu generieren und diese wiederum in weiteren Beobachtungen und Interviews zu beantworten bzw. zu differenzieren suchen. Andernmals haben wir mit Interviews begonnen einen spezifischen Gegenstandsbereich zu eröffnen, um dann in der Erhebung anderer Datentypen und weiterer Interviews das Verstehen voranzutreiben.

2.1.2.2 Das idiolektische Forschungsinterview

Bezüglich der **Interviewtechnik** sind die von mir durchgeführten "idiolektischen Forschungsinterviews" zwischen den zwei Extrempositionen des "narrativen Interviews" von SCHÜTZE¹⁹ und dem "sozialwissenschaftlich kompetenten Alltagsgespräch unter Fremden" OEVERMANN²⁰ zu verorten. Die Position der authentischen Erzählung von SCHÜTZE mit ihrer ausschliesslichen Fokussierung auf das Erzählen von (Lebens-)Geschichten, mit dem Verbot neuthematisierender Interventionen und einer strikten Se-

¹⁷ Vgl. dazu z.B. HILDENBRAND (1996³: II-31ff.).

¹⁸ Gerade die Bemerkung im letzten Satz dieses Zitats von HILDENBRAND konnte im Verlaufe dieser Studie immer und immer wieder festgestellt werden: Im Routinefall reproduzieren sich Fallstrukturgesetzmäßigkeiten fortwährend, gewissermassen in fraktaler (d.h. in stark gegliederter selbstähnlicher) Weise in den unterschiedlichsten Handlungszusammenhängen und in den verschiedensten milieu- bzw. individualbiographischen Phasen.

¹⁹ Siehe: SCHÜTZE (1983, 1987).

²⁰ Siehe: OEVERMANN, ALLERT und KONAU (1980).

quenzierung der Nachfragetypen ("narrative", "beschreibende", "theoretische" Nachfragen) scheint mir mit zwei möglichen Problemen behaftet zu sein: einerseits mit der Produktion von Scheinintimität infolge des Nichteingreifens in die Erzählorganisation seitens des Interviewenden, andererseits mit einer Verstrickungsgefahr der interviewführenden Person in der strikten Interviewstrukturvorgabe. Die Extremposition der interaktiven Erzählung OEVERMANNs, bei der schon im Zuhören analysiert wird, um über entsprechende Fragen das Gespräch am Laufen zu halten, birgt m.E. die Gefahr in sich, dass einerseits ein zu selektives, hypothesengestütztes Nachfragen das Erzählenspektrum des Informanten, das "Was des Berichtens" beschneidet und dadurch aufschlussreiche Themenbereiche nicht zur Sprache kommen können, andererseits der Erzählrhythmus und die Erzählweise, also das "Wie des Berichtens" zu stark durch die interviewführende Person bestimmt wird.

Die von mir durchgeführten "idiolektischen Forschungsinterviews"²¹ oder "ausführlichen Gespräche" besitzt als Zwischentyp zwischen den eben besprochenen Extrempositionen strategische und technische Elemente beider, dies aber nicht in irgendeiner durch mich vor dem Gespräch strikt festgelegten Weise. Die vom Arzt und Psychiater David A. JONAS²² ursprünglich im Bereich der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie entwickelte "idiolektische Interview- oder Gesprächsführung" zeichnet sich dadurch aus, dass sie sich grundsätzlich an der **Eigensprache**, am **Idiolekt**, der Gesprächspartnerin bzw. des Gesprächspartners orientiert. Dabei ist der Begriff des Idiolekts gemäss *Encyclopaedia Britannica* folgendermassen definiert:²³

"Idiolekt: Die Sprachmuster, die eine Person verwendet inklusive all ihrer phonetischen, grammatikalischen und die Wortwahl betreffenden Vorlieben. Ein Sprecher kann im Rahmen seines Idiolekts verschiedene Sprachstile haben, wobei er jeweils eine Version seiner Sprachmuster für einen bestimmten sozialen Kontext einsetzt. Darüber hinaus bilden die verschiedenen Idiolekte einer Gruppe von Sprechern, sei dies nun regional oder einer sozialen Schicht, einen bestimmten Dialekt."

Als generelle Begründung für die Effektivität der Orientierung am Idiolekt in all jenen Situationen, in denen angestrebt wird, möglichst "authentische" Informationen zu erhalten, schliesse ich mich einem Argument von POIMANN und MRUSEK (1997) an:

"Wie wir aus den Sprachwissenschaften kennen, zeigen sich im Erleben und Empfinden bei der Verwendung von Hoch- oder Standardsprache im Gegensatz zur Umgangssprache oder zum Dialekt deutliche Unterschiede. Im Gespräch, das im Dialekt stattfindet, drückt sich mehr Vertrautheit, Nähe und ein Gewinn an Freiheit aus als in der Standardsprache (BRAUN, 1993). Vollziehen wir nun noch den Schritt vom Dialekt zum Idiolekt, nämlich von der Gruppen- zur Eigensprache, lässt sich nur vermuten, wieviel mehr an Gemeinsamkeiten und Möglichkeiten im Gespräch entstehen im Vergleich zu einem in der Hochsprache oder gar in einer fachterminologisch dominierten Sprache geführten Dialog."

Orientierung am Idiolekt heisst nun konkret, dass typischerweise nach dem Stellen einer für den aktuellen Untersuchungsgegenstand relevanten Eingangsfrage, was eine initiale thematische Grundausrichtung des Gesprächs bezweckt, auf eine grösstmögliche Selbst-

²¹ Es kommt mir dabei eine mehrjährige Praxis- und Ausbildungserfahrung in idiolektischer Gesprächsführung (Ausbildung bei der Gesellschaft für idiolektische Gesprächsführung (GIG) in Schaffhausen und Würzburg) zugute.

²² Siehe etwa JONAS (1981) und JONAS und DANIELS (1987).

²³ *Encycl. Brit.*, 1980, Übersetzung von POIMANN und MRUSEK in "Idiolektik – eine neue Form der ärztlichen Gesprächsführung", Ms. (Würzburg, 1997).

läufigkeit des Gesprächs abgezielt wird, um der befragten Person grösstmöglichen Spielraum zu geben, ihre Erfahrungen, Sichtweisen, Deutungen und Einstellungen darzulegen. Dabei wird die Selbstläufigkeit des Gesprächs von der gesprächsführenden Person bewusst durch eine Haltung folgender Art gefördert:²⁴ Nähe und Distanz zum Themenfokus, Anschluss Themen, Tempo und Ton des Gesprächs bestimmt das Gegenüber, d.h., es wird im Allgemeinen insbesondere auf leitfadentypische (im Voraus geplante) Interventionen verzichtet. Die gesprächsführende Person zeichnet sich durch intensives, empathisches, nicht wertendes, zieloffenes Zuhören aus, das weiter durch zwei Maximen geprägt ist: "Jedes Wort, das eine Person äussert, ist für sie bedeutungsvoll," und "jedes Individuum hat für sein Handeln 'gute Gründe' (JONAS)." Während dem Gespräch aufsteigende Hypothesen werden in der Regel nicht ausgesprochen, damit im Gegenüber nicht ein fürs Gespräch wenig förderliches Gefühl des Analysiert- oder Zerpflücktwerdens aufsteigt; Ausnahmen dazu werden wir gleich besprechen.

Gesprächsführungstechnisch übersetzt sich diese Haltung dahingehend, dass man auf der gleichen Sprach- und Bedeutungsebene wie das Gegenüber bleibt, dessen Bilder aufnimmt und sich immer wieder die individuelle Bedeutung von "Schlüsselwörtern" erklären lässt. Intervenieren ist nicht ausgeschlossen, generell jedoch eher minimal, d.h.: Fragen sollen offen und einfach sein, und speziell in der Anfangsphase des Gesprächs werden "vermeintlich unverfängliche" Äusserungen aufgegriffen. An späteren Gesprächsstellen mag man sich spezifische Unterschiede erklären lassen, polarisieren und z.T. humorvoll oder paradox intervenieren und natürlich vieles mehr. Abschliessend möchte ich jedoch noch zwei konkrete Interventionsweisen erwähnen, die sich, bei adäquatem Einsatz, speziell in Abschlussphasen von individualbiographischen Forschungsgesprächen bzw. in späteren Gesprächen einer ganzen Reihe solcher Gespräche als wirkungsvoll und fürs (rekonstruktive) Fallverstehen äusserst fruchtbar erwiesen haben:

- (1) Die "*Intervention der kognitiven und/oder affektiven Verdichtung*": Hier formuliert die gesprächsführende Person aus dem Gesprächsfluss heraus, in respektvoll nachfragender Weise und ohne zu Bewerten entweder eine fallstrukturbezogene Vermutung oder eine präverbale Wahrnehmung (d.h. ein besonderes subjektives Empfinden oder Gefühl), die (das) während dem Zuhören in ihr aufgestiegen ist.
- (2) Die "*Intervention der Würdigung*": Gestützt auf die oben genannte idiolektische Maxime, dass "jeder Mensch für sein Handeln, sei es noch so unverständlich oder scheinbar gar widersinnig, 'gute Gründe' hat," gibt es in Gesprächen von Zeit zu Zeit Stellen, wo die explizite oder implizite Würdigung solcher Gründe grosse Wirkung entfalten kann, Wirkung im Sinne etwa der Verursachung eines ausgeprägten Perspektivenwechsels oder, in Worten von SCHÜTZE (1987: 237), der "Wiederverflüssigung tiefliegender Erfahrungsaufschichtungen".

2.1.2.3 Interviewanalyse

Alle von mir geführten Interviews oder Gespräche habe ich mittels Tonbandgerät aufgezeichnet. Der Vorteil solcher "natürlicher" Protokolle (OEVERMANN, 1996b: 21) liegt darin, dass sie "semantisch unselektiv" alles, was an physikalischen Impulsen der protokollierten Wirklichkeit das Aufnahmegerät erreicht, festhalten und so möglichst einschränkungslos die Option offen lassen, jederzeit verfeinerte oder andere Formen der Dateninterpretation auf das Interview anzuwenden. Zusätzlich habe ich im Anschluss an jedes Interview ein Beobachtungsprotokoll erstellt, das den pragmatischen Rahmen des Interviews sowie besondere Begebenheiten während dem Gespräch festhält.

²⁴ Vgl. PURUCKER (1998).

Was nun die Analyse von Interviews oder "ausführlichen Gesprächen" betrifft, so befolgen wir einen Mittelweg zwischen HILDENBRAND (1996³: II-42ff.) und OEVERMANN (cf. OEVERMANN, ALLERT und KONAU, 1980):

1. Schritt: Im ersten Auswertungsschritt wird das Interview in Abhängigkeit des Fortgangs des jeweiligen fallrekonstruktiven Prozesses entweder vollständig oder auszugsweise transkribiert. Eine **Transkriptionstechnik**, die sich als sehr geeignet erwiesen hat, nicht nur die verschiedenen Ebenen dessen, *was* Informanten berichten, sondern auch, *wie* sie das tun, herauszuarbeiten, haben KALLMEYER und SCHÜTZE (1976) vorgelegt. Allen Transkriptionen dieser Arbeit legen wir dieses System zu Grunde, dabei sind seine Zeichen folgendermassen definiert:

(,)	= ganz kurzes Absetzen einer Äusserung
..	= kurze Pause
...	= mittlere Pause
(Pause)	= lange Pause
mh, mhm	= Pausenfüller, Rezeptionssignal
(.)	= Senken der Stimme
(-)	= Stimme in der Schwebe
(')	= Heben der Stimme
(?)	= Frageintonation
(k)	= markierte Korrektur
<u>sicher</u>	= auffällige Betonung
<u>sicher</u>	= gedehnt gesprochen
&	= auffällig schneller Anschluss
(Lachen)	= Charakterisierung von nicht-sprachlichen Vorgängen bzw. paraverbalen Sprachcharakteristika wie Sprechweise, Sprechtempo, Tonfall etc.; die Charakterisierung steht vor der entsprechenden Stellen und gilt bis zum Äusserungsende oder bis zum
+	+ Zeichen
(..), (.....)	= unverständliche Stellen unterschiedlicher Länge
(aber ?)	= nicht mehr genau verständlich, vermuteter Wortlaut
[Bem.]	= vom Autor angegebenes, für das Textverständnis relevantes Kontextwissen
I	= Interviewer bzw. gesprächsführende Person
A, B, ...	= Interviewte bzw. Gesprächspartner/innen werden mit einem Grossbuchstaben abgekürzt
A: aber da kam er nicht ..	gleichzeitiges Sprechen und Unterbrechung
B: └ ich möchte noch	mit genauer Kennzeichnung des Einsetzens
... /, /...	= es gibt vorausgehenden bzw. nachfolgenden Text (eine zusätzliche Konvention von OEVERMANN)

Die Zeilen des Transkripts werden durchnummeriert.

2. Schritt: Als Nächstes werden, gestützt auf das Beobachtungsprotokoll, die Entstehungsgeschichte und die äusseren Umstände des Gesprächs (pragmatischer Rahmen) sowie die subjektiven Eindrücke der gesprächsführenden Person während dem Interview analysiert.

3. Schritt: Es folgt eine extensive, feinsequenzielle Analyse des Gesprächsanfangs, der "für sich immer, d.h. in Bezug auf jede Fragestellung, von besonderem Interesse [ist], weil der Befragte hier im Bemühen der angemessenen Selbstpräsentation und der angemessenen Situierung seiner weiteren Textproduktionen sich besondere Mühe gibt und seine Texte sowohl im Hinblick auf die Struktur des Selbstkonzeptes als auch im Hin-

blick auf rationalisierungsbedürftige Antriebe besonders auszulegen sind."²⁵ Das Resultat dieser Analyse ist eine erste vorläufige Strukturhypothese.

4. Schritt: Das Interview wird anhand der "Rahmenschaltungen" (Einleitungen und Abschlüsse von Detailerzählungen, Überleitungen zwischen solchen) in Segmente aufgeteilt.

5. Schritt: Entlang der Segmentierung werden sich wiederholende und somit für den Untersuchungsgegenstand wichtig erscheinende Themen oder Dimensionen identifiziert. Themenspezifisch werden dann verschiedene Passagen herausgegriffen und ebenfalls feinsequenziell analysiert.

6. Schritt: Wir kontrastieren die in den verschiedenen Teilschritten erarbeiteten Deutungen und Hypothesenkeime oder vorläufigen Strukturhypothesen, verdichten die identifizierten Dimensionen zu Kategorien und erarbeiten so eine Fallstrukturhypothese, und zwar nach Massgabe des Falsifikationsprinzips, was heisst, dass es keine Textstelle gibt, die mit der formulierten Fallstrukturhypothese nicht kompatibel ist.

2.1.2.4 Zwei exemplarische Interviewsequenzen

Im Vertiefungsabschnitt A2.1 im Anhang- und Vertiefungsteil werden zur Illustration der obigen Ausführungen zwei zusammenhängende Passagen aus der Transkription eines Forschungsinterviews gegeben. Das Gespräch wurde von mir während der Studie mit einem Klienten von *START AGAIN* (anonymisiert als Kurt Eggenschwiler) geführt. Bei den wiedergegebenen Passagen handelt es sich um die Eröffnung und um eine Sequenz aus dem Schlussteil des Gesprächs.

2.1.3 Systematisches Kontrastieren und Zirkularität in der fallrekonstruktiven Forschung

In der fallrekonstruktiven Untersuchung höher aggregierter Sozialzusammenhänge oder Sozialsysteme – z.B. Gruppen, subkulturelle Milieus oder Organisationen – reicht die Rekonstruktion eines einzigen Falls dieses Sozialsystems fraglos nicht aus, um das ganze System zu verstehen. Die Notwendigkeit einer *Reihe von Fallrekonstruktionen* bezweifelt daher niemand. Die zentrale Frage ist lediglich, nach welchen Kriterien diese Reihe zu bestimmen ist.

Hier unterscheidet sich die fallrekonstruktive Forschungspraxis wesentlich von jener der traditionellen quantifizierenden Sozialforschung, wo die *Zufallsstichprobe* im Zentrum steht. In der fallrekonstruktiven Forschung kommt die *Methode des systematischen Vergleichs* zur Anwendung, was in Worten HILDENBRANDS bedeutet:²⁶ "Die Aussagen, die aufgrund der Analyse eines bestimmten Beobachtungsbereichs oder aufgrund der Anwendung einer bestimmten Methode gewonnen werden, werden *nach Kriterien des minimalen und maximalen Kontrastes verglichen* mit Aussagen, die aufgrund der Analyse anderer Beobachtungsbereiche innerhalb des gleichen Sozialzusammenhangs oder aufgrund der Anwendung einer anderen Methode gewonnen wurden." Und er fährt fort: "Ein Aussagezusammenhang kann umso mehr Gültigkeit für sich beanspruchen, je *dichter* die Kontrastierung ist, aufgrund derer er entwickelt wurde."

Die *Dimensionen* entlang derer kontrastiert wird, werden jeweils in den vorangegangenen Fallrekonstruktionen herausgearbeitet sowie mit Hilfe generativer Fragen wie: Was

²⁵ OEVERMANN, ALLERT und KONA (1980: 43), zitiert nach SCHOLZ (1992: 26f.).

²⁶ HILDENBRAND (1996³: I-43f.) mit Hervorhebung durch UMS; siehe auch OEVERMANN (1996b: 19ff.).

hätte auch sein können, was wäre auch möglich gewesen? Wo gibt es noch Bereiche, von denen wir nichts verstehen? Wo gibt es noch "Neues" zu erschliessen? Was wäre das Gegenteil von dieser Konstellation oder jener Situation? etc.

An dieser Stelle bemerken wir, dass die Operation der systematischen Kontrastierung sowohl in der Methodologie der objektiven Hermeneutik wie in der Methodenlehre der *grounded theory* gewissermassen allgegenwärtig ist. Sie spielt nicht nur auf der Ebene von Fallvergleichen in der Untersuchung höher aggregierter Sozialsysteme eine zentrale Rolle, sondern sie kommt bereits auf der elementarsten Ebene hermeneutischer Theoriebildung, auf der Ebene der Sequenzanalyse, zur Anwendung. Wie wir unten in Unterabs. 2.2.5 erläutern werden, wird in der Sequenzanalyse an jeder Sequenzstelle gedankenexperimentell stets der Spielraum möglicher, sozusagen kontrastierender Handlungs- und Äusserungsweisen generiert, um dann die im Rahmen einer konkreten Lebenspraxis je spezifische Entscheidung im Kontrast zu all den anderen möglichen Entscheidungen zu sehen und so sukzessive die Eigenlogik oder Strukturgesetzlichkeit eines Falls zu rekonstruieren.

Gewissermassen eine Konsequenz des "Kontrastierungsparadigmas" ist, dass der gesamte rekonstruktive Forschungsprozess durch eine Form der *Zirkularität* gekennzeichnet ist: Dem *Erheben* von Daten folgt deren *Aufzeichnung* und *Analyse*, woraus sich neue *Fragen* ergeben, die vorantreiben in eine nächste Runde des Datenerhebens, Aufzeichnens und Analysierens etc. Dabei entwickelt sich aus anfänglich Sinnfälligem zunehmend Sinn und führt Sicht zur Einsicht in Strukturen.²⁷

Dieser zirkuläre Prozess ist aber nicht vorschnell in eins zu setzen mit dem viel beschworenen hermeneutischen Zirkel der traditionellen sinnverstehenden Methoden der Geistes- und Kulturwissenschaften. Der Grund dafür liegt darin, dass die objektive Hermeneutik strikt zwischen *zwei Typen von Vorwissen* unterscheidet: einerseits "Vorwissen in Gestalt eines Wissens oder eines Bewusstseins von gegenstands- bzw. fallübergreifenden bedeutungserzeugenden Regeln analog zu einem Algorithmus", andererseits "Vorwissen in Gestalt eines fall- bzw. gegenstandsspezifischen historisch oder kulturell konkreten Kontextwissens."²⁸ Im Gegensatz zur traditionellen Nachvollzugshermeneutik, wo letzteres Kontextwissen im Zentrum steht, vermeidet die objektive Hermeneutik dieses strikt und akzeptiert nur das erstere als "Hintergrundwissen", das für sie gar konstitutiv ist. Dem objektiven Hermeneut ist "das Fremde als Gegenstand willkommen"²⁹, sein Bestreben gilt dem unvoreingenommenen, nicht durch vorgängiges Wissen verzerrten Blick auf seinen Untersuchungsgegenstand. Die Vermeidung von gegenstandsspezifischem vorgängigem Wissen nennt OEVERMANN (1993a: 11) "die *methodisch kontrollierte Herstellung künstlicher Naivetät*."

Auf der Ebene der Sequenzanalyse setzt sich diese Vorwissensunterscheidung dahingehend um, dass an jeder Textstelle einerseits *alles erlaubt ist, was nützlich ist* — d.h. das ganze Wissen und die ganze Lebenserfahrung der Forscherin oder des Forschers —, wenn es darum geht, mögliche "Lesarten" zu produzieren und einen "Horizont möglicher Anschlussgestalten" zu eröffnen, dass andererseits aber *nur das zuvor sequenzanalytisch erschlossene Wissen* als Kontext der Textstelle verwendet werden darf, um Lesarten und Anschlussmöglichkeiten auszuschliessen.

²⁷ Vgl. HILDENBRAND (1996³: I-45).

²⁸ OEVERMANN (1993a: 10) – Hervorhebungen durch UMS.

²⁹ OEVERMANN (1993a: 10)

2.2 Begrifflicher Bezugsrahmen der objektiven Hermeneutik. Zugleich eine Explikation des sozialwissenschaftlichen Hintergrundes der Konzeptionalisierung von *START AGAIN*

2.2.1 Vorbemerkung

Der hier entwickelte begriffliche Bezugsrahmen fasst im Wesentlichen Begriffe und Konzeptionen zusammen, die Ulrich OEVERMANN und Mitarbeiter/innen in den letzten gut zwanzig Jahren im Rahmen der Entwicklung der **Methodologie der objektiven Hermeneutik** und in deren Anwendung einerseits auf grundlegende Fragen der Sozialforschung andererseits auf verschiedene praktische Arbeitsfelder herausgearbeitet haben.³⁰

Die Darstellung verfolgt aber nicht nur den Zweck, einen trockenen, für den hier verfolgten verstehenden Therapieforschungsansatz grundlegenden Begriffsapparat darzulegen, sie expliziert gleichzeitig die soziologisch-sozialpsychologische Wissensbasis, die der Konzeptionalisierung von *START AGAIN* zu Grunde liegt. Leserinnen und Leser, die wenig vertraut sind mit solchen Begriffsbildungen, werden daher ermutigt, auch wenn es einer gewissen Anstrengung bedarf, diesen Abschnitt sich so zu Gemüte zu führen, dass er ihnen erlaubt, einen ersten Eindruck des *START AGAIN* charakterisierenden theoretischen Gedankenraumes zu erhalten.

Um die Bedeutung dieser Wissensbasis für *START AGAIN* historisch nachvollziehbar zu machen, vorab ein **kleiner Abstecher in die Gründungsgeschichte von *START AGAIN***. Einer der wesentlichen geistigen Architekten des Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige *START AGAIN* ist dessen heutiger Gesamtleiter bzw. Geschäftsführer³¹ Dr. Gerhard SCHOLZ. Er wurde als Soziologiestudent in Frankfurt a.M., dem Wirkort von OEVERMANN, gründlich in die Forschungspraxis und Denkhaltung der sozialwissenschaftlichen Methodologie der objektiven Hermeneutik einsozialisiert, wie es aus seiner späteren Dissertation zum Thema *Vipassana Meditation und Drogensucht. Eine Studie über den Ausstieg aus der Herrschaft der Attraktion Droge* (Zürich, 1992) hervorgeht, einer Studie, die für die Konzeptionalisierung von *START AGAIN* fundamental war. Des Weiteren hat Bruno HILDENBRAND, vormals mehrjähriger Forschungsoberassistent bei OEVERMANN in Frankfurt (und als solcher damals insbesondere Diplomarbeitsbetreuer von SCHOLZ) und heute Professor für Sozialisationstheorie und Mikrosoziologie an der Universität in Jena, in der etwa eineinhalbjährigen Aufbauphase von *START AGAIN* als Gesamtteamsupervisor Grundlegendes zur Konzeptionalisierung der Organisation und des professionell-therapeutischen Handlungsverständnisses der Einrichtung beigetragen. HILDENBRAND übt zudem noch heute, gewissermassen indirekt, Einfluss auf die Einrichtung aus. Dieser Einfluss rührt daher, dass er Mitbegründer und Lehrender des

³⁰ Eine ausführliche Begründung dieses theoretischen Bezugsrahmens findet sich in den folgenden Aufsätzen von Ulrich OEVERMANN: *Genetischer Strukturalismus und das sozialwissenschaftliche Problem der Erklärung der Entstehung des Neuen*, in MÜLLER-DOHM (Hrsg.) (1991); *Die objektive Hermeneutik als unverzichtbare methodologische Grundlage für die Analyse von Subjektivität. Zugleich eine Kritik der Tiefenhermeneutik*, in JUNG und MÜLLER-DOHM (Hrsg.) (1993); *Ein Modell der Struktur von Religiosität. Zugleich ein Strukturmodell von Lebenspraxis und von sozialer Zeit*, in WOHLRAB-SAHR (Hrsg.) (1995); *Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns*, in COMBE und HELSPER (Hrsg.) (1996); und *Konzeptualisierung von Anwendungsmöglichkeiten und praktischen Arbeitsfeldern der objektiven Hermeneutik. Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung*, Ms (Universität Frankfurt a.M., 1996).

³¹ In dieser Nomenklatur versteht *START AGAIN* das Therapie-Betreiben als sein "Geschäft".

"Meilener Konzeptes systemischen Denkens und Handelns"³² ist, das der systemischen Grundkonzeption von *START AGAIN* zu Grunde liegt und in dessen Rahmen bis anhin alle in *START AGAIN* professionell familien- und paartherapeutisch Tätigen ausgebildet wurden bzw. sich noch in Ausbildung befinden.

Wir haben hier den ersten Verweis auf ein sich im Verlaufe der Fallstudie klar erhaltendes Spezifikum von *START AGAIN*: So wie sich die vorliegende Fallstudie in einer dialektischen Paarung von Forschung und Praxis am Pol einer praxisorientierten Forschung orientiert, so orientiert sich *START AGAIN* am Pol einer forschungsorientierten Praxis.

2.2.2 Objektive Bedeutungs- und latente Sinnstrukturen versus subjektive Dispositionen

Den zentralen Gegenstand der Sinnauslegung in der objektiven Hermeneutik bilden die *objektiven Bedeutungsstrukturen* von *einzelnen* Äusserungen oder Handlungen und die *latenten Sinnstrukturen* ganzer *Sequenzen* von Äusserungen oder Handlungen. In Worten OEVERMANNs (1996b: 1):

"Zentraler Gegenstand der Methodologie der objektiven Hermeneutik sind die latenten Sinnstrukturen und objektiven Bedeutungsstrukturen von *Ausdrucksgestalten*, in denen sich uns die psychische, soziale und kulturelle Erfahrungswelt präsentiert. Latente Sinnstrukturen und objektive Bedeutungsstrukturen sind jene abstrakten, d.h. sinnlich nicht wahrnehmbaren Gebilde, die wir alle mehr oder weniger gut und genau "verstehen", wenn wir uns verständigen, Texte lesen, Bilder und Bewegungsabläufe sehen, Ton- und Klangsequenzen hören, und die durch bedeutungsgenerierende Regeln erzeugt werden und unabhängig von unserer je subjektiven Interpretation objektiv gelten. Die objektive Hermeneutik ist ein Verfahren, diese objektiv geltenden Sinnstrukturen intersubjektiv überprüfbar je konkret an der les-, hör- und sichtbaren Ausdrucksgestalt zu entziffern."

1. Beispiel: Die objektive Bedeutungsstruktur der im Suchttherapiekontext häufig zu hörenden oder zu lesenden Äusserung:³³ "Ich will meine Sucht in den Griff bekommen.", ist nicht das alltagssprachlich gemeinte: "Ich will von Sucht frei sein", sondern gewissermassen "der Wunsch nach kontrolliertem Drogenkonsum" – was man im Griff hat, kann man nicht loslassen!

2. Beispiel: Die Aussage, "Auch hatten wir [mein Partner und ich] aber sehr gute Gespräche ...", die in einem Brief einer Klientin zu lesen war, können wir folgendermassen deuten: "Auch hatten wir aber" ist eine Einräumung, wo zwei verschiedene Gedanken im Kopf der schreibenden Person sind: "Einerseits nervte mich mein damaliger Partner, andererseits konnten wir uns auch gut unterhalten." Die schreibende Person hält diese zwei Gedanken aber nicht klar auseinander und schiebt sie in einem Satz ineinander.

Sinn als **subjektiv gemeinter Sinn**, als Sinn, der im Bewusstsein einer konkreten Person manifest realisiert ist, wird in der objektiven Hermeneutik nicht gelehnet, bevor aber methodisch kontrolliert — sowohl in wissenschaftlichem wie auch in therapeutischem Kontext — etwas über den subjektiv gemeinten Sinn von Handlungen, über die inneren psychischen Realitäten von Subjekten erschlossen werden kann, muss zuvor

³² Vgl. R. WELTER-ENDERLIN und B. HILDENBRAND, *Systemische Therapie als Begegnung* (Klett-Cotta, Stuttgart, 1996).

³³ Vgl. die exemplarische Sequenzanalyse eines Bewerbungsbriefts einer potentiellen Klientin in STUDER (1996a: I.25ff.).

gemäss geltenden Regeln der objektive Sinn der Ausdrucksgestalten *rekonstruiert* sein, in dem das *subjektiv Gemeinte* sich ausdrückt oder seine Spuren hinterlassen hat.³⁴

Hier gilt es zu unterstreichen, "dass jede *subjektive Disposition*, d.h. jedes psychische Motiv, jede Erwartung, jede Meinung, Haltung, Wertorientierung, jede Vorstellung, Hoffnung, Fantasie und jeder Wunsch methodisch überprüfbar nie direkt greifbar sind, sondern immer nur vermittelt einer *Ausdrucksgestalt* oder einer *Spur*, in der sie sich verkörpern oder die sie hinterlassen haben."³⁵ D.h. die *unüberbrückbare Kluft zwischen subjektiv erfahrener Wirklichkeit, die protokolliert wird, und Ausdrucksgestalt oder Protokoll dieser Wirklichkeit* ist anzuerkennen, will der eigenständigen, nicht-reduzierbaren Wirklichkeit von Subjektivität methodologisch Rechnung getragen werden. Tatsächlich eröffnet die objektive Hermeneutik erst "mit dieser scharfen Abgrenzung der dialektisch ins Verhältnis gesetzten Sphären von Subjektivität und Ausdrucksgestalt einen *genuin wissenschaftlichen Zugang zur Welt der Subjektivität und zur Welt der Praxis*."³⁶

Abb. 2.2.2-1 mag eine metaphorische Veranschaulichung des Verhältnisses von *protokollierter Wirklichkeit* – dem lebendigen Gesicht einer konkreten Person – und dem *Protokoll* oder einer *Spurengesamtheit* dieser Wirklichkeit – dem Abbild – geben.

Dass jeder konkrete Vorgang, jede konkrete Handlung einmalig und unwiederbringlich ist und niemals zum kritischen Abgleich zur Verfügung steht, hat als methodologische Konsequenz, dass wir die Konzentration *auf die methodisch kontrollierte Analyse von Protokollen* richten. Und dies hat umgekehrt zur Folge, dass aus Protokollen rekonstruierte Sinnstrukturen intersubjektiv, am jederzeit wieder einsehbaren Protokoll überprüft werden können, womit die objektive Hermeneutik prinzipiell in demselben Mass Objektivität für ihre Erkenntnisse beansprucht, wie wir es von den Naturwissenschaften her gewöhnt sind.

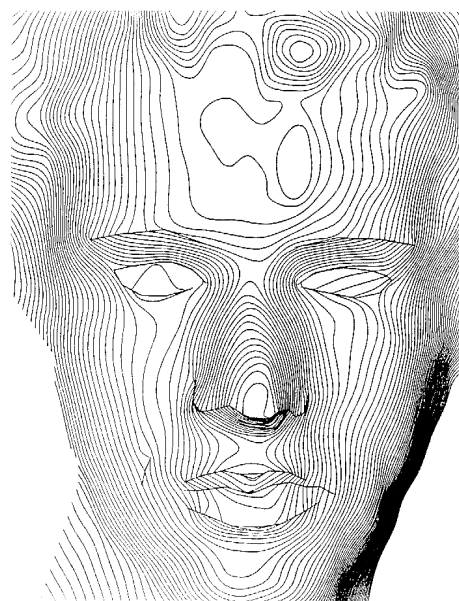


Abb. 2.2.2-1 Symbolische Darstellung von "Rekonstruktion aus Spuren"

³⁴ Die Charakterisierung *objektiv* unterstreicht, dass es sich um Strukturen handelt, die "durch methodische Operationen als objektiv gegebene Realitäten unstrittig nachweisbar sind", und das Adjektiv *latent* bezieht sich darauf, dass die entsprechenden Sinnstrukturen "nicht an eine bewusstseinsmässige Repräsentanz ontologisch gebunden sind." Mit anderen Worten, es soll "die logisch-analytische Unabhängigkeit der latenten Sinnstrukturen von der manifesten Realisierung dieser Strukturen im Bewusstsein eines konkreten Autors oder Rezipienten ausgedrückt werden." Die Position, die "die Möglichkeit von abstrakten, sinnlich-anschaulich nicht gegebenen und dennoch erfahrbaren und methodisch explizit nachweisbaren Realitäten" zulässt, nennt OEVERMANN (siehe 1993a,b) die Position eines **methodologischen Realismus**. Dieser unterscheidet sich von einem, seines Erachtens unhaltbaren, ontologischen Realismus, der "die erfahrungswissenschaftlich bearbeitbare Welt an das Kriterium der sinnlich-anschaulichen Gegebenheit dogmatisch heftet."

³⁵ OEVERMANN (1996b: 2) – Hervorhebungen durch UMS.

³⁶ OEVERMANN (1993a: 9), vgl. auch Oevermann (1993b).

2.2.3 Ein einfaches Modell von Sozialität und Praxis

Für die strukturalistische und pragmatistische Theorettradition ist der evolutive Übergang von Natur (Biologie) zu Kultur (Gesellschaft) wesentlich durch die *Emergenz sprachlicher Kommunikation* geprägt, womit ein grundlegender Dualismus einhergeht: "derjenige zwischen einer durch Sinnesorgane erfahrbaren Welt von Ereignissen und einer diese Welt in sprachlichen Zeichen repräsentierenden Welt von Bedeutungszusammenhängen, die wir als solche, d.h. als bedeutungsvolle bzw. sinnstrukturierte nicht durch die Sinneskanäle hindurch erfahren, also nicht konkret, sondern abstrakt."³⁷ Dem erkennenden Geist eröffnet sich damit eine Welt der Unmittelbarkeit des Hier und Jetzt, eine **Welt der Wirklichkeit** und eine im Begrifflichen konstruierte hypothetische Welt, eine **Welt der Möglichkeit**.³⁸

Die dialektische Verschränkung dieser beiden gegensätzlichen Welten macht nun gewissermaßen den *inneren Kern von (Lebens-)Praxis* aus. Praktisch realisiert sich diese Verschränkung in der jedem Erkenntnisakt zu Grunde liegenden Operation der Zuweisung von Prädikaten zu Gegenständen: "*X ist ein P*". Hier steht "X" für einen uninterpretierten, spezifischen Gegenstand der im Hier und Jetzt einer Handlungspraxis gegebenen Wirklichkeit (nach Charles Sanders PEIRCE ein *brute fact* oder eine Zweitheit) und "P" ist die Interpretation des Gegenstandes in abstrakten allgemeinen Begriffen (nach PEIRCE ein Symbol oder eine Drittheit).

Ein *einfaches Modell von Praxis* haben wir nun vor uns, wenn wir die logische Form "*X ist ein P*" ergänzen durch den Bezug auf ein unmittelbar wahrnehmendes und handelndes Subjekt "S" oder auf die Position einer Praxismitte (nach PEIRCE Erstheit oder in Anlehnung an Georg Herbert MEAD das Selbst als "Ich", engl. "I"): "*S widerfährt ein X, und S erfährt/behauptet dass 'X ist ein P'.*" Was die unaufhebbare Aufspaltung von Welt in Welt der Wirklichkeit und Welt der Möglichkeit anbelangt, so steht dem unmittelbaren Ich oder "I" des Hier und Jetzt ein selbst-bewusstes, selbst-reflexives Selbst in der hypothetisch konstruierten Welt gegenüber (in Anlehnung an MEAD das Selbst als "Mich", engl. "me").

Um die Kategorie der **autonomen Lebenspraxis** zu bilden reicht dieses Modell, das den Vollzug der Vermittlung zwischen einer Welt der Wirklichkeit und einer Welt der Möglichkeit repräsentiert, aber noch nicht aus. Es ist zusätzlich dadurch zu rahmen, dass jedes Subjekt sozial konstituiert ist, d.h. sich in regelgeleiteter sprachlicher Verständigung zwischen einer ersten (Ego) und einer zweiten Person (Alter) bzw. in wechselseitiger (reziproker), sinnhaft am Verstehen des anderen orientierter Kooperation ausbildet.³⁹ Ein *einfaches Grundmodell von Sozialität und Praxis* verkörpert sich dann im Deutschen beispielsweise im System der Personalpronomen: "*Ich (Ego) sage Dir (Alter),*

³⁷ OEVERMANN (1997: 1).

³⁸ Eine frühe Kapitelüberschrift in R. MUSILS *Der Mann ohne Eigenschaften* (1984³: 16) lautet: "Wenn es Wirklichkeitssinn gibt, muss es auch Möglichkeitssinn geben", und MUSIL schreibt zu Beginn dieses Kapitels: "Wenn es [...] Wirklichkeitssinn gibt, und niemand wird bezweifeln, daß er seine Daseinsberechtigung hat, dann muß es auch etwas geben, das man Möglichkeitssinn nennen kann. Wer ihn besitzt, sagt beispielsweise nicht: Hier ist dies oder das geschehen, wird geschehen, muß geschehen; sondern er findet: Hier könnte, sollte oder müßte geschehen; und wenn man ihm von irgend etwas erklärt, daß es so sei, wie es sei, dann denkt er: Nun, es könnte wahrscheinlich auch anders sein. So ließe sich der Möglichkeitssinn geradezu als die Fähigkeit definieren, alles, was ebensogut sein könnte, zu denken und das, was ist, nicht wichtiger zu nehmen als das, was nicht ist."

³⁹ Vgl. hierzu ein Zitat WEBERS (1964: 16) zu dessen Konzept des **sozialen Handelns**: "Nicht jede Art von Berührung von Menschen ist sozialen Charakters, sondern nur ein sinnhaft am Verstehen des anderen orientiertes eigenes Verhalten. Ein Zusammenprall zweier Radfahrer z.B. ist ein blosses Ereignis wie ein Naturgeschehen. Wohl aber wären ihr Versuch, dem anderen auszuweichen, und die auf den Zusammenprall folgende Schimpferei, Prügelei oder friedliche Erörterung 'soziales Handeln'."

dass 'X (er, sie, es: dritte Person) ist ein P'." Mit anderen Worten: "Die repräsentierte Welt der Gegenstände [*brute facts* – UMS] steht immer in der Kategorie der dritten Person, der Sache, über die geredet wird. Damit das überhaupt möglich ist, muss vorausgesetzt werden, dass eine erste und eine zweite Person ("Ich und Du", "wir und ihr") sich in einem Dialog konstituiert haben."⁴⁰

2.2.4 Krise und Routine, autonome Lebenspraxis als widersprüchliche Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung

Nach OEVERMANN zieht der Dualismus von im Hier und Jetzt gegebener Welt und von hypothetisch konstruierter Welt zwingend ein Bewusstsein der Endlichkeit des Lebens und der Knappheit von Ressourcen nach sich. Vor diesem Hintergrund dann werden im sequenziellen Ablauf des praktischen Lebens permanent miteinander wetteifernde Handlungsmöglichkeiten eröffnet, zwischen denen eine Auswahl getroffen werden muss, und zwar grundsätzlich begründbar, soll die mit der Eröffnung von wählbaren Möglichkeiten gewonnene Freiheit nicht wieder verspielt werden.

*"Lebenspraxis ist also permanent vor Entscheidungen gestellt, die rational begründet werden müssen. Echte Entscheidungen sind aber erst solche, bei denen die rationale Wahl nicht schon im Moment der Entscheidung festgelegt ist wie in einem rationalen Kalkül. Vielmehr müssen sie in eine offene Zukunft getroffen werden und ihre rationale Begründbarkeit muss sich erst in dieser offenen Zukunft faktisch bewähren. Lebenspraxis konstituiert sich nun als je autonome genau in dieser widersprüchlichen Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung. Manifest tritt sie als solche in Erscheinung immer nur in der Krise."*⁴¹

OEVERMANN unterstreicht an dieser Stelle, dass sich eine Lebenspraxis nur in der **manifesten Krise der Entscheidung** in ihrer unmittelbaren Gegenwärtigkeit als **Subjektivität** zu Bewusstsein bringt, dass solche Situationen aber für unser praktisches Bewusstsein die Ausnahme sind. In den allermeisten Fällen werden Entscheidungen durch eingespielte Problemlösungen in der Form von Techniken, Praktiken, Programmierungen, Gewohnheiten und Normierungen, durch sogenannte **Routinen** vorweg getroffen. Dabei waren diese Problemlösungen ursprünglich einmal Krisenlösungen, Krisenlösungen, die sich wiederholt bewährt haben und im alltäglichen Bewährungsprozess⁴² gewisserma-

⁴⁰ OEVERMANN (1997: 3).

⁴¹ OEVERMANN (1997: 7f.) – Hervorhebungen im Original.

⁴² Das unhintergehbare **Bewährungsproblem der offenen Zukunft** und die darauf gründende nicht stillstellbare Unsicherheit bildet den Ausgangspunkt von OEVERMANNs (1995) aufschlussreicher Ableitung eines *Strukturmodells von Religiosität*. Im Hinblick auf die spätere Analyse des *ānāpāna-sati* und *vipassanā* Praxissystems als Element des Therapieprogramms von *START AGAIN* zitieren wir eine der Kernthesen dieser Ableitung. Sie besagt, dass "Säkularisierung nicht einfach im Verblässen religiösen Glaubens und religiöser Inbrunst zugunsten religiöser Indifferenz besteht, auch nicht in der Wegrationalisierung von Vorstellungen über ausserempirische Welten, sondern dass diese Prozesse des 'Verblässens' oder der 'Entzauberung' gepaart sind mit einer Radikalisierung der ursprünglich in religiösen Konstruktionen artikulierten Bewährungsdynamik. Säkularisierung bedeutet also gerade nicht, diese Bewährungsdynamik zum Verschwinden zu bringen. Sie wird mit der universalhistorischen Rationalisierung vielmehr verschärft. Entsprechend erfährt die Struktur der Religiosität in Gestalt der Bewährungsdynamik mit der Säkularisierung, d.h. mit dem Verblässen von Religionen als Institutionen und Glaubenssystemen, zugleich eine Kontinuität." (p. 66)

Weiter hebt er bezüglich der Struktur der Bewährungsdynamik Folgendes hervor: "Die Paradoxie der Bewährungslogik und -dynamik besteht darin, dass in dem Masse, in dem die Aufgabe der Bewährung ernsthaft gelöst werden soll, die Unerfüllbarkeit dieses Ideals anerkannt werden muss, und in dem Mas-

ssen zu Routinen geronnen sind. Die Routine geht also grundsätzlich aus der Krise hervor. Zusammenfassend gilt: *Die Routine ist die Schliessung einer offenen Krisensituation und umgekehrt die Krise die Öffnung einer eingespielten Routine.*

In Bezug auf die oben ausgeführte Differenz zwischen krisenhaftem Hier und Jetzt und hypothetisch konstruierter Welt gehören sich bewährende aber grundsätzlich scheiterungsfähig bleibende Routinen letzterer Welt an, und sie sind als solche Untersuchungsgegenstand der Therapie-Evaluationsforschung bzw. jener Erfahrungswissenschaften, die das Handeln, genauer die Lebenspraxis der sprachvermögenden Menschen zum Gegenstand haben. Ein methodisch kontrollierter Zugriff auf diese abstrakten Gegenstände ermöglicht dabei die sequenzielle Rekonstruktion der Bedeutungs- und Sinnstrukturen von Protokollen bzw. Ausdrucksgestalten dieser Praxis. Dazu noch ein paar zusätzliche Bemerkungen.

2.2.5 Methode der Sequenzanalyse als Modell von Lebenspraxis und der Begriff der Fallstruktur(gesetzlichkeit)

Die zentrale forschungspraktische Analyseoperation der sozialwissenschaftlichen Methodologie der objektiven Hermeneutik ist die bereits mehrfach angesprochene Sequenzanalyse, die sich maximal an die das Wesen menschlichen Handelns bestimmende Sequenzialität anschmiegt. **Das Grundmuster der Sequenzanalyse** ist einfach, man unterscheidet beim Erklären oder erschliessenden Nachzeichnen sequenziell strukturierter Handlungsabläufe **zwei grundlegend verschiedene Parameter**:

"Auf der einen Seite haben wir es mit **generativen, Bedeutung erzeugenden Regeln** zu tun, die wie Algorithmen unabhängig von den Intentionen und Absichten der konkret handelnden Subjekte operieren. [...] Dieser erste algorithmische Parameter erzeugt also sinnlogisch einen Spielraum von Möglichkeiten und damit eine potentiell immer krisenhafte Entscheidungssituation. Wie nun die Praxis tatsächlich weiterläuft und wie die nächste Sequenzstelle materialisiert wird, das hängt von der Auswahl ab, die die handelnden Subjekte bzw. Lebenspraxen, [...], unter den prinzipiell eröffneten Optionen treffen.

Diese Auswahl nun wird von einem *zweiten Parameter* bestimmt, unter dem wir mit dem Begriff der **Fallstrukturgesetzlichkeit** das Gesamt der Dispositionen einer konkreten Lebenspraxis [oder einer gegebenen Handlungsinstanz welchen Aggregierungsniveaus auch immer: Individuum, Familie, Gruppe, Organisation etc. – UMS], also ihre bewussten und unbewussten Wünsche, Erwartungen, Absichten, Zielvorstellungen, Wertorientierungen, Motive und Vorlieben zusammenfassen. Diese je individuierte, das heisst in einem aus einer Verkettung von praktischen Entscheidungsvollzügen hervorgehenden Bildungsprozess erzeugte Fallstrukturgesetzlichkeit lässt sich, methodologisch gesehen, nur durch die Rekonstruktion einer hinreichend langen Sequenz von Äusserungen und Handlungen eines sozialen 'Gebildes': einer je konkreten Lebenspraxis material bestimmen. Ihre Besonderheit bildet sich je konkret auf der Folie von sequenzanalytisch expli-

se, in dem diese Unerfüllbarkeit eingesehen wird, dem Ideal um so mehr nachgestrebt werden muss. Diese Paradoxie ist die Modellformel für das, was die Psychologen intrinsische Motivation nennen und was im Leistungsmotiv, definiert als Konkurrenz mit einem selbst gesetzten Gütekriterium, ebenfalls wiederzuerkennen ist. Man sieht hier [...] die [im ersten oben wiedergegebenen Zitat angesprochene – UMS] Kontinuität zwischen religiösen Mythen und den Motivstrukturen der säkularisierten Lebenspraxis: Das Bewährungsproblem kann magisch beschworen, in religiösen Erlösungsdogmen oder in säkularisierten Ethiken der Lebensführung bewältigt werden. [...] Es kann spezifisch religiös gefasst sein als Bewährung vor transzendenten Mächten, als Gehorsam gegenüber göttlichen Geboten, als Gesetzesstreue oder säkularisiert als Erfolg im nicht endenden Kampf um die Souveränität der Lebensgestaltung." (p. 63)

zierten konkreten Möglichkeiten bzw. Spielräumen von Möglichkeiten ab, aus denen in wiedererkennbarer, besonderer Weise ausgewählt wurde, entweder bewusst in manifest krisenhaften Entscheidungssituationen oder latent vermittelt über eingelebte Routinen in Standardsituationen."⁴³

Das Gesamt an Sequenzierungsregeln oder bedeutungserzeugenden Regeln, die an jeder Sequenzstelle je von neuem eine Mannigfaltigkeit von Optionen erzeugen, ist eine Menge von algorithmischen Regeln sehr unterschiedlichen Typs. Als Beispiele nennt OEVERMANN etwa die Regeln der sprachlichen Syntax, die pragmatischen Regeln des Sprechhandelns sowie die logischen Regeln für formales und material-sachhaltiges Schlussfolgern.⁴⁴

Bezüglich der Rekonstruktion von Fallstrukturgesetzmäßigkeiten ist zu unterstreichen, dass man "eine Fallstrukturgesetzmäßigkeit bzw. eine Fallstruktur [...] erst dann [kennt], wenn man sequenzanalytisch eine vollständige Phase in deren Reproduktion oder Transformation rekonstruiert hat."⁴⁵

Wir wollen hier mit HILDENBRAND (1996: 6) noch eine zweite Bestimmung des zentralen Begriffs der **Fallstruktur(gesetzmäßigkeit)** angeben. Er konzeptualisiert Fallstruktur als "fallspezifisch-regelhaft-habituelle Weise [einer Person oder Handlungsinstanz – UMS], die Welt zu sehen, zu deuten und handelnd in sie einzugreifen, kurz: sie als sinnhafte zu konstruieren"; und er fährt fort: "Dieser Sinnzusammenhang, den ein Fall ausbildet und der ihn in seiner Strukturiertheit kennzeichnet, ist vielschichtig. Seine höchste Komplexität erreicht er in der Sprache, die darum die zentrale Materialquelle bei der Fallrekonstruktion darstellt. Aber er materialisiert sich auch in anderen Ausdrucksqualitäten, die beschrieben und damit vertextet werden können. Beispiele hierfür sind non-verbales Verhalten, Wohnungseinrichtungen, private Symboliken etc."

⁴³ OEVERMANN (1996a: 76f.). Zur Abgrenzung gegenüber handlungs- und systemtheoretischen Ableitungszusammenhängen betont OEVERMANN (1995: 43) Folgendes: "Der Übergang von Natur zu Kultur vollzieht sich für den Strukturalismus nicht wie für die Handlungstheorien in der Emergenz von Erwartung, Wertung, Normierung oder Typisierung, sondern in der Emergenz von regelgeleitetem Handeln und der Erzeugung von objektivem Sinn durch Regeln. Auch zur Systemtheorie ist in dieser Hinsicht eine scharfe Unterscheidungslinie gezogen. In Luhmanns Theorie etwa erscheint durchaus ein Analogon zur Sequenzanalyse im Zusammenhang von Kontingenz und Selektion in der Verkettung von Handlungen. Aber dieser Zusammenhang wird auf die Grundbegriffe von Erwartung und Erwartungserwartung gegründet, auf eine Begrifflichkeit also, die genau dadurch geprägt ist, dass in ihr die Differenz zwischen Parameter I und II, zwischen Regel und subjektivem Motiv getilgt ist, wodurch zwangsläufig wiederum die für den Strukturalisten im regelgeleiteten Handeln erst konstituierte Subjektivität zum – in sich unbegriffenen – Konstituens wird wie in den Handlungstheorien auch."

⁴⁴ OEVERMANN (1996b: 7).

⁴⁵ OEVERMANN (1996b: 9).

2.2.6 Konzept der beschädigten Autonomie und das allgemeine Ziel therapeutischen Handelns

Ein wichtiger Schritt in der konkreten Erschließung von je individuellen inhaltlichen Ausprägungen der grundlegenden strukturellen Bestimmung von autonomer Lebenspraxis als widersprüchlicher Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung bahnen HILDENBRANDS Ausführungen zu seinem Konzept einer für Lebenspraxis grundlegenden **Autonomie-Heteronomie-Relation**. Damit ist gemeint, dass für den Menschen einerseits "das Bestehen prägender und damit heteronomer Rahmenbedingungen von Konstitution und Umwelt anzuerkennen ist", und dass er andererseits "diese Rahmenbedingungen gestalten kann in dem Sinne, dass sie ihm nicht nur vor-, sondern insbesondere zur Bewältigung aufgegeben sind."⁴⁶ D.h., in Bezug auf eine konkrete Lebenspraxis ist nach HILDENBRAND die zentrale Frage die, *wie weit es ihr gelingt, Vorgegebenes in Aufgegebenes zu verwandeln*. Oder in Worten SARTRES ausgedrückt, in Worten, die gerne von den Vertretern des Meilener Konzeptes systemisch-therapeutischen Denkens und Handelns⁴⁷ zitiert werden: *"Was macht der Mensch aus dem, was die Umstände oder Verhältnisse aus ihm gemacht haben?"*⁴⁸

Einen analogen Gedanken im Zusammenhang mit dem Autonomiekonzept formuliert Fritz B. SIMON, wenn er in Bezug auf das Spannungsfeld von Fremd- und Selbstbestimmung Folgendes festhält: "Die Beziehung eines lebenden, das heisst lernenden Systems zu seiner Umwelt hat einen widersprüchlichen Charakter: *Es ist von den Bedingungen der Umwelt abhängig und autonom*. Es verhält sich seinen eigenen, inneren Strukturen entsprechend [was er strukturdeterminiert nennt – UMS] und muss sich dabei immer auf die Umwelt einstellen und beziehen."⁴⁹

Nach diesen Ausführungen lässt sich nun der allgemeine und speziell für *START AGAIN*s Verständnis von therapeutischem Handeln zentrale Begriff der **beschädigten Autonomie** einführen. Allgemein gesprochen liegt *beschädigte Autonomie* in all jenen Fällen vor, *wo Spielräume autonomer Handlungsmöglichkeiten – aus welchen Gründen auch immer – nicht aufgespannt bzw. nicht ausgeschöpft werden können und dadurch die zugehörige konkrete Lebenspraxis bedroht wird*.⁵⁰

Ohne an dieser Stelle ausführlich auf die Strukturlogik therapeutischen Handelns einzugehen (s. dazu Abschnitt 6.1) wollen wir hier das **Ziel professionalisierten therapeutischen Handelns** sowie einen "hermeneutischen" Ansatz zur Beantwortung der **Frage nach der Wirksamkeit oder nach dem Erfolg bzw. Nichterfolg dieses Handelns** kurz umreißen: Das *Ziel therapeutischen Handelns* ist in unserem Ableitungszusammenhang (und insbesondere auch für *START AGAIN*) zu formulieren als *die Sicherung oder Wiederherstellung der Autonomie einer Lebenspraxis in einer Situation, wo diese bedroht bzw. beschädigt ist*. Bezüglich der Frage nach der Wirkung dieses Handelns halten wir zwei Punkte fest: Erstens, solange sich eine konkrete Lebenspraxis routinisiert verhält, solange reproduziert und verfestigt sie ihre eingespielte Lebensgesetzlichkeit oder Charakteristik. Erst dann, wenn sie sich in einer manifesten Krisensituation befindet, *transformiert* sie ihre Ablaufgesetzlichkeit und verändert dabei ihre

⁴⁶ HILDENBRAND (1995: 6).

⁴⁷ Vgl. dazu WELTER-ENDERLIN und HILDENBRAND (1996).

⁴⁸ Das Originalzitat von Jean-Paul SARTRE (1964: 75) lautet: "Für uns ist der Mensch vor allem durch das Überschreiten einer Situation gekennzeichnet, durch das, was ihm aus dem zu machen gelingt, was man aus ihm gemacht hat, selbst wenn er sich niemals in seiner Vergegenständlichung erkennt."

⁴⁹ SIMON (1995: 359) – Hervorhebungen durch UMS.

⁵⁰ Vgl. HILDENBRAND (1995).

Struktur.⁵¹ Zweitens, vor diesem Hintergrund kann nun *ein therapeutischer (supervisorisch, intervisorischer oder ähnlicher) Prozess als erfolgreich erachtet werden, falls er systematisch Strukturtransformation im Sinne einer Transformation von Fallstrukturgesetzmäßigkeiten induziert hat, und zwar in Richtung einer Lebenspraxis, die durch eine relative Autonomiesteigerung charakterisiert ist.*⁵²

Die **Kunst therapeutischen Handelns** besteht schliesslich aus dieser (insbesondere auch für *START AGAIN* gültigen) Sicht darin, einerseits die spezifische Einschränkung oder Beschädigung der individuellen Autonomie einer Person oder einer Gruppe von Personen zu verstehen, andererseits die in der Beschädigung verbleibenden Autonomiepotenziale gemeinsam mit den Betroffenen, gewissermassen in geburtshelferischer Weise, herauszuarbeiten.⁵³

2.2.7 Sucht als eine Form von beschädigter Autonomie und die WHO-Definition von Sucht

2.2.7.1 Sucht. Die strukturalistische Sicht von *START AGAIN*

Sucht grundsätzlich als eine spezifische Form von beschädigter lebenspraktischer Autonomie zu sehen, charakterisiert die Grundposition von *START AGAIN*, wie aus dem Einleitungsabschnitt "Ausgangslage" des Konzepts dieser suchtrehabilitatorischen Einrichtung (April 1996: 2) hervorgeht:

"Das Paradoxe an der Situation eines süchtigen Menschen ist, dass dieser – zumindest phasenweise – aufgrund mangelnder Möglichkeiten, sich mit bestimmten konkreten lebenspraktischen Anforderungen auseinanderzusetzen [d.h. aufgrund einer eingeschränkten lebenspraktischen Autonomie – UMS], eine Flucht antritt, welche ihm zunehmend Selbständigkeit [verbleibende Autonomiespielräume – UMS] nimmt.

Fluchtverhalten – sowohl mittels legalen als auch illegalen Drogen – dient dazu, vorübergehend Zustände der Schmerz- und Spannungsfreiheit und des Glücks herbeizuführen. Der oder die einzelne mag sich damit zwar kurzfristig von äusseren und inneren Zwängen und Abhängigkeiten lösen, er oder sie hat dies aber mit einem hohem Preis zu bezahlen, indem er oder sie womöglich durch ein sich etablierendes Suchtverhalten im ganzen Lebensvollzug bestimmt und manipuliert wird [was der Signatur einer beschädigten Autonomie entspricht – UMS]."

Das Herausarbeiten eines Strukturmodells suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis und damit der Spezifik der Aufgabenstellung suchtrehabilitatorischen Handelns aus strukturalistischer Sicht wird Gegenstand des nächsten Kapitels sein.

⁵¹ Vgl. OEVERMANN (1996b: 10).

⁵² Vgl. OEVERMANN (1993a: 6) und WELTER-ENDERLIN und HILDENBRAND (1996: 249).

⁵³ Vgl. WELTER-ENDERLIN und HILDENBRAND (1996: 22).

2.2.7.2 Symptom-deskriptive, WHO-angelehnte Suchtdefinition von ROBINSON und BERRIDGE

Wir schliessen hier kontrastiv zur obigen, strukturalistischen Sicht von Sucht eine Definition von Sucht an, die von ROBINSON und BERRIDGE (1993) gegeben wurde, und die ihrerseits auf die allgemein gängige symptom-deskriptive Definition durch ein *World Health Organization (WHO) Expert Committee* von 1981⁵⁴ zurückgreift.

Nach ROBINSON und BERRIDGE (1993: 248f.) sind es drei wichtige Eigenschaften, die Sucht im Sinne von **süchtigem Verhalten** charakterisieren und die entsprechend von jeder adäquaten Drogensuchttheorie zu erklären sind:

1. Eigenschaft: Die wichtigste Eigenschaft von Sucht ist das **Phänomen des Drogenbegehrens**, das im Drogenargot "Reissen" genannt wird und womit schlicht ein unwiderstehliches, intensives "Wünschen" von Drogen gemeint ist. Nach der WHO-Definition des Syndroms Sucht ist für sie ein zwanghaftes Drogensuch- und Drogenkonsumverhalten konstitutiv, und zwar ein Verhalten, das auf Kosten der meisten anderen Aktivitäten geschieht und somit höhere Priorität hat als nahezu alle anderen Handlungsmöglichkeiten, denen einst hohe Priorität zukam. Dazu ein Textbeispiel:

Kurt: ... / "mit Heroin habe ich toll leben können (') (,) effektiv (') oder (.) ja (.) .. das Problem ist & das ist mir dann eben da gestern auch bewusst geworden wo wir [Kurt und ich (UMS)] geredet haben (-) (nachdenklich, leise) vorgestern (?) + (Pause) dass du dann wirklich nur noch auf's Heroin schaust und alles andere egal gewesen ist oder (') (,) das ist es dann eben schon oder (') & und dies habe ich ja auch immer vermeiden wollen eigentlich beim Heroin (,) ich habe es schon geschmeckt oder (') aber äh .. ich habe es nicht wahrhaben wollen (.) (..)" /...

Um Sucht zu verstehen, muss daher der Prozess verstanden werden, durch den *Drogenkonsumverhalten zu zwanghaftem Drogenkonsumverhalten* wird. ROBINSON und BERRIDGE hypothesieren, dass diese Transformation des Verhaltens dadurch stattfindet, dass Süchtige ein obsessives Verlangen oder Begehren (*craving*) nach Drogen entwickeln, ein Verlangen, das so unwiderstehlich ist, dass es fast zwangsläufig zum Suchen und Konsumieren von Drogen führt.

Konsistent mit dieser Sicht bezeichnen sie daher mit dem Ausdruck **süchtiges Verhalten** sowohl obsessives Drogenverlangen als auch ein zwanghaftes Verhalten des Drogensuchens und Drogenkonsumierens.⁵⁵

2. Eigenschaft: Drogensucht ist eine **Störung mit ständigen Rückfällen** (*chronic relapsing disorder*). Mit anderen Worten: Die zweite wichtige Eigenschaft von Sucht, die erklärt werden muss, ist, weshalb Drogenverlangen lange nach einer Phase des Drogengebrauchs noch anhält oder wieder hervorgerufen werden kann.

3. Eigenschaft: Die letzte wichtige Eigenschaft von Drogensucht, die einer Erklärung bedarf, ist die, weshalb in dem Masse, wie Drogen mehr und mehr "gewünscht/als nötig erachtet" werden (*drug "wanting"*), sie oft weniger und weniger "gern gehabt" werden (*drug "liking"*); d.h., so wie das Verlangen nach Drogen steigt, so verringert sich das durch Drogen induzierte Vergnügen. Die Frage ist also: Was ist das **Verhältnis zwischen "Drogen-Wünschen/Nötig-Haben" und "Drogen-gern-Haben"**, und wie entwickelt es sich im Verlaufe der Sucht?

⁵⁴ EDWARDS (1981) sowie JAFFE (1990).

⁵⁵ ROBINSON und BERRIDGE (1993: 279).

Zum letzten Punkt eine kurze illustrative Sequenz aus einem Gespräch mit einem ehemaligen Klienten von *START AGAIN*, der einige Zeit nach Austritt rückfällig wurde und sich dann an die Einrichtung wandte, um Hilfe beim Suchen eines Entzugsplatzes sowie eines geeigneten zweiten Therapieplatzes anzufragen.

Florian: ... / "Ich habe wieder Sugar und Goggi [d.h. Heroin und Kokain] konsumiert /... / zur Zeit gibt es wenig Stoff auf dem Markt aber ich habe eine gute Quelle mit gutem Stoff /... / ich bin wieder recht eingestiegen (...) aber eigentlich mag ich die Drogen gar nicht (,) es ist der Lebensstil (,) immer drauf .. [Florian ballt seine Fäuste und wippt mit dem Oberkörper "cool" hin und her] der mich packt (,) der so gail ist" /...

Auf die Drogensuchttheorie von ROBINSON und BERRIDGE und insbesondere ihre neurobiologische Grundlage werden wir in Unterabs. 7.3.3 und ausführlich im Vertiefungskapitel A7 eingehen, wo wir diese zur Kontrastierung der Suchttheorie von *START AGAIN* heranziehen.

2.3 Probabilistische Logik und die Interpretation relativ kleiner empirischer Zahlenverhältnisse

2.3.1 Einleitung

"... / the purpose of any application of probability theory [is] simply to help us in forming reasonable judgments in situations where we do not have complete information."

Edwin T. JAYNES (1957b: 12)

Die zweite tragende forschungspraktische Säule der vorliegenden Fallstudie wird durch ein Gesamt an modernen Verfahren der *Analyse empirischer Daten* und der *statistischen Überprüfung von Hypothesen* geliefert, das dem jungen mathematischen Spezialgebiet der "probabilistischen Logik" angehört. Nach meinem Wissen stellt die Anwendung probabilistisch-logischer Verfahren der Datenanalyse im Bereiche sozialwissenschaftlicher oder psychologischer Studien ein Novum dar. In Bereichen der angewandten Mathematik, Physik, Informatik, Medizin und der Ökonomie haben sich verschiedene dieser Verfahren bereits ausserordentlich bewährt.⁵⁶ Mit jedem neuen Anwendungsbereich sind auch immer wieder neue Anpassungen und Erweiterungen zu leisten, was z.T. Ziel der vorliegenden Studie ist.

Da der Gegenstand der Methodologie der probabilistischen Logik ein weitgehend mathematisch-formaler ist und damit wohl von den meisten Leserinnen und Leser als ein eher "trockener" oder tendenziell "unverständlicher" erachtet werden mag, habe ich mich entschlossen, dessen Grundbegriffe und Grundkonzeptionen in einem separaten Manuskript kohärent darzustellen; s. STUDER (1996b). Das Manuskript wurde dem er-

⁵⁶ Ausführliche Literaturlisten, die Arbeiten zu den Grundlagen sowie zur Anwendung der probabilistischen Logik enthalten, sind in U.M. STUDER (1996b), *Wahrscheinlichkeitstheorie als Logik: die formale Struktur konsistenten Schlussfolgerns*, und im monumentalen Werk von E.T. JAYNES (1996), *Probability Theory: The Logic of Science*, zu finden.

sten Studienzwischenbericht – s. STUDER (1996a) – beigelegt, und es ist jederzeit beim Autor erhältlich. Es mögen all jene auf dieses Manuskript zurückgreifen, die die Mathematik der quantitativen Analysen hinter den empirischen Resultaten in Kapitel 10 genau verstehen wollen.

Damit aber die Herleitung jener Resultate bzw. allgemeiner die Art und Weise, wie rekonstruktiv-strukturanalytische Untersuchungsschritte mit probabilistisch-logischen Analyseschritten verzahnt werden können, für die Leserinnen und Leser nachvollziehbar ist, geben wir in den beiden nachfolgenden Unterabschnitten die wichtigsten Elemente der zwei in dieser Studie am häufigsten verwendeten probabilistisch-logischen Verfahren, nämlich: (1) das adäquate⁵⁷ Bestimmen typischer Erfolgswahrscheinlichkeiten bzw. Risiken eines schweren Rückfalls aus empirischen Verhältnissen von Erfolgswahrscheinlichkeiten und (2) die Klärung der Frage, ob sich zwei verschiedene Teilklientele hinsichtlich einer statistischen Grösse, deren Mittelwert und Standardabweichung je bekannt sind, unterscheiden oder nicht.

Bevor wir uns diesen speziellen Fragestellungen zuwenden noch ein paar allgemeine Bemerkungen zur **probabilistischen Logik**. Sie stellt einen allgemeinen mathematischen Rahmen für *konsistentes und rationales plausibles Schlussfolgern* dar, der insbesondere als Spezialfall die klassische aristotelische oder deduktive Logik (*apodeixis*) enthält. Der Rahmen geht aber weit über diesen Spezialfall hinaus, indem er für all jene Situationen, wo *unvollständige Information* vorliegt und daher kein sicheres deduktives, sondern nur ein plausibles Schliessen möglich ist (der Fall der *epagoge*), das adäquate Schlussfolgerungsinstrumentarium bereitstellt. In all diesen Fällen ist die zentrale Frage die: Wie ist vor dem Hintergrund eines bestimmten Kontextwissens (von bestimmter "priorer Information") das "Plausibilitätsmass" dafür, dass eine Aussage oder Hypothese wahr/falsch ist, im Lichte neuer, aber eben nicht "vollständiger" Daten in konsistenter und rationaler Weise anzupassen? Wie nimmt es zu/ab relativ zum Plausibilitätsmass, das der Aussage oder Hypothese vor der Datenerhebung zugeschrieben wurde?

In einer sorgfältigen Analyse der formalen Struktur von konsistentem und rationalem plausiblen Schlussfolgern oder mit anderem Namen von qualitativ-induktivem Schlussfolgern lässt sich eine ganz neue Begründung der Wahrscheinlichkeitstheorie im Sinne von "Wahrscheinlichkeitstheorie als Logik" geben; s. JAYNES (1957c, 1983, 1990, 1996) und STUDER (1996b). Dabei wird insbesondere ein vielschichtiger und ausserordentlich leistungsfähiger Rahmen aufgespannt, um Fragen der Analyse und Interpretation empirischer Datensätze sowie der statistischen Überprüfung von Hypothesen aus ganz neuen Blickwinkeln anzugehen.

In der kohärenten mathematischen Struktur der probabilistischen Logik werden zwei Stränge von Formalismen miteinander verwoben: einerseits die *"bayesische Wahrscheinlichkeitstheorie bzw. die bayesische Statistik"*, andererseits das *"Prinzip der Informationsentropie-Maximierung"*, das speziell bei der Bestimmung anfänglicher (sog. priorer) Wahrscheinlichkeitsverteilungen eine wichtige Rolle spielt. Die Datenanalyseverfahren der probabilistischen Logik gehen z.T. weit über jene der orthodoxen oder frequentistischen Wahrscheinlichkeitstheorie bzw. Statistik hinaus. Beispiele besonders effektiver Anwendung sind: die Interpretation *kleiner* Zahlenverhältnisse im Zusammenhang mit dem Schätzen von Raten oder Chancen (s. Unterabs. 2.3.2), die Analyse von Trends, das Schätzen von Parametern, "Meta-Analysen" (d.h. die konsistente und rationale Vereinigung verschiedener Teilanalyseresultate) oder das Quantifizieren des

⁵⁷ "Adäquat" heisst hier Chancen- bzw. Risikoangaben, die die unterschiedlichen Umfänge verschiedener Teilklientele konsistent berücksichtigen und dem prioren Wissen, dass Erfolg sowohl möglich wie auch nicht möglich ist, was bei kleinen Zahlen eine grosse Rolle spielt, Rechnung tragen.

Unterschieds bzw. der Gleichheit von verschiedenen, insbesondere unterschiedlich grossen Teilgesamtheiten bezüglich einer bestimmten statistischen Grösse (s. Unterabs. 2.3.3) etc.⁵⁸

Ein paar historische Bemerkungen zur probabilistischen Logik

Die Entwicklung der probabilistischen Logik nahm ihre ersten Anfänge in mathematischen Arbeiten von Jakob BERNOULLI zu Beginn und von Pierre-Simon LAPLACE gegen Ende des 18. Jahrhunderts. Einen wichtigen frühen Beitrag in Form von vielen Anwendungsbeispielen wurde in den 30er Jahren unseres Jahrhunderts durch den Geographen Sir Harold JEFFREYS geleistet. Die konzeptuelle und mathematische Grundlegung der Theorie wurzelt in Arbeiten der späten 40er bis 60er Jahre, die von den Mathematikern R.T. COX und George PÓLYA, dem Informationstheoretiker Claude E. SHANNON und dem theoretischen Physiker Edwin T. JAYNES stammen. Dabei hat JAYNES insbesondere im Rückgriff auf Arbeiten der theoretischen Physiker Ludwig BOLTZMANN und J. Willard GIBBS aus den späten 70er Jahren des 19. Jahrhunderts den klassischen Entropiebegriff und seine konzeptionellen Implikationen in die analytische Ausgestaltung der probabilistischen Logik eingebracht und damit den Grundstein für eine ungeahnt reiche – aber anfänglich wegen diffamierendem Kritikhagel seitens orthodoxer Wahrscheinlichkeitstheoretiker ebenso steinige – Entwicklung gelegt. JAYNES hat die Theorie schliesslich in den letzten 40 Jahren gemeinsam mit einer stetig wachsenden Zahl von mathematischen Analytikerinnen und Analytikern systematisch auf immer mehr datenanalytische und schlussfolgerungstheoretische Problembereiche angewandt und sie dabei wesentlich verfeinert.

2.3.2 Adäquate Bestimmung von Erfolgchancen und Rückfallrisiken aus relativ kleinen empirischen Zahlenverhältnissen

Falls wir beispielsweise, wie im Fall von *START AGAIN*, finden, dass von 31 Klientinnen und Klienten, die freiwillig in die Behandlung eingetretenen waren und diese regulär durchlaufen haben, 20 im zweiten Jahr nach Austritt beruflich und sozial gut eingegliedert sind und ohne Konsum harter Drogen leben, dann ist die Frage, die uns interessiert, die folgende: Was sagen diese Zahlen über die typische Genesungschance einer Klientin bzw. eines Klienten der Teilklientel der "Durchläufer/innen" von *START AGAIN* aus?

Etwas allgemeiner formuliert lautet das Problem dieses Unterabschnitts wie folgt: Gegeben eine Stichprobe des Umfangs N aus einer bestimmten Grundgesamtheit von Personen oder Objekten und eine Eigenschaft X , bezüglich der die Stichprobe sich dichotom in zwei komplementäre Untermengen aufteilt, die eine mit, die andere ohne die Eigenschaft X . – In unserem Fall repräsentiert X eine spezifische Definition von Therapieerfolg oder schwerem Rückfall, wobei es an dieser Stelle nicht auf die genaue Erfolgs- bzw. Rückfallsdefinition ankommt (vgl. dazu Unterabs. 2.2.6 und 10.1.2), sondern darum geht, wie die entsprechenden Zahlen quantitativ zu interpretieren sind. – Die Frage, die sich nun stellt, ist die folgende:

Gegeben eine Stichprobe des Umfangs N aus einer Grundgesamtheit und dass die Untermenge mit der Eigenschaft X aus s Personen oder Objekten besteht, welches ist der beste Schätzwert für die "Wahrscheinlichkeit" bzw. die "typische Chance" oder für das

⁵⁸ Eine Vielzahl an Anwendungsbeispielen und expliziten Computerprogrammen ist zu finden bei JAYNES (1996).

"typische Risiko",⁵⁹ dass eine Person oder ein Objekt der Grundgesamtheit, aus der wir die Stichprobe entnommen haben, die Eigenschaft X hat; und wie sicher oder zuverlässig ist der gefundene Wert?

Wie die detaillierte Herleitung des Resultates zeigt,⁶⁰ hängt die probabilistisch-logische Interpretation eines empirischen Verhältnisses wie " s/N , d.h. s zu N " prinzipiell vom "prioren" Wissenskontext I ab: Halten wir grundsätzlich in der Grundgesamtheit die Eigenschaft X, bevor wir die Daten erheben, als sowohl real möglich wie auch real nicht möglich, oder wissen wir gar nicht, ob die Eigenschaft X in der Grundgesamtheit real überhaupt auftreten kann? Da in der uns interessierenden Situation von suchtherapeutischem Erfolg bzw. Nichterfolg aus allgemeiner Erfahrung beide stets als möglich zu erachten sind,⁶¹ werden wir hier nur den Fall besprechen, wo I das Vorwissen repräsentiert, dass X grundsätzlich sowohl möglich wie auch nicht möglich ist; für den anderen Fall siehe JAYNES (1968) oder STUDER (1996b).

Bezeichnen wir mit $H[x]$ die Proposition, dass "in der betrachteten Grundgesamtheit die typische Chance dafür, dass eine Person oder ein Objekt die Eigenschaft X hat, bei $100x\%$ liegt (mit der Variable x zwischen 0 und 1)", dann liefert die probabilistisch-logische Analyse bei einem gegebenen empirischen Verhältnis von s/N folgende "posteriore" **Wahrscheinlichkeitsdichteverteilung**, $p(H[x]|s/N, I)$, über dem Intervall 0 bis 1, das alle möglichen Werte von x umfasst:⁶²

$$p(H[x]|s/N, I) = \frac{(N+1)!}{s!(N-s)!} x^s (1-x)^{N-s}, \quad \text{für } 0 \leq x \leq 1. \quad (\text{G1})$$

Eine graphische Darstellung dieser Verteilung für den konkreten Fall unseres Eingangsbeispiels mit $s = 20$ und $N = 31$ gibt die nachfolgende Abb. 2.3.2-1.

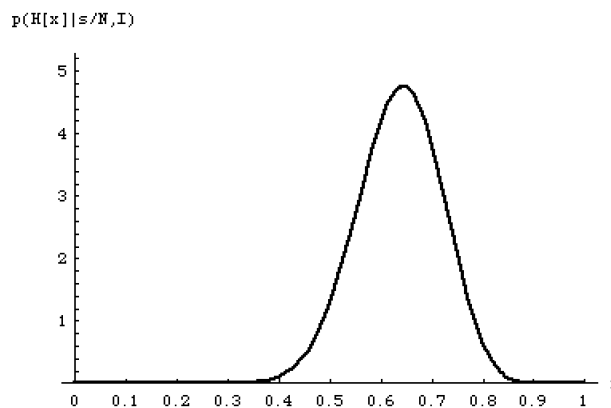


Abb. 2.3.2-1 Posteriore Wahrscheinlichkeitsdichteverteilung $p(H[x]|s/N, I)$ über $0 \leq x \leq 1$ für den konkreten Fall, wo $s = 20$ und $N = 31$

⁵⁹ "Typische Chance/typisches Risiko" ist hier zu verstehen im Sinne einer idealisierten Grösse, die sich auf eine spezifische Grundgesamtheit bzw. deren Elemente bezieht.

⁶⁰ Siehe JAYNES (1968: 233ff.) oder STUDER (1996b: 24ff.)

⁶¹ D.h. im Kontext Suchttherapie gehen wir davon aus, dass i.A. unabhängig von der Suchttherapieeinrichtung und einer allenfalls einrichtungsspezifischen Klientel sowohl "Therapieerfolge" wie "Therapiemisserfolge" möglich sind.

⁶² Gegeben die natürliche Zahl k , dann bezeichnet $k!$ das Produkt $1 \cdot 2 \cdot 3 \cdot \dots \cdot (k-1) \cdot k$.

Die in Gleichung (G1) gegebene (Wahrscheinlichkeitsdichte-)Verteilung $p(H[x]|s/N, I)$ stellt gewissermassen eine "maximale"⁶³ mathematische Übersetzung unseres prioren Wissensstandes I und des empirischen Faktums s/N dar. Speziell zu erwähnen ist, dass insbesondere der Umfang der Stichprobe N wesentlich in die Charakterisierung der Verteilung eingeht. Wir werden auf diesen Punkt unten noch etwas ausführlicher eingehen. Durch Aufintegration (Aufsummation)⁶⁴ dieser Verteilung über x lässt sich jetzt für jedes beliebige Intervall $[a, b]$, mit $0 \leq a < b \leq 1$, die **posteriore Wahrscheinlichkeit** oder "**probabilistisch-logische Sicherheit**" dafür berechnen, dass für die betrachtete Grundgesamtheit die typische Chance/das typische Risiko für Eigenschaft X zwischen a und b liegt.

Der **beste Schätzwert oder Mittelwert**, \bar{x} , der typischen Chance bzw. des typischen Risikos x erhalten wir durch Mittelung über alle möglichen Werte von x ,⁶⁵ und wir finden

$$\bar{x} = \frac{s+1}{N+2}. \quad (\text{G2})$$

Für das Eingangsbeispiel mit $s = 20$ und $N = 31$ (s. Abb. 2.3.2-1) errechnen wir somit als besten Schätzwert der (typischen) Erfolgchance jener Teilklientel von *START AGAIN*, die freiwillig in die Behandlung eingetreten ist und sie vollständig durchlaufen hat, den Wert $100\bar{x}\% = 63.6\%$.

Als ein Mass für die Streuung oder "Breite" der Verteilung $p(H[x]|s/N, I)$ können wir des Weiteren die **Varianz oder das Quadrat der Standardabweichung**, σ^2 , berechnen.⁶⁶ Das Resultat lässt sich in geschlossener Form ausdrücken, es lautet

$$\sigma^2 = \frac{\bar{x}(1-\bar{x})}{N+3}. \quad (\text{G3})$$

Die Standardabweichung σ gibt ein Mass für die Unsicherheit in der Bestimmung des besten Schätzwertes \bar{x} . Diese Unsicherheit hängt stark von N ab, was wir unten noch eingehender erläutern werden.

Für das Eingangsbeispiel liefert Gleichung (G3) eine Standardabweichung von $\sigma = 8.2\%$. Durch Aufintegration der Verteilung $p(H[x]|s/N, I)$ über die Variable x von z.B. $\bar{x} - \sigma$ bis $\bar{x} + \sigma$ oder von $\bar{x} - 2\sigma$ bis $\bar{x} + 2\sigma$ erhalten wir schliesslich für die Klasse der freiwilligen Durchläufer/innen von *START AGAIN* folgende "adäquate" Schätzung der Erfolgchance:

Mit einer posterioren Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit von 68% liegt ihre Erfolgchance zwischen 55.4 und 71.9%; bzw. bei symmetrischer Vergrösserung des Intervalls

⁶³ "Maximal" im Sinne von: Einerseits werden die vorhandenen empirischen Daten vollständig ausgeschöpft, andererseits gehen keine unkontrollierten Annahmen ein.

⁶⁴ Aufintegration heisst: $p(H[a,b]|s/N, I) = \int_a^b p(H[x]|s/N, I) dx$, wobei $p(H[0,1]|s/N, I) = 1$. Praktisch haben wir stets alle numerischen Integrationen mit Hilfe des Software Paketes *Mathematica*TM ausgeführt.

⁶⁵ Bester Schätzwert wird hier im Sinne einer quadratischen Verlustfunktion (*loss function*) verstanden; er ist definiert durch $\bar{x} = \int_0^1 x p(H[x]|s/N, I) dx$.

⁶⁶ Die Varianz/mittlere quadratische Abweichung ist definiert durch

$$\sigma^2 = \int_0^1 (x - \bar{x})^2 p(H[x]|s/N, I) dx = \overline{x^2} - (\bar{x})^2.$$

je um eine Standardabweichung erhalten wir das wesentlich gewissere Resultat, dass ihre Erfolgchance mit einer posterioren Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit von 96% zwischen 47.1 und 80.1% liegt, wobei der beste Schätzwert jeweils, wie oben berechnet, bei 63.6% anzusetzen ist.

So "umständlich" diese Aussagen auch scheinen mögen, wenn man sie etwa vergleicht mit den üblicherweise anzutreffenden, "heuristischen" Ratenbestimmung à la: " $s/N = 20/31 = 0.645$ – was hier einer vermeintlich scharfen und zu optimistischen 'Erfolgsrate' von 64.5% entspricht – so ist an dieser Stelle zu unterstreichen, dass es sich bei diesen Resultaten um *maximale Interpretationen der Daten* handelt, d.h. Interpretationen die die bestmöglichen empirisch gestützten Aussagen über Genesungschancen bzw. Rückfallrisiken verschiedener Teilklientele zulassen, und zwar ganz speziell bei Stichproben von kleinem Umfang N ; vgl. die zwei Bemerkungen unten.

Des Weiteren, und dies ist speziell für die vorliegende Studie wesentlich, erlaubt diese Form der maximalen Dateninterpretation von empirischen Zahlenverhältnissen eine Weiterverwendung der erarbeiteten Resultate beim Lösen der delikaten Aufgabe, verschiedene Teilklientele mit unterschiedlichen, relativ kleinen Umfängen im Hinblick auf eine bestimmte statistische Grösse miteinander zu vergleichen und den Grad der diesbezüglichen Gleichheit bzw. Verschiedenheit zu quantifizieren.

Bevor wir uns aber dieser Aufgabe im nächsten Unterabschnitt zuwenden, wollen wir hier noch zwei allgemeine Bemerkungen zu den Formeln in Gleichungen (G1) bis (G3) anfügen:

1. Was sind grosse, was sind kleine Zahlen?

Für einen festen Mittelwert \bar{x} lässt sich zeigen, dass die Verteilung $p(H[x]|s/N, D)$ in Gleichung (G1) bei wachsendem s und N gegen eine gaussische Normalverteilung strebt, die charakterisiert ist durch den in (G2) gegebenen Mittelwert und die in (G3) gegebene Standardabweichung, und zwar umso schneller je näher \bar{x} bei 0.5 liegt.⁶⁷ Wie wir in STUDER (1996b: 24ff.) ausführlich dargelegt haben, ist dieses Streben nach der universellen Normalverteilung bei grossem Probenumfang der Ausdruck einer grundlegenden Tatsache in der probabilistischen Logik, nämlich: Je mehr Beobachtungsdaten wir haben, umso weniger fällt der priore Wissenskontext beim Schlussfolgern ins Gewicht und umso schärfer werden die Schätzungen von statistischen Grössen.

Zur Veranschaulichung dieser Tatsache gibt Abb. 2.3.2-2 eine Serie von Verteilungen über der Chancenvariable x für die drei (empirische) Zahlenpaaren: $s/N = 4/5, 40/50$ und $160/200$. Die "heuristische Rate" beträgt in allen drei Fällen 0.8 oder 80%. Die gemäss Gleichung (G2) schlussfolgerungslogisch berechneten Erfolgchancen betragen jedoch 71.4%, 78.8% bzw. 79.7%, was eine sukzessive Annäherung an den heuristischen Wert von 80% bedeutet; mehr dazu in der zweiten Bemerkung.

Das Streuungsmass σ der drei Verteilungen errechnet sich gemäss Gleichung (G3) zu 16.0%, 5.6% bzw. 2.8%. Dies ist ein Ausdruck der (speziell für normalverteilte Grössen⁶⁸ bekannten, hier aus Gleichung (G3) direkt ableitbaren) Tatsache, dass bei sich wenig veränderndem Mittelwert die Streuung der (Wahrscheinlichkeitsdichte-)Verteilung mit $1/\sqrt{N}$ skaliert, wenn N gross wird. Mit anderen Worten: Die entsprechende Chancenangabe wird immer schärfer und verlässlicher. Für unsere Serie von Verteilungen ist

⁶⁷ Formal ist die Normalverteilung mit Mittelwert \bar{x} und Standardabweichung σ gegeben durch

$$N(x, \sigma) = \frac{1}{\sigma\sqrt{2\pi}} e^{-(x-\bar{x})^2/2\sigma^2} .$$

⁶⁸ Wie wir oben bemerkt haben, streben die Variable x bei grossen N gegen eine normalverteilte Grösse.

die posteriore Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit dafür, dass die Erfolgschance im entsprechenden Referenzintervall $[\bar{x} - \sigma, \bar{x} + \sigma]$ liegt, gegeben durch 66.2%, 68.1% bzw. 68.2%, oder falls wir das doppelt so grössere Referenzintervall $[\bar{x} - 2\sigma, \bar{x} + 2\sigma]$ wählen durch 94.3%, 95.5% bzw. 95.8%.⁶⁹

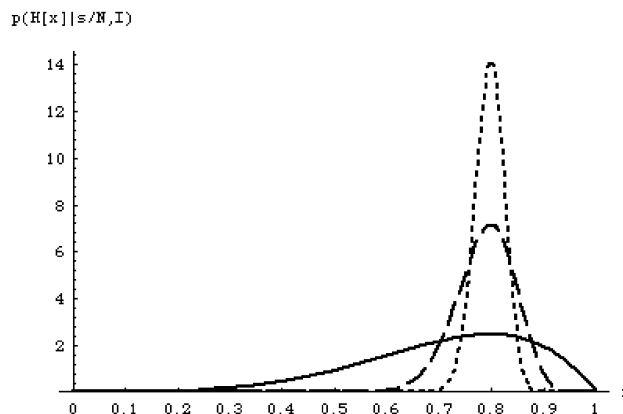


Abb. 2.3.2-2 Vergleich von drei posterioren Wahrscheinlichkeitsdichteverteilungen $p(H[x]|s/N, I)$ über $0 \leq x \leq 1$ mit $s/N = 4/5, 40/50$ bzw. $160/200$

Das Beispiel in Abb. 2.3.2-2 illustriert nun eine Erfahrung, die sich im Zusammenhang mit der Analyse von Erfolgschancen und Rückfallrisiken (sowie anderer statistischer Grössen) eingestellt hat und als "**Faustregel zum Unterschied von kleinen und grossen Zahlen**" etwa folgendermassen formuliert werden kann:

Bei Stichprobenumfängen N zwischen 3, 4 und etwa 20 bis 25 ist es notwendig, sorgfältige probabilistisch-logische Analysen durchzuführen, will man zu datenangemessenen Aussagen kommen. Ab einem N um 50 haben wir formal⁷⁰ typischerweise ähnliche Verhältnisse wie im wohl bekannten Fall normalverteilter Grössen. Ab einem N um 100 bis 150 sind die numerischen Unterschiede zum Standardfall normalverteilter Grössen verschwindend klein und gar heuristische Quotienten (vgl. oben) sind angemessene Orientierungsgrössen in der Diskussion und im Vergleich von verschiedenen Stichproben oder Subklientelen.

Wie bereits bemerkt, gilt Ähnliches auch im Zusammenhang mit anderen statistischen Grössen und liegt den im Allgemeinen angewandten "heuristischen Abkürzungen" in den Diskussionen in den Kapiteln 4 und 9 zu Grunde, jenen Kapiteln, in denen wir die

⁶⁹ Je ähnlicher die Wahrscheinlichkeitsdichteverteilung $p(H[x]|s/N, I)$ in Gleichung (G1) einer Normalverteilung mit Mittelwert \bar{x} und Standardabweichung σ , berechnet gemäss Gleichungen (G2) und (G3), ist, umso näher liegen die Werte der (posterioren) Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Intervalle bei den entsprechenden Werten im Falle der Normalverteilung. Letztere sind in allen statistischen Tabellenwerken ausführlich aufgelistet, und, um nur ein paar Beispiele zu nennen, es gilt: Ist eine Grösse normalverteilt, so liegt sie mit einer **Sicherheit von 68.3%, 95.5% oder 98.8% im Intervall $[\bar{x} - \sigma, \bar{x} + \sigma]$, $[\bar{x} - 2\sigma, \bar{x} + 2\sigma]$ bzw. $[\bar{x} - 2.5\sigma, \bar{x} + 2.5\sigma]$** . Die Werte (Sicherheitsgrade) in unserem Beispiel unterscheiden sich nur wenig von diesen Werten, und dies trifft, falls s nicht sehr klein ($0,1, \dots$) oder sehr gross ($N, N-1, \dots$) ist, ganz generell für die in dieser Studie analysierten Chancen und Risiken zu.

⁷⁰ D.h., was das Rechnen anbelangt, nicht aber, was die Interpretation betrifft, vgl. STUDER (1996b: 14ff.) und allgemein JAYNES (1976)!

Gesamtklientel von *START AGAIN* ($N = 80$ bzw. 85) je bei Behandlungseintritt und -austritt mit der Poolklientel des für die Schweiz flächendeckenden Forschungsverbands stationäre Suchttherapie (FOS) (N ca. $2'000$ bzw. $1'600$) kontrastieren.

2. Wo ist der Unterschied zwischen probabilistisch-logischer Analyse und "heuristischer Dateninterpretation" am sichtbarsten?

Nach dem oben Gesagten, natürlich da, wo relativ kleine Probenumfänge vorliegen, d.h., falls N irgendwo zwischen 3 , 4 und etwa 20 , 25 (bis 50) liegt, also genau in jenem Bereich, wo sich typischerweise die Umfänge verschiedener zu kontrastierender Teilklientele von *START AGAIN* befinden; s. Kapitel 10. Und als Weiteres sind jene Fälle zu erwähnen, wo s sehr klein ist, bzw. sehr nahe bei N liegt.

Dazu ein Extrembeispiel: Falls wir unter N Probanden einer bestimmten Teilklientel keinen Therapieerfolg feststellen können (d.h. $s = 0$), dann erhalten wir aus Gleichungen (G2) und (G3)

$$\bar{x} = \frac{1}{N+2}, \quad \text{und} \quad \sigma = \frac{1}{N+2} \sqrt{\frac{N+1}{N+3}}. \quad (\text{G4})$$

D.h. im Fall, wo wir davon ausgehen (priorer Wissenskontext), dass Erfolg und Nichterfolg grundsätzlich real möglich sind, lassen wir uns von N Nichterfolgen nicht zu apodiktischen Aussagen hinreissen, wie: "Für die betrachtete Teilklientel liegt die typische Erfolgchance bei 0% ." Ein probabilistischer Logiker gibt in diesem Fall, ganz ähnlich wie es ein Therapeut aus seinem Situationsverständnis heraus auch machen würde, etwa das Intervall $[\bar{x} - \sigma, \bar{x} + \sigma]$ mit den Werten aus Gleichung (G4) an, wobei dieses Intervall 0% gewissermassen als Grenzwert einschliesst, andererseits in Übereinstimmung mit dem prioren Wissenskontext noch etwas "Hoffnung" offen lässt.

Konkret, falls etwa $s = 0$ und $N = 6$, dann ist eine adäquate Aussage über die typische Erfolgchance der entsprechenden Teilklientel etwa die, dass die Erfolgchance hier mit einer posterioren Sicherheit von 75% zwischen 0% und 23% liegt.

Umgekehrt gilt, dass wir bei der Beobachtung von N Erfolgen unter N Probanden und bei einem prioren Wissenskontext, der besagt, dass Nichterfolge als real möglich zu erachten sind, beim Verfolgen der probabilistisch-logischen Schlussfolgerungspraxis nie in grenzenlose Euphorie ausbrechen und von einer 100% -prozentigen Erfolgchance sprechen würden. – Analog zum eben erwähnten Beispiel, wäre die typische Erfolgchance im Fall, wo $s = 6$ und $N = 6$ ist, mit einer posterioren Gewissheit von 75% zwischen 77% und 100% anzugeben.

Diese "kontrollierte, pragmatische Abfederung" der Interpretation von "Extremsituationen", wie sie etwa auch in der Interpretation des Zahlenverhältnisses $4/5$ in der 1. Bemerkung zum Ausdruck kommt, scheint mir im Kontext Therapieerfolg und Rückfall dem Gegenstand optimal angepasst zu sein und adäquate Resultate nach sich zu ziehen. Für die entsprechenden Resultate im Fall von *START AGAIN* verweisen wir auf Kapitel 10.

2.3.3 "Sind sie gleich oder verschieden, das ist hier die Frage"

"The difference between an imaginative scientist on the one hand, and primitive man and religious fundamentalists on the other, is that the scientist clearly recognizes the creations of his imagination as *tentative working hypotheses* to be tested by observation; and he is prepared to test and reject a hundred different hypotheses in order to find the right one."

Edwin T. JAYNES (1990: 2)

Gegeben die Therapieeinrichtung *START AGAIN*, die sich wandlungsfreudig konstituiert im Spannungsfeld zwischen einerseits umsichtig formulierten Handlungsrichtlinien, die aus einem anspruchsvollen, therapeutisch innovativen Therapiekonzept abgeleitet werden, und andererseits der Unmittelbarkeit einer vielschichtigen sozialen Alltagswirklichkeit, die, was therapeutische Prozesse und Effekte anbelangt, schwer vorausbestimmbar ist, so haben wir uns bei der Fallstudie der Einrichtung folgende Frage gestellt:

Ist es zum Zwecke einer periodischen, übersichtsmässigen Orientierung hinsichtlich des therapeutischen Geschehens in der Einrichtung bzw. des Prüfens von Hypothesen bezüglich der spezifischen Wirksamkeit der verschiedenen Interventionsinstrumente möglich, mit Hilfe einer systematischen Erfolgchancen-Kontrastierung von Subklientelen, die in Angemessenheit zum therapeutischen Konzept und der Interventionspraxis der Einrichtung gebildet werden, verschiedene oder gleiche Wirksamkeiten der Behandlung für unterschiedliche Subklientele herauszuarbeiten?

Für *START AGAIN* angemessene Kontrastierungsdimensionen sind dabei insbesondere Geschlecht, Eintritts- und Austrittsmodalität, Besuch externer *Vipassana*-Kurse, Teilnahme an systemischer Paar- und/oder Familientherapie und Nutzung des Nachsorgeangebotes. Wir bemerken an dieser Stelle, dass ein fremd bestimmtes, "zufälliges" Zuweisen von Klient/inn/en zu verschiedenen Subklientelen mit unterschiedlichen Partizipationsmöglichkeiten am Therapieprogramm von *START AGAIN*, wie es im üblichen Rahmen einer empirischen Studie mit Kontrollgruppen angestrebt würde, *aus ethischen Gründen nicht vertretbar* ist. Dies hat zur Folge, dass wir Unterschiede bezüglich der Wirkung verschiedener Interventionsinstrumente nicht einfach routinemässig an gefundenen Korrelationen ablesen können, sondern dass wir die empirischen Erkenntnisse über Wirksamkeitsunterschiede bzw. -gleichheiten der Behandlung bei verschiedenen Stichproben (im Sinne von verschiedenen Subklientelen, die z.T. an unterschiedlichen Programmelementen teilnehmen) verbinden müssen mit Erkenntnissen aus fallrekonstruktiver Arbeit, um schliesslich zu adäquaten interventionsinstrument-, subklientel- oder einrichtungsspezifischen Aussagen gelangen zu können. An diesem Punkt stehen wir an der zu Beginn dieses Kapitels angesprochenen Verzahnungsstelle zwischen standardisiert-quantifizierenden und klinisch-rekonstruktionslogischen Untersuchungsverfahren, wo das, was an Hypothesen im Rahmen der einen forschungspraktischen Verfahrensweise erzeugt wird, zum Überprüfungs- und weiteren Untersuchungsgegenstand im Rahmen der anderen Verfahrensweise wird und umgekehrt.

In diesem Unterabschnitt wollen wir nun das probabilistisch-logische Verfahren darlegen, das uns erlaubt, in der Kontrastierung von zwei Stichproben deren Grad an Gleich-

heit bzw. Unterschiedlichkeit in Bezug auf Therapieerfolg bzw. Therapienichterfolg zu quantifizieren.

Dazu gehen wir konkret folgendermassen vor: Im ersten Schritt bestimmen wir, gemäss dem im vorherigen Unterabschnitt 2.3.2 dargelegten Verfahren, für jede Stichprobe die typische Erfolgchance bzw. das typische Rückfallrisiko. Im zweiten Schritt berechnen wir die posteriore Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Erfolgchancen bzw. Rückfallrisiken gleich oder verschieden verteilt sind.

Der zweite Schritt stellt dabei die Anwendung der probabilistisch-logischen Lösung eines ganz allgemeinen Problems dar, das in vielen empirischen Untersuchungen auftritt, nämlich:

Gegeben zwei verschiedene Stichproben mit unterschiedlichem Umfang (N_1 bzw. N_2), die je durch den Mittelwert (m_1 bzw. m_2) und die Standardabweichung (σ_1 bzw. σ_2) einer bestimmten statistischen Grösse X charakterisiert sind, was lässt sich, gestützt auf diese empirischen Werte und ein entsprechendes (priors) Kontextwissen,⁷¹ für die (posteriore) Wahrscheinlichkeit folgern, dass die Mittelwerte, die Standardabweichungen bzw. beide zusammen statistisch gesehen gleich oder verschieden sind?

In der orthodoxen oder frequentistischen Statistik sind zwei Spezialfälle dieses Problems bekannt: (1) Falls man im Voraus annimmt, dass die beiden Standardabweichungen oder Varianzen *gleich* sind, spricht man vom **Zwei-Proben Problem** (*two-sample problem*); (2) falls man im Voraus annimmt, dass die beiden Standardabweichungen oder Varianzen⁷² verschieden sind, spricht man vom **Behrens-Fischer Problem**. Die probabilistisch-logische Analyse dieses Problems geht auf JAYNES (1976) zurück und wird ausführlich in einem Artikel von G. Larry BRETTHORST (1993) diskutiert. In der probabilistisch-logischen Analyse dieses Problems wird gewissermassen eine je problemspezifische Gewichtung der beiden Fälle (1) und (2) vorgenommen. Ausserdem findet, wie üblich in probabilistisch-logischen Analysen, ein priorer Wissenskontext explizite Eingang in die Analyse, und die Abhängigkeit des Resultates vom prioren Wissenskontext kann daher genau untersucht werden. Mit anderen Worten: Das Resultat basiert damit nicht auf unkontrollierbaren impliziten Annahmen.

Da die in diesem Analysezusammenhang relevanten mathematischen Formeln für die meisten Leserinnen und Leser wahrscheinlich eher weniger verständlich sind, verzichten wir hier auf deren Wiedergabe mit einem Verweis auf den sehr gut ausgearbeiteten und lesenswerten Artikel von BRETTHORST (1993). Aus vorgehenslogischer Sicht geht es bei der Analyse grundsätzlich darum, unter voller Ausschöpfung der gegebenen empirischen Daten, D_1 : m_1, σ_1, N_1 und D_2 : m_2, σ_2, N_2 , und eines prioren Wissenskontextes, I , die posterioren Wahrscheinlichkeiten für die folgenden vier, grundsätzlich möglichen Fälle zu berechnen:

1. die Mittelwerte und die Varianzen der beiden Stichproben sind gleich:
 $P(m \ v | D_1, D_2, I)$;
2. die Mittelwerte sind verschieden, aber die Varianzen sind gleich:
 $P(\bar{m} \ v | D_1, D_2, I)$;

⁷¹ Dies schliesst hier insbesondere je eine untere und obere Schranke für den Mittelwert und die Standardabweichung ein, Schranken, die wir im gegebenen Problemkontext für die untersuchte statistische Grösse, gestützt auf allgemeine Erfahrung oder allgemeines Wissen, angeben können. Z.B.: Wird die statistische Grösse des Lebensalters von Menschen untersucht, dann wird der Mittelwert je nach der untersuchten Gruppe nicht unter ein paar Tagen oder Jahren liegen und umgekehrt nicht ein paar Wochen oder 140 Jahre überschreiten.

⁷² Zur Erinnerung, die Varianz ist das Quadrat der Standardabweichung: $v = \sigma^2$.

3. die Mittelwerte sind gleich, aber die Varianzen sind verschieden:

$$P(m \bar{v} | D_1, D_2, I); \text{ und}$$

4. sowohl die Mittelwerte wie die Varianzen sind verschieden:

$$P(\bar{m} \bar{v} | D_1, D_2, I).$$

Ein Teil des prioren Wissenskontextes I besteht neben der Bemerkung in Fussnote 71 auch darin, dass, falls wir *vor* der Datenerhebung keinen Grund haben, irgendeinen dieser vier möglichen Fälle gegenüber den anderen vorzuziehen, wir allen vier Fällen die gleiche priore Wahrscheinlichkeit zuschreiben müssen. D.h., da sie sich auf 1 bzw. 100% aufaddieren müssen, haben wir für diese je $\frac{1}{4}$ bzw. 25% zu setzen.

Schliesslich erwähnen wir, dass wir alle Formeln des Artikels von BRETTHORST (1993) in einen Computercode für das mathematische Software Paket *Mathematica*TM übersetzt haben, und damit alle für die vorliegende Studie notwendigen numerischen Berechnungen durchgeführt haben.

Für den Spezialfall des **Vergleichs von Erfolgchancen bzw. Rückfallrisiken** berechnet eine erweiterte Version des Computerprogramms die vier entsprechenden, oben aufgeführten posterioren Wahrscheinlichkeiten. Als Eingabe benötigt das Programm die zwei empirischen Zahlenpaare s_1, N_1 und s_2, N_2 sowie die Angabe je einer oberen und unteren Schranke für die Mittelwerte und die Standardabweichungen bzw. Varianzen, die im entsprechenden Problemkontext auftreten könnten.⁷³ Der Mittelwert oder beste Schätzwert und die Varianz der Erfolgchance bzw. des Rückfallrisikos berechnen sich für jede Stichprobe aus s_1, N_1 bzw. s_2, N_2 gemäss den Formeln (G2) und (G3) des vorangehenden Unterabschnittes.

Aus den vier einzelnen Wahrscheinlichkeiten lassen sich dann durch entsprechende Summation die posterioren Wahrscheinlichkeiten dafür finden, dass

1. die Mittelwerte (a) gleich oder (b) verschieden sind (unabhängig davon, was für die Varianzen gilt):

$$(a) \quad P(m | D_1, D_2, I) = P(m v | D_1, D_2, I) + P(m \bar{v} | D_1, D_2, I) \text{ oder}$$

$$(b) \quad P(\bar{m} | D_1, D_2, I) = P(\bar{m} v | D_1, D_2, I) + P(\bar{m} \bar{v} | D_1, D_2, I); \quad (G5)$$

2. die Varianzen (a) gleich oder (b) verschieden sind (unabhängig davon, was für die Mittelwerte gilt):

$$(a) \quad P(v | D_1, D_2, I) = P(m v | D_1, D_2, I) + P(\bar{m} v | D_1, D_2, I) \text{ oder}$$

$$(b) \quad P(\bar{v} | D_1, D_2, I) = P(m \bar{v} | D_1, D_2, I) + P(\bar{m} \bar{v} | D_1, D_2, I); \text{ und} \quad (G6)$$

3. (a) sowohl Mittelwerte wie Varianzen gleich sind oder (b) die Mittelwerte und/oder Varianzen verschieden sind:

$$(a) \quad P(m v | D_1, D_2, I) \text{ oder}$$

$$P(\bar{m} + \bar{v} | D_1, D_2, I) = P(m \bar{v} | D_1, D_2, I) + P(\bar{m} v | D_1, D_2, I)$$

$$(b) \quad \quad \quad + P(\bar{m} \bar{v} | D_1, D_2, I) \quad (G7)$$

$$= 1 - P(m v | D_1, D_2, I).$$

⁷³ Die Berechnung dieser Schranken stützt sich in diesem Fall auf die beiden Formeln in (G4) mit $N = N_1 + N_2$.

Durch Quotientenbildung der jeweiligen zwei Ausdrücke (a) für "gleich" und (b) für "verschieden" erhalten wir in den obigen drei Punkten je ein Wahrscheinlichkeitsverhältnis (*odds ratio*) dafür, in welchem Mass die Mittelwerte, die Standardabweichungen bzw. beide als gleich oder verschieden zu erachten sind.

Als **Beispiele** für die Art von Ausdruck, die unser Computerprogramm liefert, wollen wir die Erfolgswerte (bei mindestens einem Jahr Nachuntersuchungszeit) für die beiden Klassen der freiwillig und der unfreiwillig in *START AGAIN* eingetretenen Klient/innen vergleichen, und zwar für all jene, die die Behandlung (1) zwischen Oktober 1992 und September 1995 bzw. (2) zwischen Oktober 1992 und Juni 1997 vollständig durchlaufen haben.

Diskussion: Die Analysresultate in den beiden unten wiedergegebenen Computerausdrucken sind folgendermassen zu lesen:

1. Beispiel: Die **1992-95er Kohorte der freiwilligen Durchläufer/innen von *START AGAIN*** ist durch eine Erfolgswahrscheinlichkeit von $(71 \pm 11)\%$ – was 11 Erfolgen unter 15 Probanden entspricht – charakterisiert,⁷⁴ jene der **unfreiwilligen (auf Grund einer Massnahme eingetretenen) Durchläufer/innen** durch $(61 \pm 11)\%$ – 10 Erfolge unter 16 Probanden. Die Graphik am Ende des Computerausdrucks gibt einen direkten Vergleich der beiden gemäss Formel (G1) des Unterabs. 2.3.2 berechneten posterioren Wahrscheinlichkeitsdichten über dem Erfolgswahrscheinlichkeitsintervall von 0 bis 1 bzw. 0 bis 100%. Dieser graphische Vergleich vermittelt bereits einen ersten qualitativen Eindruck davon, ob sich die beiden Klassen bezüglich Erfolgswahrscheinlichkeit unterscheiden oder nicht. Um diese Frage nun quantitativ zu beantworten, entnehmen wir dem Output-Block des Computerausdrucks folgende Zahlen.

Die (posteriore) Wahrscheinlichkeit dafür, dass die beiden Erfolgswahrscheinlichkeiten gleich sind beträgt 28%, diejenige dafür, dass sie verschieden sind 72%. Dies übersetzt sich in ein Wahrscheinlichkeitsverhältnis von 2.36 zu 1 zugunsten von verschiedenen Erfolgswahrscheinlichkeiten. Wie ist dieses Wahrscheinlichkeitsverhältnis zu werten? Wir bewerten diesen Unterschied als einen tendenziellen,⁷⁵ um von einem klaren Unterschied zu sprechen müsste das Verhältnis schärfer ausfallen, so etwa wie im nächsten Beispiel.

Bevor wir zum nächsten Beispiel gehen noch eine Bemerkung: Die Interpretation der im Computerausdruck gegebenen Zahlenwerte für gleiche oder verschiedene Varianzen bzw. Standardabweichungen sowie dafür, dass beide Wertepaare (Mittelwerte und Varianzen) gleich sind bzw. mindestens ein Paar verschieden ist, verläuft vollständig analog zur obigen Diskussion. Im Kontext Therapieerfolg bzw. Risiko eines schweren Rückfalls nach der Therapie interessiert jedoch vor allem die Diskussion um den Mittelwert oder besten Schätzwert der Erfolgswahrscheinlichkeit bzw. des Rückfallrisikos.

⁷⁴ Dabei gilt, gemäss den Ausführungen in Unterabs. 2.3.2, dass die typische Erfolgswahrscheinlichkeit mit einer posterioren Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit von 67% im angegebenen Intervall $\bar{x} \pm \sigma$, d.h. zwischen 60 und 82%, liegt; für das Intervall $\bar{x} \pm 2\sigma$, d.h. von 49 bis 93%, beträgt die posteriore Sicherheit 96%. Vgl. dazu auch die Bemerkung in Fussnote 69.

⁷⁵ Als Intuitionshilfe für die Interpretation von Wahrscheinlichkeitsverhältnissen folgende Bemerkung: Falls wir ein Wahrscheinlichkeitsverhältnis von 2.36 zu 1 bei total $N = N_1 + N_2 = 31$ Fällen haben, so ist dies etwa vergleichbar mit einem Verhältnis von "Kopf" zu "Zahl" von 5 zu 2 bei 31 Münzwürfen. Würden wir da vermuten, dass die Münze nicht ganz "fair" ist? Tendenziell Ja. Im Vergleich dazu z.B.: Wäre das Verhältnis 5 zu 1, dann wären wir praktisch sicher, dass die Münze oder der Münzwurf "gezinkt" ist. Dazu kommt, dass sich wohl bei den meisten Spielern in Abhängigkeit davon, wie viel auf dem Spiel steht – d.h. von der Einsatzhöhe – Skepsis früher oder später, d.h. bei kleineren oder grösseren Verhältnissen, einstellt.

DurchläuferInnen 1992-95: Erfolg unter Freiwilligen [11/15] vs. Erfolg unter Unfreiwilligen [10/16]

----- Data (Input) -----

s₁/N₁ = 11/15 : Mean₁ ± SD₁ = 0.70588 ± 0.1074
 s₂/N₂ = 10/16 : Mean₂ ± SD₂ = 0.61111 ± 0.11184

Bounds on the Mean (s_{min} = 0): Mean_L = 0.05, Mean_H = 0.95
 Bounds on the Standard Deviation: SD_L = 0.052, SD_H = 0.118

----- Results (Output) -----

N = N₁ + N₂ = 31 : Mean_{comb} ± SD_{comb} = 0.65697 ± 0.11813

P(mv | D₁, D₂, I) = const. 1.39848 10²⁰
 P(m̄v | D₁, D₂, I) = const. 3.44715 10²⁰
 P(mv̄ | D₁, D₂, I) = const. 5.24827 10¹⁹
 P(m̄v̄ | D₁, D₂, I) = const. 1.52788 10²⁰

where const. = 1.4401 10⁻¹³ / P(D₁, D₂ | I) = 1.44962 10⁻²¹

----- Model ----- Probability -----

mv :	Same Mean,	Same Variance:	20.273
m̄v :	Different Mean,	Same Variance:	49.971
mv̄ :	Same Mean,	Different Variance:	7.608
m̄v̄ :	Different Mean,	Different Variance:	22.149

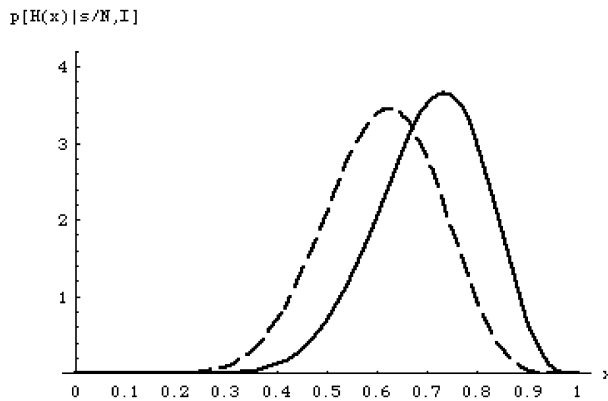
The probability the means are the same is: 27.8808
 The probability the means are different is: 72.1192
 The odds ratio is 2.59 to 1 in favor of different means.

The probability the variances are the same is: 70.2434
 The probability the variances are different is: 29.7566
 The odds ratio is 2.36 to 1 in favor of the same variances.

The probability the data sets are the same is: 20.273
 The probability the data sets are different is: 79.7273
 The odds ratio is 3.93 to 1 in favor of different means and/or variances.

----- Graphics -----

p(H[x] | s₁/N₁, I) [durchgezogen] und p(H[x] | s₂/N₂, I) [gestrichelt]



**DurchläuferInnen 1992-97: Erfolg unter Freiwilligen [20/31] vs.
 Erfolg unter Unfreiwilligen [17/27]**

----- **Data (Input)** -----

$s_1/N_1 = 20/31$: $\text{Mean}_1 \pm \text{SD}_1 = 0.63636 \pm 0.082499$
 $s_2/N_2 = 17/27$: $\text{Mean}_2 \pm \text{SD}_2 = 0.62069 \pm 0.088588$

Bounds on the Mean ($s_{\min} = 0$): $\text{Mean}_L = 0.03$, $\text{Mean}_H = 0.97$
 Bounds on the Standard Deviation: $\text{SD}_L = 0.029$, $\text{SD}_H = 0.092$

----- **Results (Output)** -----

$N = N_1 + N_2 = 58$: $\text{Mean}_{\text{comb}} \pm \text{SD}_{\text{comb}} = 0.62907 \pm 0.084994$

$P(mv | D_1, D_2, I) = \text{const. } 2.67223 \cdot 10^{47}$

$P(\bar{m}v | D_1, D_2, I) = \text{const. } 2.01525 \cdot 10^{46}$

$P(m\bar{v} | D_1, D_2, I) = \text{const. } 6.90825 \cdot 10^{46}$

$P(\bar{m}\bar{v} | D_1, D_2, I) = \text{const. } 5.15745 \cdot 10^{45}$

where $\text{const.} = 1.64136 \cdot 10^{-24} / P(D_1, D_2 | I) = 2.76537 \cdot 10^{-48}$

----- **Model Probability** -----

mv : Same Mean, Same Variance:	73.897
$\bar{m}v$: Different Mean, Same Variance:	5.5729
$m\bar{v}$: Same Mean, Different Variance:	19.104
$\bar{m}\bar{v}$: Different Mean, Different Variance:	1.4262

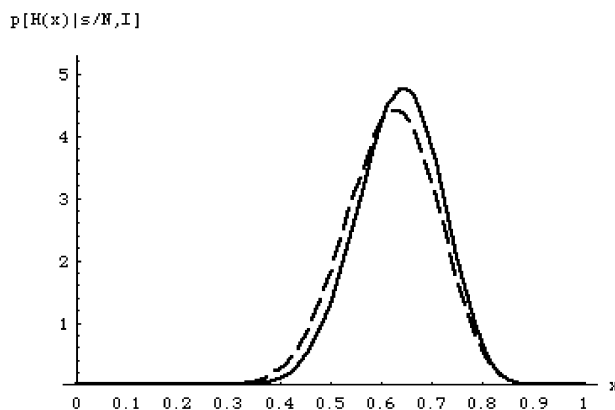
The probability the means are the same is: 93.0009
 The probability the means are different is: 6.99914
 The odds ratio is 13.3 to 1 in favor of the same means.

The probability the variances are the same is: 79.4699
 The probability the variances are different is: 20.5301
 The odds ratio is 3.87 to 1 in favor of the same variances.

The probability the data sets are the same is: 73.897
 The probability the data sets are different is: 26.103
 The odds ratio is 2.83 to 1 in favor of the same means and variances.

----- **Graphics** -----

$p(H[x] | s_1/N_1, I)$ [durchgezogen] und $p(H[x] | s_2/N_2, I)$ [gestrichelt]



2. Beispiel: Die **1992-97er Kohorte der freiwilligen Durchläufer/innen von *START AGAIN*** der ersten fünf Jahre ist durch eine Erfolgchance von $(64 \pm 8)\%$ – 20 Erfolge unter 31 Probanden – charakterisiert,⁷⁶ jene der **unfreiwilligen Durchläufer/innen** durch $(62 \pm 9)\%$ – 17 Erfolge unter 27 Probanden. Die Frage, ob sich die beiden Klassen bezüglich Erfolgchance unterscheiden oder nicht, ist in diesem Fall wie folgt zu beantworten. Die (posteriore) Wahrscheinlichkeit dafür, dass die beiden Erfolgchancen gleich sind, beträgt 93%, diejenige dafür, dass sie verschieden sind, 7%. Übersetzt in ein Wahrscheinlichkeitsverhältnis bedeutet dies ein Verhältnis von 13.3 zu 1 zugunsten von gleichen Erfolgchancen. Ein derartiges Verhältnis ist dabei als eindeutiger Hinweis auf Gleichheit der Erfolgchancen zu verstehen.⁷⁷

Zusammenfassend stellen wir also für die ersten drei Jahre von *START AGAIN* einen *tendenziellen Unterschied* zwischen freiwilligen und unfreiwilligen Durchläufer/innen fest, was ihre Erfolgsaussichten anbelangt. In den folgenden knapp zwei Jahren stellt sich jedoch eine eindeutige *Trendwende* ein. Alle Durchläufer/innen der ersten knapp fünf Jahre zusammengenommen, finden wir nämlich, dass sich die freiwillig und die unfreiwillig in die Behandlung von *START AGAIN* Eingetretenen hinsichtlich Erfolgchance *nicht unterscheiden*. Trendwenden dieser Art sind schliesslich vor dem Hintergrund der Betriebs- und Konzeptgeschichte der Einrichtung weiter zu analysieren und zu verstehen; vgl. dazu Kapitel 5.

Im Abschnitt A2.3 des Anhang- und Vertiefungsteils geben wir die Computerausdrucke für je zwei weitere Stichproben- und Kohorten-Kontrastierungen:

3. Beispiel: Wir geben die Analyseresultate zum Vergleich der Erfolgchancen der *Vipassana-Kurserfahrenen* gegenüber den *Vipassana-Kursunerfahrenen* unter allen Durchläufer/innen,⁷⁸ und zwar wieder für die zwei Kohorten der beiden Therapieperioden von Oktober 1992 bis September 1995 und von Oktober 1992 bis Juni 1997.

Der Stichprobenvergleich für die Periode 1992-95 macht mit einem Wahrscheinlichkeitsverhältnis von 2.88 zu 1 eine *tendenzielle Verschiedenheit* zwischen den zwei Teilklientelen aus. Das Resultat des Vergleichs für die Periode 1992-97 ist das einer *tendenziellen Gleichheit*, und zwar mit einem Wahrscheinlichkeitsverhältnis von 3.3 zu 1.

Die Kontrastierung der beiden Kohorten bezüglich der Dimension Teilnahme/Nichtteilnahme an *Vipassana*-Kursen liefert eine Veränderung des Erfolgchancen-Verhältnisses von einer tendenziellen Verschiedenheit zu einer tendenziellen Gleichheit. Ein schwacher anfänglicher Erfolgsunterschied zwischen *Vipassana*-Kurserfahrenen und -unerfahrenen hat sich also über die Jahre ausgeglichen.

4. Beispiel: Als letztes Beispiel geben wir die Analyseresultate für den Vergleich der Erfolgchancen zwischen denjenigen Durchläufer/innen, die vom **Nachsorgeangebot** von *START AGAIN* Gebrauch gemacht haben und jenen, die von diesem keinen Gebrauch gemacht haben. Die Daten werden wiederum für die beide Kohorten 1992-95 und 1992-97 aufgeführt. Wir weisen in diesem Fall darauf hin, dass hier für beide Therapieperioden gilt, dass die Umfänge der beiden zu kontrastierenden Teilklientele (mit und ohne Nachsorge) sehr verschieden sind. Der Vergleich der Wahrscheinlichkeitsverhältnisse entlang der Zeitachse zeigt eine eindeutige Entwicklung von einer *marginalen Gleichheit* der Erfolgchancen beider Teilklientele während der Periode 1992-95 (das Wahrscheinlichkeitsverhältnis beträgt hier 1.29 zu 1) hin zu einer *praktisch 100-prozentigen*

⁷⁶ Siehe die Diskussion in Unterabs. 2.3.2, wo wir dieses Beispiel ausführlich erläutert haben.

⁷⁷ Vgl. Fussnote 75.

⁷⁸ Wir erwähnen hier, dass in *START AGAIN* die Teilnahme an externen 10-tägigen *Vipassana*-Kursen fakultativ ist, nicht aber die tägliche Praxis der achtsamkeitsschulenden *ānāpāna-sati*-Übung.

Verschiedenheit für die Periode von 1992-97 (das Wahrscheinlichkeitsverhältnis beträgt in diesem Fall 20'000'000 zu 1).

Mit anderen Worten: Erst die über die ersten fünf Jahre kumulierten Daten von *START AGAIN* zeigen – im Gegensatz zu den Daten der ersten drei Jahre –, dass diejenigen Klient/inn/en, die nach ihrem regulären Austritt aus der Behandlung von *START AGAIN* von dessen Nachsorgeangebot Gebrauch machten, eindeutig bessere Aussichten haben, im zweiten Jahr nach Austritt als erfolgreiche Therapieabsolvent/inn/en zu gelten, als diejenigen Durchläufer/innen, die vom Nachsorgeangebot keinen Gebrauch machen wollten.

Alle in Kapitel 10 gegebenen Diskussionen der Gleichheit oder Verschiedenheit unterschiedlicher Stichproben (stets im Sinne verschiedener Subklientele, die z.T. an unterschiedlichen Programmelementen teilnehmen) bezüglich Therapieerfolg oder Rückfallrisiko basieren auf den probabilistisch-logischen Analysetechniken, die wir in den letzten beiden Unterabschnitten vorgestellt haben. Wir betonen zum Schluss nochmals, dass diese Analysetechniken insbesondere bei relativ kleinen Stichprobenumfängen, wie sie in unserem Fall typischerweise vorliegen, ihre ausgesprochene Überlegenheit gegenüber herkömmlichen statistischen Verfahren zeigen.

3 Nach-Sozialisation versus Re-Sozialisation und die suchtrehabilitatorische Aufgabenstellung aus strukturalistischer Sicht

Bevor wir uns aus strukturalistischer Sicht einem Modell suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis und der sich daraus abzuleitenden suchtrehabilitatorischen Problemstellung zuwenden, wollen wir im ersten Abschnitt den allgemeinen begrifflichen Bezugsrahmen einer soziologischen Sozialisationstheorie aufspannen. Die Darstellung verfolgt dabei genau wie jene in Abschnitt 2.2 ein Doppeltes: einerseits eine Erweiterung des grundlegenden Begriffsapparats für die Fallstudie, andererseits eine weitere Explikation von Begrifflichkeiten, die für das sozialrehabilitatorische Handeln in *START AGAIN* die theoretische Orientierungsgrundlage bilden.

3.1 Sozialisatorische Genese von Autonomie. Diffuse versus spezifische Sozialbeziehungen und ein Strukturmodell der familialen Sozialisation

3.1.1 Einleitung

In der systematischen Kontrastierung und Verdichtung mehrerer Fallrekonstruktionen von Klient/inn/en von *START AGAIN* – Fallrekonstruktionen, wie sie unten in der exemplarischen Falldarstellung von Beat Kaiser oder im Vertiefungskapitel A2 für Natalie Lang wiedergegeben werden – hat sich gezeigt, dass für die Entwicklung eines Strukturmodells von Sucht,¹ das eine Vielzahl der rekonstruierten Charakteristika individueller durch Sucht geprägter Lebenspraxen in einen Gesamtzusammenhang bringt, ein Strukturmodell der primären familialen Sozialisation und der dazugehörige Begriffsapparat einen sehr geeigneten Bezugsrahmen bildet. Daher beginnen wir dieses Kapitel mit

¹ Während wir im Projektantrag die Erarbeitung einer Typologie der Klientel von *START AGAIN* als Ziel formuliert haben, so hat sich im Verlaufe der Studie gezeigt, dass das nachfolgende Strukturmodell von Sucht einerseits einen sehr adäquaten Rahmen für eine solche Typologie bereitstellt, andererseits für die konkreten Belange der Fallstudie völlig ausreichend ist. Zudem wäre noch mehr fallrekonstruktive Arbeit zu leisten, bevor ein letztes Wort bezüglich einer Typologie der Klientel von *START AGAIN* gesprochen werden könnte. Dies möge an anderer Stelle durchgeführt werden.

einer Zusammenfassung von OEVERMANNs soziologischer Sozialisationstheorie.² Sie gibt uns ein Strukturmodell der sozialisatorischen Genese von Autonomie, d.h. der sozialisatorischen Entfaltung einer ausgereiften, gesunden autonomen Lebenspraxis unter den Bedingungen moderner industrieller Gesellschaften, in die Hand.

Ähnliche Ausführungen finden sich in HILDENBRANDs Schrift *Alltag als Therapie* (1991: 36ff.), wo zudem noch ein sozialgeschichtlicher Abriss über die Familie gegeben wird, der ausführt, wie sich im Zuge des Rationalisierungsprozesses, eines Kennzeichens der Entwicklung *moderner Gesellschaften*, die *moderne privatisierte Kernfamilie* ausdifferenziert, die ihrerseits Grundlage für die Entwicklung des *modernen Individuums* ist.

Bevor wir uns den sozialisationstheoretischen Ausführungen zuwenden noch zwei allgemeine Bemerkungen. (1) Mit HILDENBRAND (1991: 49f) verweisen wir auf Folgendes:

"Primäre Sozialisationsprozesse sind auf eine gewisse Vertrautheit und Stabilität familialer Sinnwelten angewiesen. Andererseits scheint [...] das Modell der bürgerlichen Kleinfamilie deutlichen Erosionsprozessen zu unterliegen. Nicht-eheliche Lebensgemeinschaften, steigende Scheidungsziffern bei sinkenden Wiederverheiratungsraten sowie eine steigende Zahl von Geburten, bei denen die Kinder von Anfang an alleine erzogen werden,³ führen zu einer Neueinschätzung hinsichtlich der Stabilität von Ehe und Familie. Zu einer Neueinschätzung der *strukturellen Voraussetzung* für eine günstige Sozialisation führen sie allerdings nicht [Hervorhebung durch UMS]."

Gerade die in dieser Studie vorgelegten Falldarstellungen mögen zeigen, wie sich Verletzungen solcher struktureller Voraussetzungen innerhalb eines bestimmten Familienmilieus in der in diesem Milieu ihren Anfang nehmenden individuellen Lebensgeschichte fortpflanzen können, um schliesslich in eine manifest suchtspezifisch beschädigte Lebenspraxis zu münden.

(2) In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass für hermeneutische Therapiefor-schung, gleich wie für professionalisiertes therapeutisches Handeln,⁴ das zentrale Anliegen nicht die Subsumtion (das Einsortieren) von Fällen unter Klassen von Beschädigungsmerkmalen ist, sondern vielmehr das Stellen von potenziell ressourcenerschliessenden Fragen, wie: Wie ist die Familie bzw. das Individuum mit einer Verletzung von strukturellen Voraussetzungen umgegangen? Wie ist auf das reagiert worden, was aus der Verletzung entstand? Welche Fallstrukturelemente verweisen auf die routinisierte Re-inszenierung einer Traumatisierungserfahrung? Wurde z.B. der abwesender Vater oder die früh verstorbene Mutter symbolisiert oder nicht? etc.

Aus soziologischer Sicht nun vollzieht sich die **Sozialisation** oder **soziale Geburt eines autonomen Subjekts** in der praktischen Teilhabe am Zusammenspiel von drei verschiedenen diffusen Sozialbeziehungen in der sogenannten ödipalen⁵ Triade, die die Strukturgesetzlichkeit des familialen sozialisatorischen Interaktionssystems kennzeichnet. Damit

² Vgl. OEVERMANN (1979; 1996a: Kap. V); OEVERMANN *et al.* (1976); OEVERMANN und KONAU (1980) sowie PARSONS (1964: 73-98).

³ Vgl. hierzu die einschlägigen Beiträge in LÜSCHER *et al.* (1988).

⁴ Dies gilt insbesondere für *START AGAIN*, da hier systematisch mit Hilfe interner und externer Fort- und Weiterbildung, in die u.a. regelmässig Forschungsergebnisse aus dem Studienprozess einfließen, Anstrengungen unternommen werden, sich in die Richtung einer Professionalisierung suchttherapeutischen Handelns zu entwickeln; für mehr dazu s. Abschnitt 5.2.

⁵ "Hier soll sogleich das Missverständnis vermieden werden, es gehe um eine psychoanalytische Theorie. Aus der Psychoanalyse wird lediglich der Terminus 'ödipal' deskriptiv entliehen, so wie Freud den Ödipus-Mythos entliehen hat, um seine in seinen Behandlungen sich wiederholenden Beobachtungen zu kennzeichnen." OEVERMANN (1996a: 110)

wird, wie wir gleich ausführen werden, Grundsätzlicheres gefasst als im unzureichenden Sozialisationsmodell von einerseits biologisch determinierter Reifung und andererseits Belohnungs-Bestrafungs-Konditionierung und Modelllernen.

3.1.2 Diffuse/personale versus spezifische/rollenförmige Sozialbeziehungen

In Anlehnung an PARSONS unterscheidet OEVERMANN ebenfalls zwischen diffusen und (funktional-)spezifischen Sozialbeziehungen. **Spezifische Sozialbeziehungen** sind dadurch bestimmt, dass (1) das Spektrum dessen, was in ihnen thematisiert werden kann, eingeschränkt ist; (2) derjenige Beziehungspartner die Begründungslast trägt, der ein Thema zu einer vorgängig "vereinbarten" bzw. institutionalisierten Themenliste hinzufügen möchte; und (3) in Erfüllung der Kategorie der **Rolle**, spezifische Sozialbeziehungen ihre strukturelle Identität auch dann beibehalten, wenn das Personal wechselt.

Im Gegensatz zu PARSONS fasst OEVERMANN **diffuse Sozialbeziehungen** nicht als Rollenbeziehungen auf, sondern, gerade gegenteilig, als nicht-rollenförmige Sozialbeziehungen zwischen *ganzen Menschen*. Die einzigen bekannten *Prototypen diffuser Sozialbeziehungen* sind die *Gattenbeziehung*, die *Mutter-Kind-* und die *Vater-Kind-Beziehung*, die die ödipale Triade zusammensetzen. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass (1) in ihnen grundsätzlich alles thematisiert werden kann (der ganze Mensch ist für sie konstitutiv); (2) derjenige die Begründungslast trägt, der ein Thema ausschliessen will; und (3) in ihnen das Personal nicht ausgetauscht werden kann. Es sind dies dem Anspruch nach also auf Dauer gestellte Beziehungen. Anders ausgedrückt: Diffuse Sozialbeziehungen bzw. familiäre Dyaden werden genau dann zu Rollenbeziehungen, wenn sie scheitern. Dieser wichtige Umstand begründet, weshalb der Begriffsapparat der Rollentheorie in der Analyse familialer bzw. sozialisatorischer Interaktionssysteme nicht greift und entsprechend die elementare Form von Sozialität, die in diesen Systemen vorliegt, nicht aufschliessen kann. Dabei argumentiert OEVERMANN (1996a: 112), dass genau diese "elementare, rollenfreie Sozialität nach dem Muster einer diffusen Beziehung von ganzen Menschen" als fundierende Grundlage von Gesellschaftlichkeit zu erachten sei.

3.1.3 Die Strukturgesetzlichkeit der ödipalen Triade

In familialen Interaktionssystemen kommen nach OEVERMANN zwei Typen von diffusen Sozialbeziehungen oder Dyaden vor: die **Gattenbeziehung** und die **Eltern-Kind-Beziehung**, wobei letzter Typ in den zwei Varianten der Mutter-Kind- und der Vater-Kind-Beziehung vorliegt. Gemeinsam ist diesen beiden Typen, dass ihr Personal, entsprechend der Bestimmung diffuser Sozialbeziehungen, *ganze, nicht-austauschbare Menschen* sind, wobei diese Nicht-Austauschbarkeit auf vier Strukturmerkmalen fusst:⁶ (1) Für diese Beziehungen ist eine *Körperbasis* konstitutiv (erotische Solidarität der Gattenbeziehung bzw. kindliche Erotik in der frühen Kindheit). (2) Sie werden als *unkündbare* Beziehungen gestiftet. Eine Trennung ist immer ein Scheitern (Solidarität des gemeinsamen Lebensweges). (3) *Vertrauen* gilt in ihnen bedingungslos und wird durch bedingungslosen Vollzug hergestellt (unbedingte Solidarität). (4) Sie sind geprägt durch eine *generalisierte, bedingungslose affektive Bindung* (affektive Solidarität).

⁶ Vgl. OEVERMANN (1996a: 110).

Trotz dieser ausgeprägten Gemeinsamkeiten macht OEVERMANN an Folgendem einen scharfen strukturellen Unterschied zwischen der Gattenbeziehung und der Eltern-Kind-Beziehung fest: (1) Im Vergleich zur Gattenbeziehung, die zwischen zwei autonomen Subjekten besteht, liegt in der Eltern-Kind-Beziehung eine Asymmetrie vor, da diese von einem autonomen Subjekt und einem noch nicht individuierten Subjekt gebildet wird. (2) Während für die Gattenbeziehung eine reziproke (gegenseitige) Sexualität grundlegend ist, gelten die Mutter-Kind- und die Vater-Kind-Beziehung gemäss **Inzestverbot** als sexuell tabu.

Die Frage, die sich nun stellt, ist, wie die Auseinandersetzung der drei Interaktionspartner eines familialen sozialisatorischen Systems, Mutter, Vater und Kind, allmählich für das körperlich und psychosozial reife Kinde (den Sozialisanden) eine autonome Lebenspraxis hervortreibt und diese festigt. Dazu OEVERMANN (1996a: 113f):

"Für alle drei Dyaden, die die ödipale Triade zusammensetzen, gilt, dass sie durch einen Ausschliesslichkeitsanspruch der Partner aufeinander geprägt sind. Anders könnten es nicht Beziehungen zwischen ganzen Menschen sein. Für die ödipale Triade ergibt sich daraus zwingend und konstituierend, dass in ihr jedes Strukturelement, also jede beteiligte Person (a) den Ausschliesslichkeitsanspruch auf einen Partner einer Dyade mit einem Dritten teilen muss, in sich eine Widersprüchlichkeit; (b) diese Teilung mit einem Dritten bei zwei verschiedenen Partnern sich gefallen lassen muss und (c) sich selbst reziprok ebenfalls zwischen zwei Partnern teilen muss. Daraus resultiert als normaler Dauerzustand die Eifersucht, die erst in dem Stillstand der Dynamik der Transformationsgesetzlichkeit der ödipalen Triade, deren emotionaler Ausdruck sie ist, sich pathologisch aufstaut."

OEVERMANN bestimmt damit die ödipale Triade als "mehrfach widersprüchliche Einheit", als Ort, der strukturgebend durch die unaufhebbare widersprüchliche Gestalt **geteilter Ausschliesslichkeitsansprüche** charakterisiert wird, wo die Grundbewegung von Ein- und Ausschluss eine nicht still stellbare Dynamik provoziert, die der Entwicklung des Individuums sozial zu Grunde liegt.

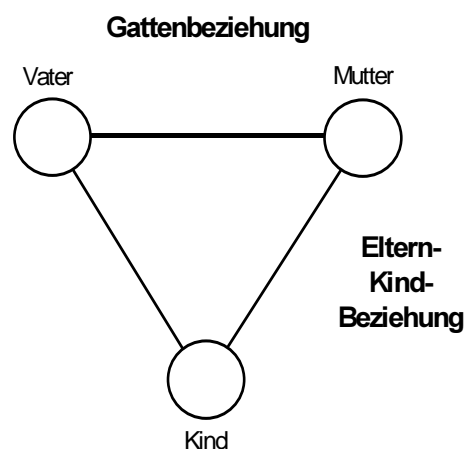


Abb. 3.1.3-1 Ödipale Triade als Ort der Erzeugung von Autonomie

3.1.4 Die gesamte Sozialisation als Abfolge von Ablösungskrisen

Nachdem wir die grundlegende Struktur des familialen Sozialisationssystems, die ödipale Triade, und die in ihr freigesetzte Dynamik bestimmt haben, lässt sich schliesslich die gesamte Sozialisation als eine Abfolge von vier zentralen Ablösungskrisen – Krisen im Sinne von Öffnungen von Routinen, wie wir es in Unterabs. 2.2.4 in Kapitel 2 dargestellt haben – verstehen:⁷

1. Die Ablösung aus der primären Symbiose im Mutterleib mit der Geburt;
2. die Ablösung aus der Mutter-Kind-Symbiose;
3. die Ablösung aus der manifest ödipalen Triade;
4. die Ablösung aus der Herkunftsfamilie in der Bewältigung der Adoleszenzkri-

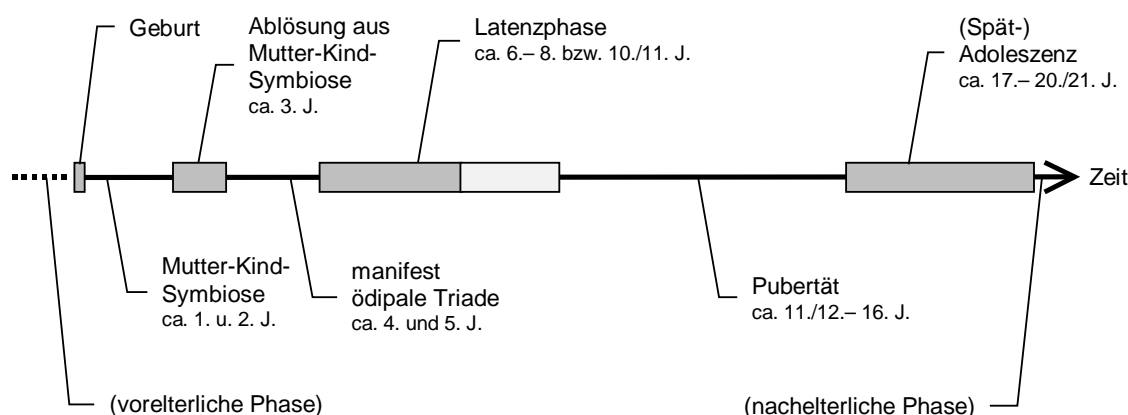


Abb. 3.1.4-1 Schematische Darstellung des gesamten Sozialisationsprozesses als Abfolge von Ablösungskrisen

se.

Nachfolgend ein paar Bemerkungen zur sinnstrukturellen Spezifik und inhaltlichen Ausgestaltung (im Wesentlichen aus sozialpsychologischer und z.T. psychoanalytischer⁸ Sicht) dieser Ablösungskrisen bzw. der Zwischenphasen. Es wird hier kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben, es sollen lediglich ein paar zentrale und für das Verstehen der Strukturmerkmale süchtigen Handelns wichtige Momente des Sozialisationsprozesses hervorgehoben werden. Alle Altersangaben sind als grobe Orientierungswerte zu verstehen und nicht zu verabsolutieren!

⁷ Vgl. OEVERMANN (1996a: 114).

⁸ Ein paar psychoanalytische Grundbegrifflichkeiten werden hier und im nächsten Unterabschnitt u.a. aus dem Grunde eingeführt, weil diese Begrifflichkeiten im Zuge der seit 1997 vom Bundesamt für Sozialversicherung geforderten individuellen Behindertenstatus-Abklärungen von Drogenabhängigen als Voraussetzung für das Sprechen von Bau- und Betriebsbeiträgen an stationäre Suchtrehabilitations-Einrichtungen (s. Abschnitt 5.2) immer häufiger in den ärztlichen, sich im Allgemeinen an der psychoanalytischen Theoriebildung orientierenden Gutachten auftreten, so insbesondere auch im Fall von *START AGAIN*. Als Literaturhinweis sei beispielsweise auf ERIKSON (1992¹¹) und die einschlägigen Fachartikel in *FAUST* (Hrsg.) (1995) sowie ERNE (1996) verwiesen. Eine unsere Position beeinflussende und lesenswerte Verschränkung entwicklungspsychologischer, linguistischer, psychoanalytischer und soziologischer Begrifflichkeiten findet sich zudem in MERLEAU-PONTYS *Keime der Vernunft* (1994).

1. Die Mutter-Kind-Symbiose, die der einschneidenden Erfahrung der **physischen Geburt** folgt und psychoanalytisch gemäss vorherrschendem Erlebensakzent in eine orale (1. Jahr) und anale Phase (2. Jahr) aufgeteilt wird, ist für den Säugling gekennzeichnet durch emotionale Zuwendung und Stillung des Hunger- und Durstbedürfnisses. In dieser Phase bildet sich gestützt auf Erfahrungen des Geliebt- und Verstandenseins ein Grundgefühl von *Ur-Vertrauen, von bedingungslosem Vertrauen und Sicherheit* aus. Hierbei ist zu unterstreichen, dass die *Bedingungslosigkeit* des Vertrauens wesentlich ist, d.h. dass es *nicht* um ein bedingtes Vertrauen im Sinne einer Tauschvereinbarung – "Wenn du mir das gibst, dann gebe ich dir das." – geht. Sinnliche Körpererfahrungen und Verinnerlichung des Mutterbildes legen den Grundstein fürs eigene Selbstbild und die *Differenz zwischen Selbst und Nicht-Selbst oder Anderem*. Gemäss der Logik von Symbiose als einer Einheit zu gegenseitigem Nutzen erinnern wir daran, dass die Mutter-Kind-Symbiose auch für die Mutter eine reiche Quelle psychosozialer Ausdifferenzierungsprozesse und entsprechender Reifung darstellt, angefangen von Veränderungen in der Selbstwahrnehmung und dem subjektiv bewusstseinsfähigen Selbstwert als Frau bis hin zur Verinnerlichung eines veränderten Sozialstatus als Mutter.

2. Für die Ablösung aus der Mutter-Kind-Symbiose ist zentral, dass sich *der Vater als gleichgewichtige Figur neben der Mutter auszudifferenzieren* beginnt, dass er gewissermassen die Symbiose so zu "stören" vermag, dass sich schliesslich die oben beschriebene sozialisatorische Dynamik der ödipalen Triade voll entfalten kann. Aus der Sicht des Kindes geht mit der sich vollziehenden Reinlichkeitserziehung und der beginnenden Sprachentwicklung⁹ die Möglichkeit von *Machtkonflikten* und die Erfahrung des Nein-Sagens einher. Es beginnt sich das *Erlebens-Gegensatzpaar von Sich-Gehenlassen/Hingabe und Sich-Beherrschen/Selbstkontrolle* auszubilden, psychoanalytisch gesprochen fällt der *Keim der Über-Ich- oder Gewissens-Bildung* in diese Zeit.

3. Die Strukturgesetzlichkeit der manifest ödipalen Triade ist oben ausführlich dargestellt worden: das Kind wird in den fundamentalen Interaktionstypus der *diffusen Sozialbeziehung, der Sozialbeziehung unter ganzen Menschen* einsozialisiert. Was die psychosexuelle Entwicklung des Kindes anbelangt, spielt sich parallel dazu eine Hinwendung zu den Geschlechtsorganen (Phallus und Klitoris) ab, weshalb psychoanalytisch auch von der phallischen Phase gesprochen wird: Das Kind entdeckt den *Geschlechtsunterschied*. Der gegengeschlechtliche Elternteil wird zum "*Ort des Begehrens*", der gleichgeschlechtliche Elternteil zum "*Ort der Identifikation*". Die Übernahme (Internalisierung) des *Inzestverbots* durch das Kind kann als "Einüben" einer grundlegenden Form regelgeleiteten Handelns erachtet werden, worin das Kind gewissermassen in seiner eigenen Entwicklung den evolutiven Übergang von Natur zu Kultur nachzuvollziehen beginnt; s. Unterabs. 2.2.5.

4. In der Latenzphase, so genannt wegen der für sie charakteristischen "Ruhepause" in der sexuellen Entwicklung des Kindes, steht anfänglich als Krise die Ablösung, das Herauswachsen aus der manifest ödipalen Triade des naturwüchsigen Sozialisationsmilieus an. Dabei rückt das "Einüben" der Strukturlogik *anonymer, rollenförmiger Sozialbeziehungen* ins Zentrum. Die erste soziale Rolle, die das heranwachsende Kind in dieser Periode einzunehmen hat, ist die des *Schülers*, und dies in Komplementarität zu jener des Lehrers. Das in seinem Anspruch funktional-spezifische oder rollenförmige Schülerhandeln wird sich dabei anfänglich zwangsläufig an der Strukturlogik der einzig vertrauten diffusen Sozialbeziehung zwischen Eltern und Kind orientieren müssen – ein wichtiger Umstand, aus dem OEVERMANN in der Bestimmung der Strukturgesetzlichkeit pädago-

⁹ Ein ausgezeichnetes Werk zur Sprachentwicklung beim Kind im Spannungsfeld zwischen Biologie und Kultur, das unserer Perspektive nahe steht, liegt bei BRUNER (1997²) vor.

gischen Handelns (speziell für diese Phase) ableitet, dass dieses Handeln neben *Wis-sens- und Normenvermittlung* durch eine implizit therapeutische Dimension gekennzeichnet ist.¹⁰

Für die Latenzzeit unterstreicht OEVERMANN (1996a: 146f.) zudem, in Anlehnung an PIAGET, die sozialisatorische Bedeutung des "zweckfreien kooperativen Spiels" und der *peer group*-Bildung, dem Erleben der "ersten kooperativen und nicht auf Zwang und Autoritätsrespekt beruhenden Vergemeinschaftungsform unter Gleichen ausserhalb der Familie" (und ausserhalb der Institution Schule). Die *peer group* erleichtert dem Kind bzw. frühen Jugendlichen durch Reduktion emotionaler Spannung und Unsicherheit die Ablösung aus der Herkunftsfamilie und im Erproben von Handlungsmustern Erwachsener die Hinwendung zur vollen Verantwortlichkeit des Erwachsenen. OEVERMANN bezeichnet sie als ein Strukturort "in dessen Schosse sich das Ideal der sozialen Gerechtigkeit und der kooperativen Reziprozität [Gegenseitigkeit, Wechselseitigkeit von Perspektiven – UMS]" ausbildet, was der Herausbildung einer moralischen bzw. sittlichen Autonomie zu Grunde liegt.

"In der Latenzperiode werden die Befähigung zur Zärtlichkeit sowie das affektive Vermögen, sich dem Anderen anzuvertrauen, erworben, und zwar zur gleichen Zeit, in der sich der Ichapparat entwickelt." (MERLEAU-PONTY, 1994: 360)

Die sozialpsychologische Theorietradition des symbolischen Interaktionismus (MEAD, GOFFMAN, STRAUSS u.a.) betont im Zusammenhang mit dem für die Sozialisation fundamentalen Prozess des interaktiven Lernens von Symbolen und Rollen die Grundoperation der *Perspektivenübernahme (role taking)*: Durch das Hineinversetzen in die Rolle anderer können die eigenen "Situationsdefinitionen" mit jenen der anderen in Beziehung gesetzt werden, und das eigene Handeln wird mit Hilfe von Antizipation (innerliche Vorwegnahme) von Handlungsfolgen, möglichen Reaktionen und von Erwartungen anderer gesteuert. Aus strukturalistischer Sicht geht es auch hier grundsätzlich um die Einsozialisierung ins permanente Wechselspiel von regelgeleitetem Erzeugen von objektiven Handlungsspielräumen einerseits und der Realisierung individueller subjektiver Motive, Erwartung, Meinungen, Vorstellungen, Hoffnungen und Wünsche andererseits; vgl. Unterabs. 2.2.5.

5. Für die Phase der **Pubertät** (oder frühen und mittleren Adoleszenz) gilt aus psychoanalytischer Sicht, dass angestossen durch die körperlich sexuelle Reifung bisher abgewehrte, frühere Konfliktkonstellationen wieder aufleben, jetzt aber auf der Basis eines anderen Körpers und einer anderen psychischen Organisation durchgearbeitet werden. Die psychische Verfasstheit der Jugendlichen ist in diesem Stadium durch Zerrissenheit und Ambivalenz gekennzeichnet: Kampf gegen die elterliche Fürsorge und Angst vor Einsamkeit und Isolation, Gefühle der Grösse und der Nichtigkeit, der Liebe und Enttäuschung wechseln sich z.T. schnell ab. "Grössenphantasien dienen zum Schutz gegen Zurückweisung, Versagen und Enttäuschung. Arroganz, Rebellion und Missachtung von Autoritäten sind häufig. Neben dem Hang, innere Prozesse nach aussen zu projizieren und sie als äussere Realität zu erleben, besteht ein überwältigendes Verlangen nach Liebe. Der Adoleszente befindet sich in dieser Zeit in konstant wechselnden Ich-Zuständen. Seine Abwehr- und Anpassungsmechanismen werden komplexer."¹¹

Ein zentraler Begriff dieser Phase (und jener der anschliessenden (Spät-)Adoleszenz) ist der der *Identität* bzw. der *Ich-Identität*. Allgemein bezeichnet Identität das Verhältnis

¹⁰ Dieser Gedanke ist zentral für OEVERMANN'S Konzeptualisierung pädagogischer Professionalität und wird im Detail ausgebreitet in OEVERMANN (1996a: 141 ff.).

¹¹ FAUST (1995: 370).

zwischen dem individuellen Selbstbild/-konzept und Selbst-Verständnis einer Person – oder eines sozialen Gebildes (Paar, Familie, Gruppe, Organisation, Staat, Ethnie etc.), was hier aber nicht unmittelbar thematisch ist – und dessen sozialer Realisierung und Anerkennung. Während die psychoanalytische Tradition Identität als psychisches Organisationsprinzip versteht, begreift die Sozialpsychologie Identität als soziales Organisationsprinzip.

So wie wir in Unterabs. 2.2.3 das Selbst entlang der widersprüchlichen Einheit von Welt der Wirklichkeit und Welt der Möglichkeit zweikomponentig konzeptualisiert haben, nämlich als ein Ich im Hier und Jetzt und als ein Mich, als selbst-bewusstes, selbst-reflexives Selbst, so lässt sich das Selbst bzw. Identität entlang dem dialektischen Spannungsverhältnis von Individuum und Gesellschaft aufspannen (GOFFMAN, 1967):¹² Einerseits haben wir die *personale Identität*, die einem Individuum von seinen Interaktionspartnern zugeschrieben wird, die sich auf seine Einzigartigkeit, auf seine unverwechselbare Biographie und jene Strukturmerkmale bezieht, die es erlauben ein Individuum von allen anderen zu unterscheiden; andererseits fasst die *soziale Identität* all jene Handlungsstrukturen, die vom Individuum im Rahmen normativer Rollenerwartungen abverlangt werden, also jene Strukturmerkmale die bewirken, dass ein Individuum so ist, wie jedes andere. Diesen beiden widersprüchlichen Identitätsformen stellt nun GOFFMAN die *subjektiv erfahrbare Ich-Identität* gegenüber. Ihre Aufgabe ist es diese beiden Pole in ein "Balance-Verhältnis" zu bringen, so dass nicht das Abgleiten in zwei Extreme droht: einerseits eine Verdinglichung oder Entpersonalisierung des Subjekts in verschiedenen anonymen Rollenzusammenhängen, andererseits eine Stigmatisierung in Folge extrem normabweichenden Handelns.

6. Die (Spät-)Adoleszenz selbst ist dadurch charakterisiert, dass für die Ausdifferenzierung und Konsolidierung der bis zu diesem Lebensabschnitt durchlaufenen individuellen Entwicklungs- und Bildungsprozesse gewissermassen ein teilweises "psycho-soziales Moratorium" (ERIKSON) gewährt wird. Ein teilweises Moratorium bezüglich Verbindlichkeit und Verantwortlichkeit hinsichtlich dem allgemeinen Anspruch der vernünftigen Begründbarkeit von unter Handlungsdruck realisierten Entscheidungen.

Bezogen auf die sozialisatorische Genese von Autonomie formuliert OEVERMANN (1996a: 146f.), dass ein sich bildendes und entfaltendes Individuum (ein Sozialisand) erst nach Abschluss der **Adoleszenzkrise** in der Lage ist, als Erwachsene/r "widersprüchliche Rollenzumutungen und -verpflichtungen der Gesellschaft auf der Basis eines gefestigten Entwurfs von Einzigartigkeit und personaler Identität so zu übernehmen, dass es daran nicht krank wird." Es muss eine autonome Lebenspraxis nach Abschluss der Adoleszenzkrise als mündige Bürgerin oder mündiger Bürger grundsätzlich zu einem Dreifachen fähig sein: (1) zur klaren Abgrenzung von Selbst und Anderem, (2) zur Beherrschung und Bearbeitung von Affekten und emotionalen Krisen und (3) zur Aufrechterhaltung und situativ adäquaten Ausgestaltung der Spannung von zwei grundsätzlich unversöhnlich sich gegenüberstehenden Rationalitäten: einerseits der Rationalität in der Verfolgung des *Eigeninteresses*, andererseits der Solidarität mit dem Anderen und der Rationalität der Erfüllung des *Gemeinwohls*.¹³

Die Grundlage dafür ist schliesslich, dass das Individuum bis zum Abschluss der Adoleszenzkrise seine *Sinninterpretationskapazität* weitgehend ausgebildet hat, d.h. die latenten Sinnstrukturen seines Handelns und des Handelns anderer gestaltsicher zu entziffern vermag. Eine äusserst bedeutsame und für das Gelingen der normalen Alltagspraxis wichtige Abkürzungsleistung bei der Vergegenwärtigung von Handlungssinn liefert da-

¹² Wir folgen GRUBITZSCH und REXILIUS (1994: 474ff. und 1076ff.)

¹³ Vgl. OEVERMANN (1998a).

bei "die 'übertragende' Analogisierung von neuartigen, aktuellen Situationskonstellationen zu den prägenden Situationskonfigurationen und Szenen der Kindheit bzw. der familialen sozialisatorischen Interaktion."¹⁴

Bevor wir uns einem Strukturmodell suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis zuwenden, geben wir im nächsten Abschnitt gewissermassen als Einleitung und zur konkreten Veranschaulichung der Thematik die Analyse einer Familien- und Lebensgeschichte eines Klienten von *START AGAIN*. Ein kontrastierendes Fallbeispiel findet sich im Vertiefungskapitel A3.

3.2 Exemplarische Analyse der Familien- und Lebensgeschichte des Beat Kaiser¹⁵

Bevor wir uns in die methodische Fallanalyse hineinbegeben, wollen wir eine allgemeine Bemerkung anfügen: Im Hinblick auf professionelles systemisch-therapeutisches Arbeiten in *START AGAIN* ist zu erwähnen, dass sich die Logik des sozialwissenschaftlichen Fallverstehens *strukturell* nicht von der Logik der Fallrekonstruktion im Dienste der therapeutischen Arbeit unterscheidet. Es handelt sich in diesem Zusammenhang lediglich um Gewichtung Unterschiede, die etwa darin bestehen, dass (1) die wissenschaftliche Fallrekonstruktion im Gegensatz zur therapeutischen nicht unter Handlungsdruck erfolgt und nicht handlungsleitend in die Gestaltung eines lebendigen Begegnungsprozesses zwischen Problem- und Therapeutensystem zurückfließt; (2) die therapeutische Fallrekonstruktion ihren Zweck erfüllt hat, wenn der therapeutische Auftrag erfüllt ist, d.h. kein Anspruch auf eine möglichst umfassende Beleuchtung eines Falles besteht; und (3) das Vergleichen von Fällen im Sinne minimaler und maximaler Kontrastierungen im wissenschaftlichen Kontext systematisch und explizit durchgeführt wird, in therapeutischen Arbeitszusammenhängen zwar auch ständig vorgenommen wird aber eher implizit bleibt.

3.2.1 Analyse des Genogramms der Familie Kaiser-Maier: "Desintegration und Stigmatisierung"

Wie es in *START AGAIN* üblich ist, wurden im Fall von Beat die objektiven familiengeschichtlichen Grunddaten (wie Geburts- und Todesdaten, Konfessionen, Heirats-, Trennungs- und Scheidungsdaten, sowie Berufe, Wohnorte und wichtige Begebenheiten), die im Genogramm graphisch übersichtlich organisiert werden,¹⁶ in den ersten Wochen nach seinem Eintritt gewissermassen als soziale Anamnese aufgenommen. Weitere für die Analyse der Familiengeschichte wichtige Informationen gründen sich auf Erzählungen von Geschichten über verschiedene Familienangehörige, wie sie sich im Verlaufe des therapeutischen Prozesses in reicher Zahl ergeben und die in der Klienten-Dokumentation von Beat stichwortartig festgehalten sind.

¹⁴ OEVERMANN (1996a: 160).

¹⁵ Die nachfolgenden Darstellungen beruhen auf Analysen, die gemeinsam mit Bruno HILDENBRAND im Rahmen eines Forschungsseminars am Soziologischen Institut der Universität Jena erarbeitet wurden. Aus Persönlichkeitsschutzgründen wurden die Daten (Namen, Ortschaften, z.T. Berufe etc.) vollständig anonymisiert.

¹⁶ Für die Definition der graphischen Zeichen siehe MCGOLDRICK und GERSON (1990) und Anhang A3.2.

Im Nachfolgenden geben wir die Zusammenfassung einer sequenziellen Analyse des Genogramms der Familie Kaiser-Maier (s. Abb. 3.2.1-1). Dabei begeben wir uns gedanklich in chronologischer Folge an wichtige Entscheidungsstellen in der Geschichte dieser Familie (und zwar mindestens über drei Generationen) und fragen uns nach damals möglichen Handlungsentwürfen. Diese kontrastieren wir dann mit den tatsächlich ausgeführten Handlungen, um so allmählich als Fallstrukturhypothese das historisch gewachsene Muster zu rekonstruieren, das die Familie beim Lösen von Problemen bis anhin leitete.

Die zentrale Frage ist dabei, "welche Gestaltungsspielräume Menschen in ihrem Leben vorfinden und welche Anstrengungen sie unternehmen, um diese Gestaltungsspielräume auszufüllen bzw. auszuweiten, und wo sie ihre Autonomie nicht in ihnen angemessener Weise nutzen."¹⁷

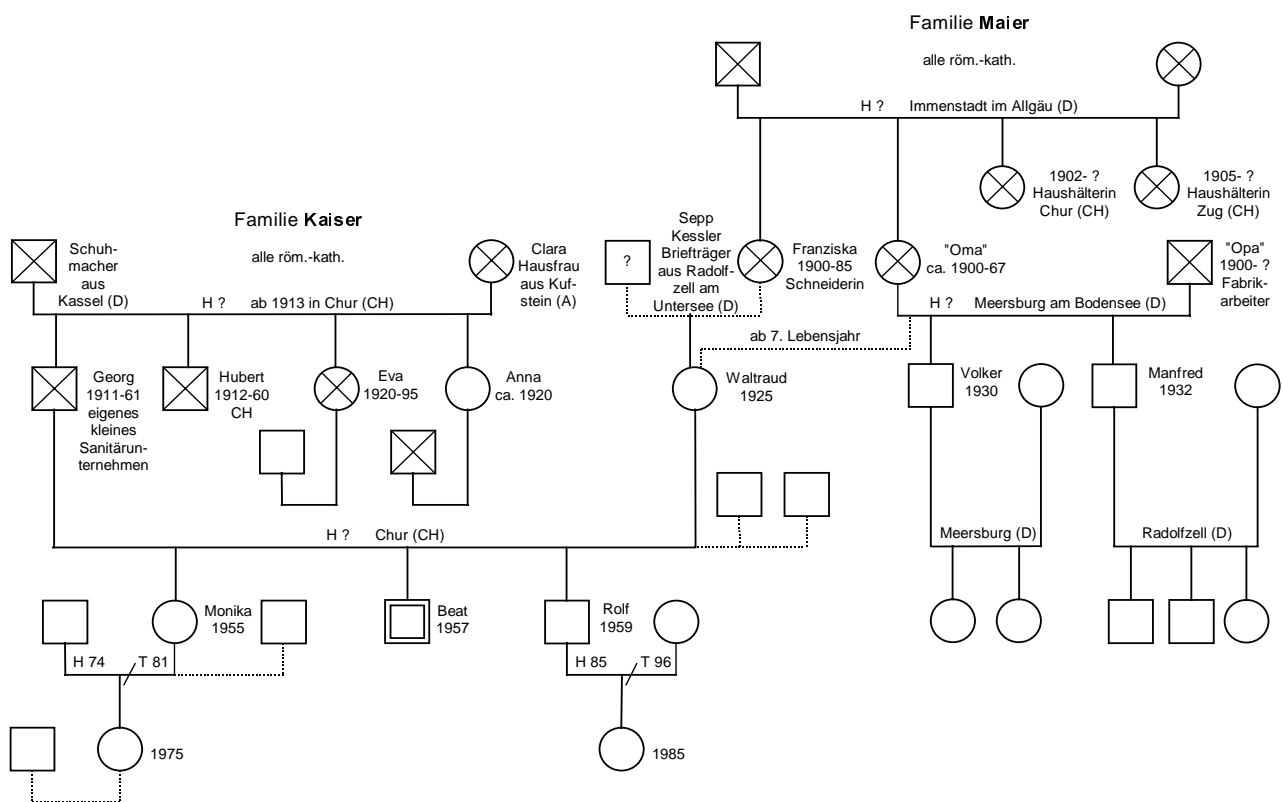


Abb. 3.2.1-1 Genogramm der Familie Kaiser-Maier mit Indexklient Beat

¹⁷ HILDENBRAND (1995: 13).

Wir beginnen mit der Herkunftsfamilie des Vaters von Beat, wenden uns dann jener der Mutter zu, um schliesslich zu analysieren, wie die beiden Geschichtsstränge sich in der Herkunftsfamilie von Beat verwoben haben.

3.2.1.1 Familie väterlicherseits

Der **Grossvater Kaiser** stammt aus Kassel in Deutschland. Neben der röm.-kath. Konfession ist von ihm nur bekannt, dass er den traditionellen Beruf des Schuhmachers ausübt. Von seiner **Ehefrau** wissen wir, dass sie aus dem österreichischen Kufstein im Inntal stammt, einem Ort an der Brennerroute, einem klassischen Alpenübergang. Dabei erinnern wir daran, dass Bergtäler in Durchgangsgebieten durch einen gewissen Grad an Desintegration gekennzeichnet sind. Die Bewohner neigen dort eher dazu, ihre Heimat zu verlassen.

Warum die Grosseltern Kaiser 1913 in die Schweiz nach Chur gehen, wissen wir nicht. Fest steht jedoch, dass sie dort eine grosse Anpassungsleistung zu erbringen haben. Im Churer Rheintal herrscht zu dieser Zeit (1. Weltkrieg, 1914-1918) eine Fremden gegenüber verschlossene und tendenziell ablehnende Haltung. Eine Integration ist schwierig. Sie sind Fremde in der Schweiz, sogenannte Arbeitsmigranten. Da sie kein Schweizerdeutsch sprechen, zeichnet sie die Sprache als Fremde aus.

Georg, der älteste Sohn und spätere Vater von Beat, ist zwei Jahre alt, als er mit seiner Familie in die Schweiz kommt. Im 2. Weltkrieg kämpft er in der deutschen Armee und fällt den Russen in die Hände. Er kann fliehen und kehrt nach dem Krieg in die Schweiz zurück. Dort baut er einen eigenen kleinen Betrieb als Sanitär auf. Als Sanitärinstallateur übt er, wie sein Vater, einen soliden, traditionellen Beruf aus. Er stirbt im Alter von 50 Jahren an einem Gehirntumor.

Bei der Frage nach der Wahl seiner Heiratspartnerin lässt sich folgende Überlegung anstellen: Zur Zeit der Heirat ist er wahrscheinlich relativ alt (ziemlich sicher über 40, denn bei der Geburt der ältesten Tochter ist er bereits 44), vom Typ eher ein Einzelkämpfer und kaum integriert in der Schweiz. Er ist ein seriöser Mensch und doch sozial beschädigt. Hypothese: Da er zu etablierten Schweizer Kreisen keinen Zugang hat, wird er sich eher eine sozial randständige Frau als Gattin suchen.

Georg und sein Bruder **Hubert**, der zweite in der Geschwisterreihe, besitzen beide keine Schweizer Staatsbürgerschaft, obwohl sie in der Schweiz aufgewachsen sind. Ein Einbürgerungsverfahren ist zu ihrer Zeit jedoch auch langwierig und kostspielig.

Warum beide Brüder während dem 2. Weltkrieg für Deutschland in den Krieg gehen, wissen wir nicht. Wir können jedoch annehmen, dass, wenn sie sich dem Krieg entzogen hätten, sie die deutsche Staatsangehörigkeit verloren hätten, sie wären dann staatenlos geworden. Andererseits sind sie mit ihrem Schweizer Dialekt sicher in der deutschen Armee aufgefallen. Ihre Situation ist also durch eine gewisse *Zerrissenheit* gekennzeichnet.

Die beiden jüngeren Schwestern, **Eva** und **Anna**, werden nach dem 1. Weltkrieg geboren. Wir können daher davon ausgehen, dass die Kaisers eine überlegte Familienplanung betreiben: Die beiden Ältesten werden vor dem Umzug in die Schweiz geboren, dann etabliert sich die Familie in der Schweiz und wartet den 1. Weltkrieg ab und dann kommen noch zwei Kinder.

An den Namen aller Kinder fällt auf, dass sie sehr traditionell deutsch sind. Dies steht in Spannung zur Tatsache, dass die Kinder der Grosseltern Kaiser die Übergangsgeneration sind, die die Integration in die Schweiz schaffen sollten, da ihre Eltern schon Einwanderer sind. Bei den beiden Söhnen wird dies sicherlich erschwert durch ihren Einsatz in der deutschen Armee im 2. Weltkrieg.

Insgesamt ist die Familie Kaiser durch Desintegration gekennzeichnet.

3.2.1.2 Familie mütterlicherseits

Die Urgrosseltern von Beat mütterlicherseits verbringen ihr Leben in Immenstadt im deutschen Allgäu. Von ihnen ist nichts Weiteres bekannt, ausser dass sie innerhalb von fünf Jahren vier Mädchen zur Welt bringen.

Franziska, die älteste Tochter und spätere (leibliche) Grossmutter von Beat, ist von Beruf Schneiderin. Sie ist gezeichnet durch ein Holzbein. Ihr ganzes Leben verbringt sie in Immenstadt im Allgäu, bis auf die letzten beiden Lebensjahre, die sie bei der Familie ihrer Schwester ("Oma") in Meersburg am Bodensee bzw. dort in einem Pflegeheim verbringt.

Während einer kurzen Bekanntschaft mit dem Briefträger **Sepp Kessler** (vielleicht während einem Besuch bei ihrer Schwester am Bodensee) wird sie schwanger. Da die Verbindung zum Vater des Kindes aber nicht von Dauer ist, bringt sie ein uneheliches Kind zur Welt, die spätere Mutter des Indexklienten. Sie behält das Kind bei sich in Immenstadt und sorgt für dieses während den ersten sieben Jahre. Sie ist an ihrem Wohnort sozusagen *doppelt "stigmatisiert" bzw. sozial disqualifiziert*: einerseits durch ihr Holzbein, andererseits durch ihr uneheliches Kind.

Waltraud, die Mutter von Beat, wird, wie bereits erwähnt, im Alter von sieben Jahren von ihrer Mutter getrennt. Sie kommt als Pflegekind in die Familie der ältesten Schwester ihrer Mutter ("**Oma**") nach Meersburg am Bodensee. Ihre Legitimation in dieser Familie ist prekär, sie überwindet dies wahrscheinlich dadurch, dass sie *sich nützlich zu machen sucht*, damit sozusagen *permanent Schuld abträgt* und dabei *vermutlich eine Pflegedisposition entwickelt*. Betrachten wir dies vor dem Hintergrund, dass sie vorher als uneheliches Kind mit der Mutter bei den Grosseltern aufwächst, wo sie wahrscheinlich permanent Grund zum Anstoss ist, eine Reihe von Demütigungen hinnehmen muss (die Grosseltern schämen sich für das Kind, das Kind schämt sich für die sozial disqualifizierte Mutter), so können wir die Hypothese formulieren, *dass sie bereits traumatisiert in die Pflegefamilie kommt*.

Während des 2. Weltkrieges ist Waltraud Mitglied in einer deutschen Jugendorganisation, wo sie zur Krankenschwester ausgebildet wird. Damit kann sie einen Beruf erlernen, der ihrer Pflegedisposition gut entspricht.

Nach dem Krieg geht sie in die Schweiz nach Chur. Sie folgt dabei Familiengleisen, da bereits eine Tante als Haushälterin in Chur lebt. Ihr persönlicher Lebensweg von der Krankenschwester übers Kindermädchen zur Mutter und Hausfrau erlaubt ihr, ihre Pflegedisposition nach aussen aufzugeben, sie aber innerhalb der Familie fortzusetzen. So pflegt sie etwa ihren Mann zu Hause während zwei Jahren vor dessen frühzeitigem Tod, und sie kümmert sich um die drei Kinder. Nach dem Tod ihres Mannes wird sie Kioskverkäuferin und dann Sekretärin. Zwei weitere Beziehungen zu anderen Männern sind dadurch gekennzeichnet, dass beide auch Menschen sind, um die sie sich kümmern muss.

Zusammenfassung zu den Herkunftsfamilien der Eltern von Beat

Wir finden sowohl auf der Vaterseite wie auch auf der Mutterseite von Beat eine traditionale Grundorientierung. Diese steht aber auf der Vaterseite unter dem Vorzeichen der Desintegration und auf der Mutterseite unter jenem der Stigmatisierung.

3.2.1.3 Die Herkunftsfamilie von Beat

Ganz entsprechend der für Georg formulierten Hypothese bezüglich der Wahl seiner Heiratspartnerin, fällt seine Wahl auf Waltraud. Er lernt sie bei der Arbeit kennen. Sie ist Kindermädchen in einer Familie, für die er einen Sanitärauftrag erledigt. Waltraud wählt somit einen Mann, der 14 Jahre älter ist als sie. Dies ist verträglich mit dem Gedanken, dass sie sich eher an Männern orientiert, die ihr Vater sein könnten, da sie in ihrer Entwicklung eine prägende Vaterfigur entbehren musste.

Georg und Waltraud haben eine *gemeinsame Geschichte*, bevor sie sich kennen lernen, denn sie teilen einen Erfahrungsraum, der in ihrer Churer Umgebung nicht leicht vermittelbar ist, die Erfahrung des Ausgestossenseins als Migrationsfamilie bei Georg, als uneheliches Kind bei Waltraud, sowie die Erfahrungen beider im Kriege. Vor diesem Hintergrund ist ihre gegenseitige Wahl als Heiratspartner nachvollziehbar.

Das Familienmilieu wird wahrscheinlich so gestaltet, dass sich die Eltern eher abkapseln und die Kinder die Übergangsgeneration sind, die die Integration in die Schweiz schaffen sollen, eine Aufgabe, die wir schon in der Familie von Georg als Thema vorgefunden haben, die dort aber nicht erfüllt wurde. Interessanterweise sind hier die Namen aller Kinder eher traditionell schweizerisch.

Durch den frühen Tod des Vaters wird das Familienmilieu wahrscheinlich zu einer Überlebenseinheit, wobei *alles um die Mutter kreist*, die mit hoher Wahrscheinlichkeit stark ausgebildete Bindungs- und Fürsorgekräfte mobilisieren wird. Dazu zwei Jugenderinnerungen, die Waltraud ihren Kindern, insbesondere Beat erzählt hat: Im Krieg wurde sie einmal von einem Tiefflieger verfolgt und konnte sich nur noch durch einen Sprung in einen Graben retten; und als Krankenschwester musste sie bei Fliegeralarm jeweils Kranke und Verletzte in einen Luftschutzbunker tragen, wobei mehrere in ihren Armen starben.

Monika, die älteste Tochter, heiratet mit 19 Jahren, vermutlich weil sie schwanger ist und entzieht sich so früh dem Zuhause. Die Pflegedisposition der Mutter setzt sich bei ihr abgeschwächt fort, sie lernt Arztgehilfin.

Der Lebensgeschichte von Beat wenden wir uns sogleich im Detail zu. Sein Bruder **Rolf** lernt Maurer und arbeitet heute als Werkhofangestellter.

Zusammenfassung zur Herkunftsfamilie von Beat

Das Vaterimago fehlt bei den Kindern bzw. ist sehr schwach (früher Tod des Vaters). Die Mutter kann es aufgrund des eigenen fehlenden Vaterimago nicht ersetzen und die Installierung eines sozialen Vaters misslingt zweimal (keine ausgeprägte Symbolisierung des Vaters). Es ist also niemand da, der Grenzen setzt. Bei der Mutter steht dies noch im Zusammenhang damit, die Unerwünschte zu sein, die es zur eigenen Legitimation immer allen recht machen muss und so eine ausgeprägte Pflegedisposition entwickelt, eine Haltung, die fraglos die Organisation der diffusen Sozialbeziehungen zu ihren Söhnen prägt: Die zwei Söhne Beat und Jürg wachsen einerseits sozusagen "grenzenlos" auf, andererseits bindet die Mutter sie mit ihrer Fürsorglichkeit stark an sich, insbesondere wahrscheinlich den Ältesten, Beat.

Bevor wir uns eingehender mit der Lebensgeschichte von Beat befassen, noch zwei Bemerkungen zu Suchtverhalten bei seinen beiden Geschwistern: Die ältere Schwester Monika ist nach anfänglichem Alkohol- und Cannabiskonsum lange Jahre tabletten-süchtig, findet jedoch mit Hilfe eines Entzugs in einer psychiatrischen Klinik und ihres zweiten Partners aus der Tablettensucht heraus. Der jüngere Bruder Rolf "kifft" zwischen 18 und 20 exzessiv, während er mit Beat in einer WG zusammenwohnt. Nach der

Verurteilung infolge eines Gewaltdeliktens wendet er sich vom Cannabiskonsum ab und beginnt sich mehr und mehr an traditionellen Arbeiter- und Familienwerten zu orientieren.

3.2.2 Analyse einer chronologischen Lebenslaufdarstellung von Beat Kaiser: "Scharfe, aber emotional wenig abgestützte Intellektualität"

In den ersten zwei, drei Monaten des Aufenthalts in *START AGAIN* gehört es zum Therapieprogramm, dass die Klient/inn/en schriftlich eine chronologische Darstellung ihres Lebenslaufs erarbeitet. Die in diesem Zusammenhang von Beat niedergeschriebene Darstellung seines Lebenslaufs bildet die Datengrundlage der nachfolgenden Analyse.

3.2.2.1 Vorbemerkung zum Unterschied zwischen Lebenslauf und Biographie

In der sozialwissenschaftlichen Forschung nennt man eine Lebenslaufdarstellung, die ja stets vom Interaktionskontext und von aktuellen Umständen geprägt ist und wo bewusst oder unbewusst geleitet nur eine Auswahl von Themen exemplarisch zur Sprache gebracht wird, eine **Biographie**. Ein eindrückliches Anschauungsbeispiel dafür, welchen handlungspraktischen Niederschlag die konzeptuelle Unterscheidung von Lebenslauf und Biographie in therapeutischen Handlungszusammenhängen haben kann, hat beispielsweise BUCHHOLZ in seinem Artikel "Die metaphorische Verdichtung von Sinnstrukturen" (1996) anhand der Diskussion einer systemisch-familientherapeutischen Sitzung ausgeführt. *Während Lebensläufe nicht verändert werden können, denn was geschehen ist, ist geschehen, lassen sich hingegen Biographien um- und neuschreiben. Dabei wird Zeit rückwirkend neu organisiert und es können dadurch neue Zukunftsentwürfe entstehen.* Mit anderen Worten: Es wird Wandel ermöglicht.

Die gleiche Bedeutung wird diesem differenzierten Betrachten von Lebenslauf und Biographien auch in *START AGAIN* beigemessen. Dies übersetzt sich therapieprogrammatisch wie folgt: Zunächst müssen alle potentiellen Klient/inn/en zur Bewerbung einen "Bewerbungslebenslauf" an die Einrichtung senden. In den ersten zwei, drei Monaten verfassen die Klient/inn/en dann basierend auf dem Bewerbungslebenslauf eine "chronologische Lebenslaufdarstellung" und etwa in der Mitte des Therapieprogramms, erarbeiten sie eine zweite (Teil-)Biographie, diesmal unter dem Blickwinkel Suchtkarriere. Es handelt sich dabei um die sogenannte "Suchtarbeit". Schliesslich wird in der letzten Phase des Programms als sogenannte "Suchtchronik" eine einseitige, stichwortartige Zusammenfassung der Verstrickung hinein in die Sucht, der aktiven Suchtzeit sowie des vorläufigen Genesungsweges niedergeschrieben. Zur Suchtchronik ist anzumerken, dass eine solche in den ersten zwei, drei Jahren von *START AGAIN* regelmässig von allen geschrieben wurde und heute eher fallspezifisch eingesetzt wird.

3.2.2.2 Chronologische Lebenslaufdarstellung von Beat. Eine Biographie

Juli 1957	Geburt in Chur
1961	Tod des Vaters
1962	4 Monate Krankenhaus wegen Hüftoperation
1964-69	Primarschule Chur
1968/69	Stützkorsett wegen Rückenschaden
1970-73	Sekundarschule Chur
1971	Beinbruch beim Skifahren

1975-78	Angestellter bei der Kantonalbank in Chur; erste Erfahrungen mit Haschisch, LSD, Speed, Heroin und Kokain
1976	erste sexuelle Erfahrungen
1977/78	erste eigene Wohnung
1978	Reise nach Amsterdam und Istanbul
1979	Reise nach Italien, Sizilien, Indien, Nepal und Thailand; 2 Monate Gefängnis in Thailand
1980	diverse Gelegenheitsjobs
1981-87	Korrektor und Setzer in einem Verlagshaus
1981-83	Wohngemeinschaft mit 12 Personen in einem Bauernhaus
1982	Beziehung zu Nicole
1982	Reise nach England / Schottland
1984/85	Wohngemeinschaft in Chur; Stop mit Haschisch nach durchschnittl. Konsum von ca. 30 Joints pro Tag; vermehrter Alkoholkonsum
1985	Wohnung alleine, Beginn mit Fixen
1987	3 Wochen Psychiatrie (Entzug)
1988	Hilfspfleger in einer Behindertenstiftung am Zürichsee
1989-90	Operator in einem Rechenzentrum in Chur; im Methadonprogramm, Filterfixen
1990-93	Therapie (Vita Nova)
1993-95	im betreuten Wohnen, Job als Verkäufer, ein Entzug
1993	Reise nach Paris
1994	Reise nach Tunesien; Beginn einer neuen Beziehung
1994/95	Schauspieler in einer Theatergruppe in Zürich
1995/96	7 Wochen in einer Entzugsstation, anschliessend Eintritt ins Start Again

3.2.2.3 Sequenzielle Biographieanalyse

1961 ist Beat vierjährig und es stirbt sein Vater (nach zwei Jahren Bettlägerigkeit). In Bezug auf seine psycho-soziale Entwicklung befindet er sich in einem sehr kritischen Alter. Aus sozialisationstheoretischer Sicht (vgl. Unterabs. 3.1.4) befindet er sich in der ödipalen Krise, in der nach der Ablösung aus der Mutter-Kind-Symbiose die Ausdifferenzierung des Vaters und die lebendige Gestaltung der Vater-Mutter-Kind-Triade ansteht.

Ist jemandem aber versagt, die in der ödipalen Krise stattfindende Auseinandersetzung um Grenzen, die widersprüchliche Einheit aus Nähe und Distanz, aus Einschluss und Ausschluss im täglichen Auseinandersetzungsprozess zu erleben und besteht gleichzeitig keine Möglichkeit, eine vertrauensvolle Beziehung mit dem Vater zu entwickeln, dann kann später Frustrationstoleranz, Reziprozität (Gegenseitigkeit) und ein narzisstisches Grössen-Selbst (aus der nicht aufgelösten primären Symbiose mit der Mutter) problematisch sein.

Kurz nach dem Tod des Vaters kommt die nächste Krise für Beat, eine Hüftoperation. Er muss ins Krankenhaus, kommt zurück und der Vater ist endgültig nicht mehr da. Die Mutter ist zu dieser Zeit dreifach belastet: Der Mann stirbt, der älteste Sohn (Beat) ist im Krankenhaus und das dritte Kind (Rolf) ist gerade 2 Jahre alt. Für Beat kann dies ein traumatisierendes Erlebnis sein: Eine schwere Operation mit Narkose (gewissermassen eine Todesdrohung), er ist aus der Familie gerissen, er ist mehrere Wochen im Gipsbett, die Mutter ist mehrfach belastet und daher zu diesem Zeitpunkt kaum übermässig verfügbar. Es mag sich bei Beat eine Grunderfahrung des Alleinseins einstellen.

Wenige Jahre später folgt wieder eine Krise. 1968-69 muss er aufgrund eines Rücken-schadens ein Stützkorsett tragen. Er ist 11, 12 Jahre alt, ein Alter, in dem Jungen normalerweise mit Freunden auf dem Fussballplatz herumtoben. Er wird also zum Aussenseiter, isoliert, wahrscheinlich gar verspottet. [Anmerkung zur Biographieanalyse: In einem Gespräch mit mir betonte Beat einmal ohne Nachfragen meinerseits, dass er in der Schule stets verspottet wurde. Seine Mitschüler nannten ihn insbesondere wegen seiner Grösse "Bohnenstange", "Lulatsch" oder "Skelett". Beat sagt: "ich fühlte mich als Krüppel (...) ich wurde mir selber der grösste Feind .. Beat Kaiser ist ein Arschloch (.)"] Die *peer group* ist ihm versagt, normalerweise ein Ort, um sich von der Familie zu lösen und um psycho-soziale Kompetenzen wie Perspektivenübernahme, Reziprozität und Frustrationstoleranz zu konsolidieren. In dieser Situation kann er sich, körperlich "fixiert", nur in die denkerischen und intellektuellen Bereiche hineinentwickeln.

Fallstrukturhypothese: *Beat könnte intellektuell sehr stark sein, mit einer Intellektualität aber, die emotional wenig abgestützt ist. Ebenso ist sein Vermögen zu Reziprozität und Perspektivenübernahme wenig ausgebildet*, weil die primäre Symbiose nicht naturwüchsig durch eine ödipale Krise aufgelöst wurde (wegen frühem Tod des Vaters und keiner adäquaten Symbolisierung des Vaters) und eine Weiterentfaltung bzw. im Fall von Beat besser Nachentfaltung dieser Kompetenzen in der Auseinandersetzung mit *peer groups* in der späten Latenzphase und Pubertät ebenfalls ausfällt (wegen Rückenschaden).

In den siebziger Jahren (d.h. mit 16) kommt Beat in die Hippie-Bewegung, also zu den Aussenseitern. Dort fängt er an zu kiffen. Trotzdem schafft er es, eine Stelle bei einer Bank zu bekommen. Eine Bank ist aber ein Ort, wo man sich anpassen und unterordnen muss. Hier muss es zwangsläufig Schwierigkeiten geben, denn das hat er nicht gelernt. Dies ist etwas, das normalerweise in der Auseinandersetzung mit dem Vater geübt wird. Der Balanceakt zwischen Hippie und Bankangestelltem geht nicht gut, er muss die Bank verlassen und ist erst einmal orientierungslos. Er macht sich auf die Suche, d.h. er macht eine Reise nach Amsterdam, weiter durch Europa und schliesslich nach Asien.

Es folgen 6 Jahre als Korrektor und Setzer. Er findet sozusagen eine Nische, in der er seine intellektuellen Fähigkeiten einsetzen kann. Ausserdem arbeitet er allein und muss sich kaum gross in ein Team einfügen, also wenig Reziprozität herstellen. Zu dieser Zeit hört er mit dem Haschisch auf und zieht in eine Wohngemeinschaft mit 12 Leuten. Man kann annehmen, dass er hier mit 24 bis 26 Jahren die *peer group* nachholt. In einer 12-Personen-WG muss man aber *keine* Verbindlichkeit und Reziprozität bieten. Es besteht keine Notwendigkeit, in intimere Sozialbeziehungen einzutreten: Die Atmosphäre in einer Wohngemeinschaft mit 12 Personen gleicht jener auf einem Bahnhof.

1985 zieht er in eine eigene Wohnung ein. Zu dieser Zeit beginnt er mit Fixen.

1987 macht er dann den ersten Entzug, d.h. mit 30 Jahren tritt er in das medizinische Hilfssystem ein.

1988 bekommt er einen Job als Hilfspfleger. Es ist ein Versuch, von der Szene in Chur wegzukommen. Die Arbeit als Hilfspfleger kann jedoch kaum gelingen, denn er müsste sich in ein Team einordnen. Ausserdem erfordert der Umgang mit schwierigen Patienten die Fähigkeit, einerseits diffuse oder personale, andererseits funktional-spezifische oder rollenförmige Sozialbeziehungen differenziert zu organisieren und wohl abgestimmt einzugehen.

1989 wird er Operator in einem Rechenzentrum. Er findet quasi wieder eine Nische, findet sich dort aber nicht zurecht. Er bleibt nur ein paar Monate. Zu dieser Zeit ist er in einem Methadonprogramm, konsumiert aber zusätzlich Heroin.

Von 1990-93 ist er zweieinhalb Jahre in einem Therapieprogramm (Vita Nova), das ausschliesslich von Ex-Usern in verschiedenen Ländern Europas betrieben wird, das cha-

rakterisiert ist durch eine totalitäre Struktur und dadurch, dass es keine Möglichkeit gibt, irgendwo Wurzeln zu schlagen oder tiefere Beziehungen zu knüpfen.

Warum hält er es hier zweieinhalb Jahre aus? Man kann vermuten, dass die patriarchalische, autoritäre Struktur ihm die Möglichkeit gibt, verschiedenes von dem auszuprobieren, was in seiner kindlichen Sozialisation nicht stattfand. Das autoritäre System reduziert die Spannung, unter der er steht. Er stürzt jedoch direkt nach Austritt aus der Therapie wieder ab (s. Unterabs. 2.2.6), denn der äussere Krückstock, die externalisierten Grenzen sind nicht durch eine innere Stütze ersetzt worden.

Anschliessend kommt er in eine Stiftung für Drogenabhängige, hat einen Job und macht verschiedene Reisen mit seiner Freundin.

1994-95 spielt er in einer Theatergruppe mit. Das Theaterspielen ist wieder eine Nische, die er gefunden hat. Er kann diese aber wieder nicht als solche erkennen und auf Dauer stellen. Er stürzt wieder ab, macht einen Entzug und tritt dann in das Therapieprogramm von *START AGAIN* ein.

Zusammenfassung

Die Biographie von Beat ist geprägt von mehreren traumatisierenden Krisen in der Kindheit, die es ihm schwer machen, Umgang mit Grenzen, Reziprozität und Perspektivübernahme zu lernen.

Seine Geschichte ab dem Jugendalter ist gekennzeichnet vom Motiv des Sonderlings. Dieses Motiv findet seine Entsprechung in der Geschichte seiner Familie, die über Generationen durch Sonderlinge gekennzeichnet ist. Er ist von Anfang an ein Sonderling, durch seine Entwicklungsgeschichte (früher Väterverlust, Hüftoperation, Stützkorsett), seine grosse Körperstatur und seine auffällige Kleidung (Hippie in der konservativen Umgebung einer Bank). Zu der Zeit, als er anfängt seine Sonderrolle zu "zelebrieren", fängt er an, Drogen zu konsumieren. Man könnte vermuten, dass er die Spannungen, verursacht durch seine Sonderrolle, nicht mehr aushält. Hier ist daher die Droge, mit der er seine Drogenkarriere beginnt: Haschisch, interessant. Haschisch ist eine dämpfende Droge. Das Haschisch, so lässt sich vermuten, hilft ihm, seine isolierte Sonderposition auszuhalten: Haschischkonsum im Sinne einer Selbstmedikation zur Spannungsreduktion.

Im Laufe der Zeit findet er immer wieder Nischen, in denen er seine intellektuellen Fähigkeiten einsetzen kann. Er kann sie aber nicht wirklich als solche erkennen und auf Dauer stellen, denn sie führten zu einem "gewöhnlichen" Funktionieren [in Worten Beats aus einem späteren Gespräch: Er will kein "nützlicher Idiot" sein, wie alle anderen.], was sein Rollenverständnis als Sonderling gewissermassen unterlaufen würde.

Zum Abschluss der hier als Beispiel wiedergegebenen Genogramm- und Biographieanalyse noch ein Zitat aus einem Gespräch, das ich [UMS] einmal mit Beat geführt habe. Am Ende des Gesprächs sagt er ungefragt in nachdenklichem und betroffenem Tonfall: "mein Verhältnis zu meiner Mutter war ein Liebe-Hass-Verhältnis (.) (...) sie hat immer gesagt: 'ich bin immer da für dich' (...) trotzdem (.) die intensivsten Gefühle wenn ich mich an meine Kindheit erinnere (.) sind Angst vor Einsamkeit und Verlassensein (.) etwas was noch heute mein Thema ist (.)"

Wir werden auf die Fallgeschichte von Beat in Kapitel 8 zurückkommen, wenn wir uns der Frage nach typischen in *START AGAIN* ablaufenden therapeutischen Prozessen zuwenden. Wir werden da Gesprächssequenzen aus verschiedenen Abschnitten seines Genesungsweges zur Verdeutlichung heranziehen, insbesondere auch solche im Zusammenhang mit einem "Vorfall", wo er etwa in der Mitte des Therapieprogramms Heroin konsumiert hat.

3.3 Zur Struktur suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis

Die sinnstrukturelle Spezifik von Lebenspraxen, die durch Sucht geprägt sind, wollen wir in zwei Schritten angehen. Im ersten Schritt fassen wir unsere Analyseresultate von Genogrammen und Biographien zusammen, um uns ein Bild typischer pathogener Konstellationen im familialen oder primären sozialisatorischen Milieu machen zu können. Aus diesem Bild leiten sich dann wichtige Folgerungen ab für die *re- bzw. nachsozialisatorische Dimension der Aufgabenstellung des suchtrehabilitatorischen Handelns*.

Im zweiten Schritt fassen wir die strukturellen Merkmale suchtspezifisch beschädigter Autonomie aus dem Blickwinkel der Bestimmungsmomente der aktuellen Lebenspraxis süchtiger Menschen zusammen. Wir charakterisieren suchtspezifisch beschädigte Autonomie so, wie sich diese dem intuitiven Gestalterschiessen einer Therapeutin oder eines Therapeuten im alltäglichen Begegnen zeigt, bzw. so, wie sie sich der Forscherin oder dem Forscher in der Analyse aktueller Gespräche und Dokumente aus dem Therapiealltag zeigt. Daraus leiten wir eine zweite grundsätzlich Dimension der suchtrehabilitatorischen Aufgabenstellung ab, die wir bezeichnen als *Hilfe zur Entwicklung aus einem pathologischen dichotom aufgespaltenen oder sozusagen kurzgeschlossenen "Entweder-oder-Denken, -Fühlen und -Handeln", aus einem ständigen Alles-oder-nichts hin zu einem dynamisch gestalteten, zukunfts-offenen "Sowohl-als-auch-Denken, -Fühlen und -Handeln", d.h. hin zu einer in diesem Sinne gesteigerten lebenspraktischen Autonomie*.

Diese zweidimensionale Charakterisierung der suchtrehabilitatorischen Aufgabenstellung bietet uns dann die Hintergrundfolie zur Beurteilung der therapeutischen Konzeptionalisierung von *START AGAIN* sowie des Verhältnisses von Anspruch und Wirklichkeit bezüglich therapeutischem Handeln in dieser Einrichtung.

3.3.1 Suchtpathogene Konstellationen in den primären diffusen Sozialbeziehungen. Nach-Sozialisation versus Re-Sozialisation

Ein effektiver roter Faden, entlang dem sich suchtrehabilitatorisches Handeln organisieren lässt, so zeigt es sich in der therapeutischen Alltagspraxis in *START AGAIN* und so legen es die Fallrekonstruktionen im Rahmen dieser Studie nahe, bietet das obige Modell des primären sozialisatorischen Prozesses, und zwar in dem Sinne, dass es eine allgemeine Kontrastfolie bildet auf der individuelle, schrittweise rekonstruierte Fallstrukturhypothesen zum einen greifbarer werden, zum anderen diese Strukturen von ihrer Genese her besser verstanden werden können.

Die Resultate der von uns durchgeführten Fallanalysen und die Erfahrungen in *START AGAIN* lassen sich in der **Strukturhypothese** zusammenfassen, dass *alle gravierenden Abweichungen vom obigen idealtypischen Modell der sozialisatorischen Genese von Autonomie pathogene Konstellationen darstellen, die später zu pathologischen "Übertragungen" führen. Da, wo die individuelle Autonomie pathologisch beschädigt ist, werden aktuelle Konflikte zwischen Erwachsenen sowohl in spezifischen wie in diffusen Handlungskontexten zu "Einbruchstellen für reinszenatorische, wiederholende Überflutungen unbearbeiteter ursprünglicher Konstellationen in der primären Sozialisation"*.¹⁸

Aus typologischer Sicht lassen sich in den Biographien (drogen)süchtiger Menschen am häufigsten folgende Typen pathogener Konstellationen rekonstruieren:

¹⁸ Vgl. OEVERMANN (1998a).

- *Nichtetablierung des Grundgefühls von Ur-Vertrauen in der Mutter-Kind-Symbiose;*
- *Symbiosenverhaftung aufgrund überfürsorglicher, überbehütender Fesselung an die Mutter-Kind-Symbiose oder infolge mangelnder Besetzung bzw. ausbleibender Aktivierung der anschliessenden ödipalen Triade;*
- *Verhaftung in der ödipalen Triade und damit der Strukturlogik der diffusen Sozialbeziehung mit der Konsequenz mangelnder Gestaltungsfähigkeit funktional-spezifischer oder rollenförmiger Sozialbeziehungen;*
- *Verletzung des Inzestverbots in sexuellen Übergriffen über die Generationen- und Geschlechtsgrenze;*
- *mangelnde Bewältigung der Adoleszenzkrise aufgrund von Fesselung in der Pseudo-Gemeinschaftlichkeit oder Pseudo-Feindschaftlichkeit der Herkunftsfamilie.*

Zwei weitere Typen pathogener Konstellationen, die ebenfalls, jedoch weniger häufig auftreten sind, sind:

- *traumatisierende Eifersuchtskonflikte oder Konkurrenzkämpfe mit Geschwistern oder Stiefgeschwistern;*
- *Verhaftung in der Identifikation mit einem autoritären oder übermächtigen (z.B. beruflich sehr erfolgreichen) Vater.*

Als weitaus gewichtigste suchtpathogene Konstellationen im primären Sozialisationsprozess rekonstruieren wir gravierende Störungen in der Mutter-Kind-Symbiose und in der manifesten ödipalen Triade.

Die beiden Falldarstellungen von Beat Kaiser (s. Abschnitt 3.2 oben) und von Natalie Lang (s. Kapitel A3 im Anhang- und Vertiefungsteil) geben je ein konkretes Beispiel für solche Konstellationen. Im Fall von Beat folgte auf eine eher dürftige Mutter-Kind-Symbiose, wegen Mehrfachbelastungen der Mutter zu gerade jener Zeit, ein traumatisierendes Spitalerlebnis und der Verlust des Vaters zu Beginn der Phase der manifesten ödipalen Triade, die als solche dann auch gar nie aktiviert wurde. Vielmehr stellte sich eine Fesselung an die rudimentäre Mutter-Kind-Symbiose ein.

Im Fall der Natalie (s. auch Unterabs. 3.3.2 unten) haben wir ebenfalls eine Mutter-Kind-Symbiose die karg ausgestaltet war, hier wegen einem Loyalitätskonflikt der Mutter zwischen Familie und Karriere. Die ödipale Triade war des Weiteren zwar vordergründig eingelassen in einen Normalitätskontext, ausser der Vater-Tochter-Dyade war aber keine der anderen beiden Dyaden stark ausgebildet und der sich naturwüchsigerweise in einer gelungenen ödipalen Triade ausbildende, die psychosoziale Entwicklung antreibende Dynamismus von sozialbeziehungsmässigem Ein- und Ausschluss, von geteilter Ausschliesslichkeit blieb aus.

Ein drittes Beispiel für das Keimen süchtigen Verhaltens in einer Mutter-Kind-Symbiose, die durch einen ungestillten Hunger gekennzeichnet ist – ein Hunger im Sinne von "es wird das Stück Kuchen vorgezeigt, wie es sein könnte, und in dem Moment, wo man es geniessen will, wird es weggezogen" –, haben wir im Vertiefungsabschnitt A2.1 im Rahmen der Analyse eines Gesprächs mit Kurt rekonstruiert. Wir haben da metaphorisch die Hypothese formuliert, dass in seinem Fall die Mutter-Kind-Symbiose "keinen Boden hatte."

Um die bei Kurt rekonstruierte Bodenlosigkeit der Mutter-Kind-Symbiose für die Leserin und den Leser greifbarer zu machen, geben wir hier zwei illustrative Sequenzen aus

einem aufschlussreichen Gespräch mit ihm, das ausschnittsweise im Vertiefungsabschnitt A2.1 wiedergegeben und analysiert ist. Als erste Sequenz:

143 K: ... / es ist so (.) ich bin mein Leben lang auf eine Art wie in ein Loch gefallen
 144 ohne Boden oder (') aber ich habe mich trotzdem immer festgehalten (') .. be-
 145 vor ich weitergefallen bin (.)

Und etwas später in diesem Gespräch bringt Kurt dann auch Mutterliebe und Drogenkonsum explizite miteinander in Bezug.

586 K: ... / oder (') Heroin ist für mich ein weiblicher
 587 Aspekt (') oder (') (,) irgendwie oder (') .. ääh ich weiss nicht ob du es verstehst
 588 oder (') & es ist wie eine Beziehung (')
 589 I: ↳ das heisst von den Empfindungen her die es auslöst (-)
 590 K: ↳ ja (.)
 591 I: Wärme (,) Geborgenheit (-)
 592 K: ↳ ja (.) also ja (') wie .. wie eine Art ein Mami das dich
 593 umarmt (,) man könnte es so .. beschreiben (') und dich schützt (,) so oder (')
 594 wie Mutterliebe (,) oder (,) ..
 595 I: ↳ in deiner subjektiven Erfahrungen ist das so richtig (?)
 596 K: ↳ genau (,) also so (,) /...

Wir haben hier bei Kurt die Gestalt einer nicht erfüllten Mutter-Kind-Symbiose, die ein Nachholbedarf an Mutterliebe nach sich zieht, wo dann gewissermassen das Heroin in die Lücke springt und kurze Momente von Symbiosen-Illusion erzeugt.

Vor dem Hintergrund all dieser Beispiele, *kann Sucht nicht als blosse, leicht behebbare Stoffabhängigkeit gesehen werden, sondern muss als sehr basale Störung verstanden werden.*

Es wird von daher auch das häufig beobachtete Phänomen nachvollziehbar, dass Menschen, die sich irgendwie aus einer Stoffabhängigkeit befreit haben, dass bei ihnen, ohne Bearbeitung von Süchtigkeit (s. dazu Abschnitt 7.3), die Sucht dann sozusagen an anderer Stelle wieder ausbricht, dass das Symptom einfach nur wandert, von Heroin zu Geld, zu Sex, zu Techno oder was auch immer.

Des Weiteren mag nachvollziehbar werden, dass sich eine so schwere Störung therapeutisch kaum vollständig beseitigen lässt. Es ist hier wichtig, realistisch zu sein und sich damit auseinanderzusetzen, dass ein derartiges Leben wie eine basale Narbe trägt, denn eine ausgefallene Mutter-Kind-Symbiose kann in ihrer Fülle nie nachgeholt werden. *Ein realistisches therapeutisches Ziel ist von daher, Rahmenbedingungen zu schaffen, damit sich substitutive Erfahrungen einstellen und halbwegs enttäuschungsfest stabilisieren können, d.h. sich eine relative Autonomiesteigerung erarbeiten lässt.*

Auf substitutiven Erfahrungen aufbauend mag dann versucht werden – und dieser Schritt ist für viele Süchtige geradezu ein Kriterium für die Realisierung eines grossen Stückes Heilung oder Selbstheilung –, sich der Traurigkeit zu stellen, die in einem schmerzlich aufsteigt, wenn man sich vergegenwärtigt, dass diese schwere Störung, dieser schwere Mangel das eigene Leben bis anhin stark geprägt hat.

Zum Schluss erinnern wir uns an die fundamentale Konzeption von Lebenspraxis, die wir im Unterabs. 2.2.4 erläutert haben, gemäss der, für Lebenspraxis die widersprüchliche Einheit oder Polarität von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung konstitutiv ist. Im Rahmen dieser Begrifflichkeit lässt sich die ganze psychosoziale

Entwicklung des Menschen oder die Autonomisierung und Individuierung der Lebenspraxis grundsätzlich in doppelter Weise reflektieren, einerseits als ein sukzessives Heraustreten aus fremd bestimmten (heteronomen), zugleich aber entscheidungsentlastenden Normierungen und Rahmungeben, andererseits als eine parallel dazu verlaufende sukzessive Erweiterung von zu leistender Begründungsarbeit und von belastender Verantwortlichkeit. Dabei ist für die (post-)moderne Zeit jener besondere Umstand zu bedenken, den BROSE und HILDENBRAND (1988: 23) unterstrichen haben:

"Abnehmende Orientierungsverbindlichkeit und Tragfähigkeit von Identitätsentwürfen bei steigendem Druck zu ständigen Orientierungsleistungen im Dienste der Selbstvergewisserung des eigenen Orts und der Selbstdarstellung stellen an das Individuum und seine Fähigkeiten zur Selbststeuerung hohe Anforderungen. Man kann darin ein hohes Autonomiepotential für das Individuum, aber auch die Gefahr ständiger Überlastung durch Reflexionsansprüche sehen."

An dieser Stelle lässt sich die **allgemeine These** anschliessen, dass *Sucht je nach individuellen Ressourcen in der einen oder anderen Form an diese Gefahr der ständigen Überlastung gekoppelt ist, d.h. dass diese Überlastung entweder manifest vorliegt oder ein vermeintlicher Versuch unternommen wird, ihr zu entgehen. Mit anderen Worten: In der Sucht wird der Versuch unternommen, ein unerträglich gewordenes Spannungsverhältnis von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung kurzfristig zu suspendieren oder diesem zu entfliehen (Weltflucht).*

SCHOLZ (1992: 58ff.) hat diese allgemeine Dimension von Sucht, dieses generelle *Moment der Weltflüchtigkeit, der Flucht vor der Realität* exemplarisch anhand eines Interviewtextes rekonstruiert und zudem als dialektisches Gegenstück das Besondere an der Drogensucht darin bestimmt, dass diese *unmittelbar lebensbedrohende Ausmasse* hat, dass die Todesgefahr, im Gegensatz zu anderen Suchtverhalten, bei der Drogensucht stets mitschwingt, s. auch die Diskussion in Unterabs. 3.3.3.

Bemerkung: Gerade der Fall von Natalie Lang gibt uns ein Beispiel für ein Phänomen, das öfters zu beobachten ist und in diesen Kontext gehört: Drogensucht kann gewissermassen als sekundäre Sucht keimen, der primär ein Suchtverhalten vorausgeht, das auf ein anderes Objekt gerichtet ist, so z.B. "Beziehungen", Leistung, Geld, Spielen etc.

Zusammenfassung: Suchtrehabilitatorische Implikationen

Aus suchtrehabilitatorischer Sicht geht allgemein mit jedem gelungenen Schritt des Heraustretens aus fremd bestimmten Normierungen und der parallelen Übernahme der entsprechenden Verantwortlichkeit die Entwicklung von affektiven, kognitiven und sozialen Kompetenzen einher, Kompetenzen, die es gilt, für den **re-sozialisatorischen Prozess** als Ressourcen zu erschliessen und zu nutzen. Umgekehrt steht da, wo ein bestimmter Schritt des Heraustretens nicht realisiert werden konnte oder die damit verbundene erweiterte Verantwortlichkeit nicht eingelöst wurde, eine Nachentfaltung bzw. Aufarbeitung blockierender familialer Verstrickungen und individueller traumatisierender Erfahrungen an, und das im Rahmen eines **nach-sozialisatorischen systemisch-psychotherapeutischen Prozesses**.

Die exemplarische Kontrastierung der Fallrekonstruktionen von Beat Kaiser (ausgearbeitet in Abschnitt 3.2 oben) und von Natalie Lang (ausgearbeitet im Vertiefungskapitel A3) im nächsten Unterabschnitt verfolgt dabei den Zweck, die **Erkenntnis** zu verdeutlichen, dass *im suchtherapeutischen Handlungskontext nach- und re-sozialisatorische Behandlungsanstrengungen fallspezifisch zu bestimmen und entsprechend in ganz unterschiedlicher Gewichtung zu realisieren sind.*

3.3.2 Exemplarische Kontrastierung der Fallrekonstruktionen von Beat Kaiser und Natalie Lang

Wir beanspruchen mit den folgenden Ausführungen keine typologische Vollständigkeit, die beiden Fälle wurden jedoch so gewählt, dass sie auf der therapeutischen Dimensionalisierungsachse von Nach- und Re-Sozialisation einen ausgeprägten Kontrast darstellen. Zudem erlauben die beiden Fälle, die im Kontext Sucht häufig aktivierte allgemeine Kategorie der *Broken-home*-Situation (fehlende Mutter, fehlender Vater oder fehlende Eltern) wesentlich differenzierter zu reflektieren.

3.3.2.1 Herkunftsfamilien der Eltern

Während bei den Herkunftsfamilien der Eltern von Beat die Gleichförmigkeiten überwiegen, stammen die Eltern von Natalie aus zwei stark konträren Milieus.

Grosselterngenerationen von Beat

Wir erinnern uns daran, dass die Eltern von Beat gewissermassen eine gemeinsame Geschichte haben, bevor sie sich kennen. Das Grosselternpaar väterlicherseits (Grosseltern Kaiser) wandert kurz vor dem 1. Weltkrieg als Arbeitsmigranten (Grossvater Kaiser ist Schuhmacher) in die Schweiz ein. Es gelingt ihnen und ihren Kindern (insbesondere dem Vater von Beat) aber nicht, sich zu integrieren, sie bleiben Fremde und damit Aussenseiter. Die Grossmutter mütterlicherseits von Beat (Grossmutter Maier) ist Schneiderin. Sie ist doppelt stigmatisiert, einerseits durch ein Holzbein, andererseits durch eine uneheliche Tochter (die Mutter von Beat). Wir haben also sowohl auf der Vaterseite wie auch auf der Mutterseite von Beat eine *traditionale Grundorientierung*, die aber auf der Vaterseite unter dem Vorzeichen der *Desintegration* und auf der Mutterseite unter jenem der *Stigmatisierung* steht.

Grosselterngenerationen von Natalie

Als Gemeinsames teilen die beiden Grosselternpaare des Kontrastfalls der Natalie zum einen, dass sie an ihrem Lebensort Zuwanderer sind, zum anderen, dass sie sich ökonomisch in etwa gleicher Lage befinden. Von der Mentalität oder Lebensführung her besteht aber ein grosser Unterschied: Väterlicherseits (Seite Lang) haben wir das *Beamtenmilieu eines Lockführers*, das einerseits durch *Aufstiegs- und Leistungsorientierung* geprägt ist, andererseits ein *Konformitäts- und Ordentlichkeitsmilieu* darstellt, wo das Leben andernorts organisiert wird und wo das wesentliche Ziel ist, dass man mit dem in Einklang lebt, von wo aus man organisiert wird, nämlich dem Staatsbetrieb der SBB. In starkem Kontrast dazu haben wir mütterlicherseits (Seite Gomez) den *Selbstständigenhaushalt eines Anwalts*, wo der Erfolg oder die Möglichkeit, das Leben zu bestreiten, sich von nirgendwo her speist als aus der eigenen Aktivität. Der Grossvater Gomez ist einerseits als klassischer professioneller Freiberufler (Anwalt) einsozialisiert in den Habitus des Entscheidens und den Habitus der Verantwortlichkeit für die Entscheidung, andererseits hat aber seine spanischblütige, lebemännische Natur zur Folge, dass das *Familienmilieu immer latent von Desorganisation gekennzeichnet* ist.

3.3.2.2 Die Eltern und ihre Paarbeziehungen. Die Herkunftsmilieus von Beat und Natalie

Sowohl in den Vater- wie auch in den Mutterfiguren finden wir zwischen den Familien Kaiser-Maier und Lang-Gomez einen maximalen Kontrast. Während das Elternpaar Kaiser-Maier grob der häufig genannte Kategorie "überfürsorgliche, überbehütende Mutter und abwesender Vater (hier infolge frühzeitigen Todes)"¹⁹ nahekommt, so finden wir bei den Eltern Lang-Gomez im Rahmen einer intellektualisierten, doppelkarriereorientierten Gefährtenehe nahezu eine Umkehr des traditionellen Rollenverhältnisses: Der Vater sorgt nach innen für Stabilität und ist von seiner ruhigen Art und von seiner Biographie her (mit der Genesung von einer schweren, potenziell tödlichen Kinderkrankheit) für die Kinder emotional zugänglicher als die Mutter, die nach aussen tritt (als Musikerin) und aus einem Loyalitätskonflikt zwischen Muttersein und Karriere heraus für die Kinder emotional weniger verfügbar ist.

Das Familienmilieu von Beat ist eine sozial randständige, mutterzentrierte Überlebensseinheit, die durch eine Kette von traumatisierenden Erfahrungen auf allen Generationsebenen geprägt ist. Das Herkunftsmilieu von Natalie ist ein innenorientiertes, biederes Kleinbürgermilieu, das äusserlich den Anschein von Normalität vermittelt,²⁰ wo aber Emotionalität und Exzesshaftes privatisiert und aus der Familie ausgelagert sind.

Die Eltern Kaiser-Maier

Der Vater heiratet spät (mit etwas über 40) und stirbt früh mit 50 Jahren. Mit seiner Frau (14 Jahre jünger) teil er die *Erfahrung des Ausgestossenseins* (er als Kind einer Migrationsfamilie, sie als uneheliches Kind) sowie die *Erfahrung traumatisierender Kriegserlebnisse* (beide haben im 2. Weltkrieg auf der deutschen Seite gedient). Der persönliche Lebensweg der Mutter von Beat von der Krankenschwester übers Kindermädchen zur Mutter und Hausfrau erlaubt ihr, ihre Pflegedisposition (wesentlich ausgebildet als Pflegekind) nach aussen aufzugeben, sie aber innerhalb der Familie fortzusetzen. *Nach dem Tod des Vaters kreist alles um die Mutter mit ihren stark ausgebildeten Bindungs- und Fürsorgekräften.*

¹⁹ Siehe z.B. die verschiedenen Beiträge in SCHALTENBRAND (Hrsg.) *Familienorientierte Drogenarbeit: Berichte aus der Praxis* (1992), und da insbesondere den Artikel von M. SPILLER: "Zur Herkunftsfamilie von Drogenabhängigen", p. 9-20.

²⁰ Auf den ersten Blick scheint die Familie Lang-Gomez ein Beispiel zu liefern für den vom Deutschen Caritasverband geprägten, häufig in der einen oder anderen Form zitierten Ausspruch, nach dem "aus ganz normalen Familien ganz normale Suchtkranke" stammen; zitiert nach SPILLER (1992: 19). Für die von *START AGAIN* verfolgte Position der Fallspezifität ist das Zentrale aber nicht die Subsumtion eines Falles unter eine allgemeine Kategorie, sondern das Erarbeiten eines Verständnisses der spezifischen Bildungsgeschichte von Verstrickungen und deren Struktur, auf dass so in der Beschädigung liegende Autonomiepotenziale für den therapeutischen Prozess erschlossen werden können.

Die Eltern Lang-Gomez

Hier haben wir ein Paar, das *von beiden Herkunftsseiten her mit Ablehnung konfrontiert* ist, denn von beiden Familien wird der jeweils angeheiratete Partner abgelehnt. Auf der Paarebene besteht somit ein grosser Individuierungsdruck. Diesen Druck bewältigen sie intellektuell, aber nur intellektuell. *Die charismatischen Persönlichkeitsanteile und das Exzessive handelt jede Person für sich ausserhalb der Familie ab* und innen bleibt eine relativ blasse und dürftige Paarbeziehung übrig. Das Emotionelle wird über die Kinder gelebt, *und wir haben eine bindende Familie mit Funktionalisierung der Kinder für die emotionale Zufuhr*.

Diese Konstellation hat sich aus der Kampfehe von zwei Ältesten heraus entwickelt, die weitgehend unabhängig voneinander vor und während der elterlichen Phase ihre Karriere vorantreiben. Dabei wird die Situation verschärft durch die Tatsache, dass die Mutter einen höheren beruflichen Status erlangt als der Vater. Damit einher geht zudem, dass *es kein klares Familienwertemuster gibt*: Während der Vater Werte im Zusammenhang mit seinem Beruf als Lehrer und seiner Rolle als Gemeinderat hochhält (Ordentlichkeit und Konformität), vertritt die Mutter ein anderes, ihrer Kunst- und Stadtorientierung entsprechendes Wertemuster (Kreativität und Einzigartigkeit).

3.3.2.3 Zu den individuellen Biographiegestaltungen von Beat und Natalie

Beat

Das Vaterimago fehlt bei Beat weitgehend, da sein Vater früh stirbt und die Mutter es aufgrund des eigenen fehlenden Vaterimago nicht ersetzen kann, zudem misslingt die Installierung eines sozialen Vaters zweimal, (es gibt also keine gelungene Symbolisierung des Vaters). Es ist niemand da, der Grenzen setzt. Bei der Mutter steht dies noch im Zusammenhang damit, die Unerwünschte zu sein, die es zur eigenen Legitimation immer allen recht machen muss und so eine ausgeprägte Pflegedisposition entwickelt: *D.h., Beat wächst einerseits sozusagen "grenzenlos" auf, andererseits bindet die Mutter ihn mit ihrer Fürsorglichkeit stark an sich, und das insbesondere als ältesten Sohn*.

Die Biographie von Beat ist geprägt von mehreren traumatisierenden Krisen in der Kindheit: Als der Vater stirbt, ist er 4 Jahre alt und kurz danach muss er für 4 Monate ins Krankenhaus wegen einer schweren Operation. Die Mutter ist zu diesem Zeitpunkt mehrfach belastet (zusätzlich ist ihr drittes Kind gerade 2 Jahre alt) und daher kaum übermässig verfügbar: Es stellt sich bei Beat ein *Grundgefühl des Alleinseins* ein. Mit 11, 12 Jahren wird er wegen Rückenschadens durch ein Stützkorsett fixiert.

Fallstrukturkern: *Beat ist intellektuell sehr stark, mit einer Intellektualität aber, die emotional wenig abgestützt ist und daher tendenziell in verletzenden Zynismus abgeleitet. Sein Vermögen zu Reziprozität und Perspektivenübernahme ist wenig ausgebildet, weil die primäre Symbiose nicht naturwüchsig durch eine ödipale Krise aufgelöst wurde (früher Tod des Vaters und keine adäquate Symbolisierung des Vaters) und eine Weiterentfaltung bzw. Nachentfaltung dieser Kompetenzen in der Auseinandersetzung mit peer groups in der späten Latenzphase und Pubertät ebenfalls ausfällt (Rückenschaden)*.

Ab dem Jugendalter ist die Biographie von Beat gekennzeichnet durch das *Motiv des Sonderlings*, (sowohl von der Entwicklungsgeschichte wie vom Erscheinen her). Dieses Motiv findet seine Entsprechung in der Geschichte seiner Familie, die über Generationen durch Fremde und Aussenseiter gekennzeichnet ist. Zur Zeit um 18, wo er anfängt seine Sonderrolle zu "zelebrieren", fängt er mit dem Drogenkonsum an. Man könnte

vermuten, dass er die Spannungen, verursacht durch seine Sonderrolle, nicht mehr aushält: Drogenkonsum im Sinne von Selbstmedikation zur Spannungsreduktion.

Im Laufe der Zeit findet er immer wieder berufliche Nischen, in denen er seine intellektuellen Fähigkeiten einsetzen kann. Er kann diese aber nicht wirklich als solche erkennen und auf Dauer stellen (Beat hat keine abgeschlossene Berufsausbildung), denn das führte zu einem "gewöhnlichen" Funktionieren, was sein Rollenverständnis als Sonderling gewissermassen unterlaufen würde.

Aus therapeutischer Sicht steht neben einer psychotherapeutischen Bearbeitung des frühen Väterverlusts und der anderen traumatisierenden Kindheitserfahrungen Folgendes an: eine nach-sozialisatorische Bearbeitung der nicht gelungenen Auflösung der primären Symbiose und des daraus resultierenden Liebe-Hass-Verhältnisses zur Mutter, die Vermittlung der Strukturlogik der ödipalen Triade mit ihrer Grundbewegung des permanenten Wechsels von sozialem Ein- und Ausschluss auf der Basis von gegenseitigem Vertrauen, um schliesslich übers Einüben der Strukturlogik funktional-spezifischer Sozialbeziehungen einen stabilen Boden zu bereiten, auf dem Beats Intellektualität gedeihen kann und sich dauerhaftere Arbeitsverhältnisse bzw. auch im Alter von 40 Jahren noch eine Ausbildung organisieren lassen.

In Abschnitt 8.2 werden wir ausführlich auf den konkreten therapeutischen Prozess von Beat während seinem Aufenthalt in *START AGAIN* eingehen.

Natalie

Im hochdeterminierten Familienmilieu der Natalie besteht ein *relativ reiches Angebot an Lebensentwürfen* und entsprechend ein reiches Spektrum an Ressourcen: von der arbeitsamen, effizienten jungen Frau über die Ordentliche und Angepasste bis hin zur kreativen jungen Frau.

Natalie ist in ihrer Herkunftsfamilie einem zweifachen, in sich widersprüchlichen Erwartungsdruck ausgesetzt: Ordentlichkeit und Konformität versus Kreativität und Einzigartigkeit. Als ausgebildete Floristin entspricht sie diesem zunächst auf niedrigem Niveau, bereitet damit aber gewissermassen den Ausstieg aus dem Aufstieg, dem Familienthema vor. Um die Ablösung aus der Herkunftsfamilie zu versuchen, taucht sie dann ganz nach unten hin weg, sie beginnt Drogen zu konsumieren und geht in die Metzgerei. Das führt aber dazu, dass die Eltern, wahrscheinlich aus dem Gedanken heraus, bei ihr etwas versäumt zu haben, sich gesteigert ihr zuwenden, gesteigert reparieren wollen, und umso weniger kann sie aus der Familie herauswachsen. *Wir haben die Problematik einer prolongierten Adoleszenz bzw. der Fesselung an die Herkunftsfamilie.*

Als Fallstrukturkern rekonstruieren wir bei Natalie eine *ausgeprägte Unfähigkeit diffuse Sozialbeziehungen ausserhalb der Familie zu gestalten*, was sich bei ihr in eine Art "Beziehungssucht" übersetzt, in deren Kielwasser sie dann gewissermassen in den Drogenkonsum hineingerät, wo sie zudem die Erfahrung des Exzessiven machen kann. Zwei sozialisatorische Momente tragen massgebend zu dieser Unfähigkeit bei: Einerseits liegt eine schwache Mutter-Kind-Symbiose infolge des oben genannten mütterlichen Loyalitätskonflikts vor. Dies hat einen (primären) Narzissmus zur Folge ganz im Sinne von MERLEAU-PONTY: einer Ungeschiedenheit von Selbst und Anderen, eines unablässigen Suchens von sich im Anderen und des Anderen in sich. Andererseits gilt, dass die Poligkeit des Männlichen und Weiblichen bei zwei affektiv neutralen, intellektuell orientierten Elternteilen nicht greifbar ist, und Natalie fällt es schwer, die Spannung zwischen den Geschlechtern auseinanderzuhalten.

Aus therapeutischer Sicht geht es einerseits um die Entwicklung diffuser Bindungsfähigkeit ausserhalb der Familie, andererseits um die Integration des Exzessiven in den Alltag, und das im Rahmen einer noch ganz zu bewältigenden Adoleszenzkrise, sprich Ablösung aus der Herkunftsfamilie. Während nun im Zusammenhang mit der Entwicklung diffuser Bindungsfähigkeit nach-sozialisatorisches therapeutisches Arbeiten ansteht, so kann im Bereiche spezifischer Sozialbeziehungen, d.h. insbesondere bei der beruflichen Re-Sozialisation auf relativ reiche Ressourcen zurückgegriffen werden.

In Abschnitt 8.2 werden wir Beispiele aus dem konkreten therapeutischen Prozess von Natalie während ihrem Aufenthalt in *START AGAIN* analysieren.

3.3.3 Strukturmodell suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis und suchtrehabilitatorische Implikationen

Nachdem wir oben die Genese von Sucht in einen grossen sozialisatorischen Reflektionsbogen eingelassen haben, wenden wir uns in diesem Unterabschnitt der strukturellen Spezifik aktuell durch Sucht geprägter Lebenspraxen zu. Wir fassen die wesentlichsten Sinnstrukturmomente zusammen, die sich aus Spuren (d.h. Protokollen und Transkripten) des alltäglichen Begegnens, des gemeinsamen Arbeitens und Gesprächsführens etc. mit Klientinnen und Klienten immer wieder rekonstruieren lassen. Diese Momente charakterisieren entsprechend auch die alltäglichen Herausforderungen und Problematiken, vor die sich therapeutisch Handelnde im suchtrehabilitatorischen Kontext gestellt finden.

In der folgenden These stellen wir den Ausführungen dieses Unterabschnitts den Kern unseres **Strukturmodells suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis** voran: *Suchtspezifisch beschädigte Lebenspraxis ist aus sinnstrukturaler Sicht allgemein dadurch gekennzeichnet, dass Poligkeiten, Komplementaritäten oder widersprüchliche Einheiten, die Lebenspraxis charakterisieren bzw. für diese konstitutiv sind, dass diese entweder dichotom aufgespalten sind in jeweils zwei unvermittelte Extreme oder dass sie umgekehrt gewissermassen kurzgeschlossen sind in nicht genügend ausdifferenzierten Praxisformen. Es fehlt entweder die Mitte oder Vermittlung zwischen entgegengesetzten Extremen, oder es sind komplementäre Handlungstypen, die prinzipiell lebenspraktische Handlungsfelder aufspannen, nicht ausdifferenziert. Wir haben also die pathologische Gestalt eines entweder dichotom aufgespaltenen oder dann kurzgeschlossenen "Entweder-oder-Denkens, -Fühlens und -Handelns" bzw. eines ständigen "Alles-oder-nichts".*²¹

Die anschliessenden Ausführungen dienen der Ausfaltung und Verdeutlichung dieser strukturalen, die fundamentale "Architektur" suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis umreissenden These. Die Ausprägungen der problematischen Ausgestaltung der nachfolgend diskutierten Gegensatzpaare sind natürlich von Fall zu Fall verschieden und entsprechend auch stets fallspezifisch zu erschliessen.

²¹ Vgl. dazu auch MERLEAU-PONTYs (1994: 305ff.) Ausführungen zum Begriffspaar von **Ambivalenz** und **Ambiguität**, das er von Melanie KLEIN übernommen hat, worin eine Unterscheidung getroffen wird zwischen sich nicht bewusst sein bzw. sich bewusst sein, dass man zwei inkongruente Bilder hat von ein und derselben Situation.

• Kurzgeschlossene widersprüchliche Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung

Gegen Ende des Unterabs. 3.3.1 haben wir die These formuliert, dass Sucht allgemein als Versuch erachtet werden kann, ein unerträglich gewordenes Spannungsverhältnis von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung kurzfristig zu suspendieren oder diesem zu entfliehen (Weltflucht). Dass es sich dabei lediglich um einen kurzfristigen und vermeintlichen Problemlösungsversuch handeln kann, ist klar, wenn wir uns vergegenwärtigen, dass die widersprüchliche Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung unhintergebar Lebenspraxis konstituiert. Der allgemeinen Fluchtdimension von Sucht hat SCHOLZ (1992: 58ff.) zudem als das Besondere an der Drogensucht, im Gegensatz zu anderen Suchtverhalten, deren unmittelbar lebensbedrohendes Ausmass, das permanente Mitschwingen der Todesgefahr gegenübergestellt.²²

In der nachfolgenden Passage aus jenem Gespräch mit Kurt, dessen Beginn wir im Vertiefungsabschnitt A2.1 exemplarisch diskutiert haben, finden wir ein Beispiel für die kurzgeschlossene Grundgestalt süchtigen Verhaltens, wo süchtiges Handeln zur Begründung süchtigen Handelns wird, sowie für die latent lebensbedrohende Dimension dieses Handelns.

- 545 K: /... ich habe immer gewusst dass das Ende (,) das
 546 Ende davon [vom Drogenkonsum] der totale Zusammenbruch ist (.) das habe
 547 ich gelesen (,) nur bin ich davon ausgegangen ich mach das sicher besser
 548 oder (.) ich bin nicht süchtig oder (.) .. (spricht leise) ich bin ja auch die ersten
 549 sechs Jahre auch gar nicht süchtig gewesen (,) wo ich konsumiert habe + aber
 550 da .. dann ist der Körper wie abgegangen und dann hat es umgeschal-
 551 tet (,) oder (-) ist noch eigenartig gewesen
- 552 I: L aber ein Flash und so hast du erleben
 553 können (,) auch in jener Zeit (?)
- 554 K: mmm (-) ich bin eben der (k) nicht der der das so anschaut oder (.) ... weil so
 555 ein Flash & das Zeug ist für mich (-) .. das ist für mich pures Überleben ge-
 556 wesen nachher (.) die Flashli (,) die drei vier fünf am Anfang oder juhuui die
 557 sind ja wohl schön oder das ist aber nicht realistisch und das habe ich ge-
 558 wusst oder (!) weil du erwartest ja immer den ersten Kick (-) oder (!) im
- 559 I: L ja
- 560 K: Prinzip (,) beim Drögeln oder (-) (,) den habe ich dann aber (Lachen beim
 561 Sprechen) schon lange nicht mehr gehabt (.)+ ich habe mich einfach durchs
 562 Heroin am Leben erhalten (,) so will ich das sagen (.) das ist der einzige
- 563 I: L du hast ge-
 564 sagt es ist eine Art Medikament gewesen (?)
- 565 K: L genau (,) das ist der einzige Weg den
 566 ich gehabt habe zum Überleben (,) weil ich habe immer versucht zu sterben
 567 oder (!) aber gleich [i.S. von trotzdem] nicht oder (,) ich habe einfach einmal
 568 aufgegeben an einem Punkt oder (-) (,) weil ich gefunden habe alles Bullshit
 569 oder (!) ... und das wirklich auch gesucht oder (!) .. aus Schuldgefühl und weiss
 570 ich Gott was alles natürlich oder (!) (,) ist eigentlich auch unwichtig oder (!) (,)

²² Im Fall von *START AGAIN* finden wir beispielsweise, dass unter 174 Klient/inn/en, die im Untersuchungszeitraum ein- und ausgetreten sind (als Abbrecher- oder Durchläufer/innen), mindestens 11 mittlerweile an ihrem Drogenkonsum oder an gesundheitlichen Folgen davon gestorben sind. Zwei Todesfälle davon haben sich noch während der Therapie in *START AGAIN* ereignet; s. Unterabs. 9.1.3.

- 571 und Heroin hat mich einfach wie am Leben behalten oder (.) das ist dann ein-
 572 fach normal gewesen dass ich konsumiere oder (') ja (.) ich habe ja gar nicht
 573 mehr existieren können ohne das oder (')
- 574 (Pause)
- 575 I: das ist ja irgendwie eine verrückte Geschichte wenn man ... wenn
- 576 K: └ ich weiss nicht ob
- 577 sie verrückt ist
- 578 I: └ also (-) .. du hast ja wahrscheinlich auch gewusst dass .. das ..
 579 Selbstmord auf Raten ist (-)
- 580 K: └ das habe ich schon (k) das habe ich sogar sehr genau
 581 gewusst
- 582 I: └ (nachdenklich) also irgendwie hast du versucht dich umzubringen aber
 583 trotzdem willst du am Leben bleiben .. wobei am Leben bleiben heisst
 584 irgendwie Selbstmord auf Raten (...)
- 585 K: └ jaja (-) .. also wenn man's so an (k) so (Pause)
 586 ich werte es natürlich nicht (.) oder (') /... [Hier schliesst die in Unterabs. 3.3.1
 wiedergegeben Sequenz über Heroin und Symbiose-Illusion an.]

Kommentar: In "ich habe immer gewusst, dass (...) das Ende davon der totale Zusammenbruch" (Zeilen 545 u. 546) gibt Kurt einem Suchtbegriff Ausdruck, der auf stofflicher Abhängigkeit beruht, wo latent am Ende der Tod steht. Diesen dinglichen Suchtbegriff bestätigt er zudem mit "ich bin ja auch die ersten sechs Jahre auch gar nicht süchtig gewesen (,) wo ich konsumiert habe", d.h., solange er die Sache vermeintlich kontrollieren und illusorisch bei sich sein konnte, war er in seinen Augen nicht süchtig. "dann ist der Körper wie abgegangen und dann hat es umgeschaltet" (Zeile 550) verweist auf eine Spaltung zwischen bewusster Kontrolle und dem, was sich auf körperlicher Ebene abspielt, eine Spaltung zwischen Bewusstsein und Körper.

Mit dem Anschluss "das ist für mich pures Überleben gewesen nachher" (Zeilen 555 u. 556) verweist er darauf, dass er schliesslich körperlich so zusammengebrochen war, dass es nicht mehr um Bewusstseinsweiterung oder Euphorie ging, sondern nur noch darum, die Entzugssymptome, den Horror zu vermeiden: Er braucht die Droge (Heroin), um erträglich leben zu können. Wir haben die paradoxe Gestalt, dass während er weiss, dass die Droge zum körperlichen Zusammenbruch führt, er sie trotzdem einnimmt, da sie ihm subjektiv das Überleben gestattet. Der Illusionismus des angenehmen Ausseralltäglichen, des Flash weicht dem Illusionismus, der darin besteht, den zerrütteten körperlichen Zustand zu überdecken. Illusionismus bleibt, tragisch ist aber, dass er nichts Positives mehr hat. Hier drückt sich objektiv der *grosse Selbstbetrug des Drogennehmens* aus.

War es schon immer schwer, sich der Realität zu stellen, mit dem Unangenehmen umzugehen, und stellt der Drogenkonsum anfänglich auch den Versuch dar, diesem Problem zu entfliehen, so bewirkt er schliesslich, dass es immer schwerer wird, sich der Realität zu stellen, da diese immer schmerzhafter wird: *Das Drogennehmen wird zur Ursache des Drogennehmens. Die Paradoxie der Drogensucht besteht also darin, dass das "Medikament" Heroin, genau das lindern soll, was es bewirkt, nämlich körperliche Zerrüttung.*

In den Zeilen 545-562 gibt Kurt ein Modell des Drogensuchtverlaufs, das wir hier kurz zusammenfassen wollen. Das Modell gibt exemplarisch die Stationen auf dem Weg zum Kurzschluss von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung im Zusammenhang mit Drogennehmen.

1. **Phase:** Das Erleben von ein paar (drei bis fünf) "Flashes" und die Entstehung der illusorischen Hoffnung oder des Verlangens, der erste Kick möge sich wieder einstellen;
2. **Phase:** Eine Plateauphase (bei Kurt 6 Jahre), wo er glaubt, er sei nicht süchtig, wo der Körper noch mitspielt und er vermeintlich alles unter Kontrolle hat;
3. **Phase:** Körperlicher Zerfall, Entzugserscheinungen, Drogenkonsum wird subjektiv zur Überlebensstrategie.

Interessant ist, dass Kurt mit der Bemerkung "die Flashli (,) die drei vier fünf am Anfang oder juhuui die sind ja wohl schön oder das ist aber nicht realistisch", einer Bemerkung, die er aus seiner jetzigen Perspektive in *START AGAIN* macht, per logischer Implikation eingesteht, dass die Sucht von Anfang an bestand. Damit impliziert er gedanklich einen weit umfassenderen Suchtbegriff als einer von blosser Stoffabhängigkeit. Es geht um die Haltung zu sich selbst und zur Realität.

In Zeilen 565-573 finden wir eine Bestätigung des bis anhin Erschlossenen. Kurt kreist hier nahezu zwanghaft um die paradoxe Gestalt der Sucht und weigert sich sozusagen, diese aufzulösen. Auf die auf diese Paradoxie zielende konfrontative Interaktion in Zeilen 575-584 und deren Bedeutung werden wir in Kapitel 8 zurückkommen, wenn wir typische therapeutische Prozesse in *START AGAIN* diskutieren.

Bemerkung: Die Dichotomie von körperlicher und psychischer Abhängigkeit greift nach dem Suchtverständnis von *START AGAIN* zu wenig weit. Eine Aufspaltung des Phänomens Drogensucht in Toleranz- und Entzugserscheinungen infolge kontinuierlichen Substanzeinbaus in den Zellstoffwechsel auf der körperlichen Ebene und obsessives, unersättliches Verlangen ("Reissen") auf der psychischen Ebene verkennt aus *START AGAIN'S* Sicht die fundamentale "mental-somatische" oder "geistig-körperliche" Dialektik von Verlangen und Empfindungen, die zusätzlich zur biographischen Dimension der Suchtgenese, die Sucht bewegungsgesetzlich bestimmt; s. Abschnitt 7.3.

• **Problematisches Verhältnis zwischen Krise und Routine, Leben und Tod**

Untrennbar verknüpft mit der für Lebenspraxis konstitutiven widersprüchlichen Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung ist das Verhältnis von Krise und Routine, jener grundbegrifflichen Polarität, die wir in Unterabs. 2.2.4 eingeführt haben. In den Biographien und aus Texten von Klientinnen und Klienten von *START AGAIN* rekonstruieren wir in Bezug auf das lebenspraktische Gestalten des Spannungsverhältnisses von Krise und Routine häufig ein Zuwenig an basaler Zuversicht, Mut, angemessener Risikobereitschaft und Erneuerungswillen auf der einen Seite und ein Zuviel an Zweckpessimismus, zögerlicher Vorsicht, grundlegender Angst vor Unbekanntem und Festhalten am Alten andererseits. Übersteigerte Erfolgs- und Leistungsansprüche an sich und die Umwelt lassen naturwüchsigem Scheitern keinen Raum.

Kehren wir nochmals zur obigen Passage aus dem Gespräch mit Kurt zurück, so haben wir in den Zeilen 565-573 das sozusagen zwanghafte Kreisen um die Figur "und Heroin hat mich einfach wie am Leben behalten" und daraus rekonstruieren wir ein Doppeltes: (1) In der Sucht war es Kurt unmöglich, ein genügendes Mass an "**strukturellem Optimismus**", der notwendig ist für das Gelingen von Lebenspraxis, aufzubringen. Mit strukturellem Optimismus fassen wir jene Grundhaltung gegenüber der Zukunftsoffenheit des Lebens, die in Entscheidungssituationen oder in manifesten Krisen festhält: "Im Zweifelsfall geht's gut."

(2) In einer Situation von chronischem Mangel an strukturellem Optimismus muss sich letzten Endes zwangsläufig, bewusst oder unbewusst Todessehnsucht als einziger Ausweg einstellen. Damit haben wir die für Drogensucht charakteristische Struktur, dass

erst in der Nähe des Todes, also in der Nähe der grössten Krise der Lebenspraxis Sehnsucht nach Leben keimen kann. BATTEGAY (1993⁵: 99) hat diese Gestalt treffend mit dem Begriff der Suche nach "diesseitigem Jenseits" gefasst.

- **Scheinautonomie im Spannungsverhältnis von Autonomie und Heteronomie**

In Unterabs. 2.2.6 haben wir die Begriffe Autonomie und Heteronomie eingeführt. Im Zusammenhang mit der dort zitierten sartreschen Frage: "Was macht der Mensch aus dem, was die Umstände oder Verhältnisse aus ihm gemacht haben?", halten wir hier fest, dass das Handeln drogenabhängiger Menschen sehr häufig durch **Scheinautonomie** gekennzeichnet ist. Scheinautonomie heisst, dass sich eine Person in Situationen, die vorgegeben sind, wo die Handlungsabläufe fremd bestimmt oder grundsätzlich festgelegt sind, in ihrem subjektiven Selbstverständnis als diejenige gebärdet, die autonom entscheidet, gestaltet und handelt.

Für eines unter vielen Beispielen für Scheinautonomie verweisen wir auf die Sequenzanalyse des Bewerbungsbriefes an *START AGAIN* einer potenziellen Klientin (Johanna), die wir im Rahmen dieser Studie durchgeführt haben und die in STUDER (1995) zu finden ist. Als Beispiel beendet Johanna da ihren im Gefängnis verfassten Brief, in dem sie ständig zwischen Hilflosigkeit und Grandiosität oder grossem Gestus schwankt, mit folgender Anweisung an *START AGAIN*:

"... / Für den neuen Vorstellungstermin [von ihr bei *START AGAIN*] nehmen sie bitte Kontakt, mit Frau Walter vom Sozialdienst der Justizdirektion, auf. /..."

D.h., während Johanna objektiv gesehen erstens auf Hilfe von aussen (etwa von *START AGAIN*) angewiesen ist, sollte sich ihre Situation verbessern (Therapieaufenthalt statt Gefängnis), und zweitens die Entscheidungsbefugnis über ihre Zukunft klar bei der Justiz und nicht bei ihr liegt, formuliert sie hier im vermeintlichen Ton einer selbstbewusst und autonom handelnden Frau eine klare Anweisung an *START AGAIN*. Objektiv wäre sie höchstens in der Lage zu schreiben: "Ich würde mich sehr freuen, wenn sie sich für meine Bewerbung interessieren würden. In diesem Fall nehmen sie bitte Kontakt mit Frau Walter vom Sozialdienst der Justizdirektion auf." Sie unterstellt aber *START AGAIN* gewissermassen, dass es nichts Besseres zu tun hat, als sich um sie zu bemühen.

Natürlich kann bei Johanna vom Fallstrukturmoment der Scheinautonomie erst dann gesprochen werden, wenn sich dieses Handlungsmuster mehrfach rekonstruieren lässt, was bei ihr auch der Fall ist.

Ein zweites Beispiel für eine pathologische Vertauschung von Autonomie und Heteronomie gibt uns eine Passage aus einem Gespräch das ich mit Beat Kaiser geführt habe. In reflexiver Distanz vergegenwärtigt sich Beat in dieser Passage seinen Rückfall in den Drogenkonsum nachdem er im Rahmen eines "arbeitstherapeutischen" Programms bei *VITA NOVA* zweieinhalb Jahre *clean* war; s. Unterabs. 3.2.2.2 oben.²³

322 B(eat): ... / ja ich bin einfach [bei Vita Nova] geblieben irgendwo & ich habe mir
323 selber den Druck aufgesetzt & ich habe mir gesagt (..) was soll ich jetzt (..) jetzt
324 hast du zwei Übel oder (') entweder du wählst das grössere und gehst wieder

²³ Nach der Darstellung von Beat handelt es sich bei *VITA NOVA* um einen Ableger von *LE PATRIARCHE*, das ein ausschliesslich von ehemaligen Süchtigen in totalitaristischer Weise geführtes Programm darstellt. Während dem Durchlaufen dieses Programms hält man sich abschnittsweise, ohne klar ersichtliche Logik – "es sei denn, es gehe darum, auf keinen Fall irgendwo Wurzeln zu schlagen (Beat)" – an verschiedenen Orten in Europa gewissermassen in "abgeschotteten Arbeitscamps" auf.

- 325 abstürzen oder du bleibst da und nimmst das kleinere in Kauf oder & und das
 326 habe ich dann auch & das ist das gewesen was mich dort auch zu-
 327 rückgehalten hat .. bis ich da & bis es einfach nicht mehr gegangen ist oder (')
- 328 I: mhm .. hm
- 329 B: ja und eben nach zweieinhalb Jahren clean-Sein (,) eine halbe Stunde später
 330 in Genf [sein Ort der Rückkehr in die Schweiz] schon auf der Gasse gewesen
 331 und etwas gekauft für fünfzig Stutz oder .. (einatmen) ich weiss jetzt noch ir-
 332 gendwo was also irg also es ist ein total blödes Denken (,)
- 333 I: (...)
- 334 B: aber es ist in die Richtung gegangen also dass ich mir gesagt habe so und ich
 335 gehe jetzt hier raus und jetzt stürze ich gerade ab oder (,) das habt ihr jetzt da-
 336 von oder (,) eure Scheisstherapie könnt ihr euch in den Arsch reinste & weisst
 337 du irgend also irgendwie so quasi (') (,) blöd ausgedrückt wie zum denen noch
 338 eines auswischen & oder & weisst wie (..) wie wenn (k) wie wenn ich denen
 339 etwas & (selbstironisch) wie wenn ich denen eines ausgewischt hätte so (')+
 340 oder & irgendwo einfach das Gefühl .. äh .. ihr Sauhunde oder so euch zeige
 341 ich es jetzt oder und äh .. (lacht)
- 342 I: mhm
- 343 B: total idiotisch oder (') /...

Kommentar: In Zeilen 322 und 333 vergegenwärtigt sich Beat als autonomes Handlungs-subjekt: "ich bin ..., ich habe ..." In Zeile 324 spannt er in einem inneren Dialog, "jetzt hast du zwei Übel", eine Entscheidungssituation auf, in der er unter Entscheidungsdruck steht. Er wählt vermeintlich aktiv das Unwählbare, "entweder du wählst das grössere und gehst wieder abstürzen" (Zeilen 324 u. 325), denn dies heisst mit anderen Worten nichts anderes als: "Das Verlangen, das Reisse wurde so gross, dass ich ihm nicht widerstehen konnte." Im Gegensatz dazu zeigt er sich als jemand, der passiv hinnimmt oder erduldet, was er eigentlich wählen und gestalten könnte, "oder du bleibst da und nimmst das kleiner in Kauf oder" (Zeile 325).

Mit "und das hab ich dann auch" in Zeile 326 setzt er zur Verantwortungsübernahme an, nimmt sie aber sofort zurück in "das ist das gewesen was mich dort auch zurückgehalten hat". Der zweite Versuch sich als autonomes Handlungs-subjekt zu zeigen mit "bis ich da" (Zeile 327) mündet in der Substitution der neutralen Umweltvariable "es" anstelle von "ich": "bis es einfach nicht mehr gegangen ist oder".

Zeilen 329-331 stützen die Figur der vermeintlich aktiven Wahl des Unwählbaren, von dem, was ihm eigentlich geschieht (der Rückfall), und in Zeilen 331 und 332 finden wir die gleiche verantwortungsentbindende Ich-es-Substitution, "es ist ein total blödes Denken [gewesen]" anstatt: "ich hatte ein total blödes Denken damals, ..."

Beschädigte Autonomie drückt sich hier in einer doppelten Paradoxie aus: *Im Kontext des Heteronomen (Vorgegebenen) gebärdet sich Beat als autonomes Handlungs-subjekt, und im Kontext des Autonomen (des zur Gestaltung Aufgegebenen) lässt er sich prozessieren.*

Die Zeilen 334-343 stützen die obige Deutung. Interessant ist hier, dass Beat intellektuell die Situation klar durchdringt. Dies ist Verträglich mit der in der Lebenslaufanalyse bei ihm vermuteten Intellektualität.

• **Kluft zwischen Empfindungen oder Gefühlen und Verstand**

In engem Zusammenhang mit den obigen Punkten steht bei drogenabhängigen Menschen auch problematisches Wahrnehmen, Erleben und Integrieren von Empfindungen, Affekten, gefühlsmässiger Unmittelbarkeit auf der einen Seite und von Verstand, Kognition, intellektueller Vermitteltheit auf der anderen Seite.

Zur engen Verknüpfung von Gefühlen und Verstand und dem Entscheiden schreibt eine Klientin von *START AGAIN* in einem Reflexionsbericht (Standort):

".../ ich weiss, wenn man eine Entscheidung trifft, muss man verzichten. Nur, will ich das überhaupt? Vorallem was kommt auf mich zu, wenn ich mich wirklich entscheide? /..."

Und wenige Zeilen später fährt sie fort:

".../ Was mich immer erstaunt ist mein Verstand er ist genial. Nur, was mein Gefühl betrifft ... bäh! Wenn doch nur mein Verstand und Gefühl gute Freunde wären, würde es mir leichter fallen für einen Entscheid. /..."

ERNE (1996: 8) spricht davon, dass die Drogeneinnahme den Drogenabhängigen vor dem Erleben schützt, "den Affektbewegungen hilflos ausgeliefert zu sein", und er verweist auf eine Beobachtung, die wir vielfach bestätigen können, dass nämlich bei einem Grossteil der Drogenabhängigen eine "eigenartige gefühlsmässige Indifferenz gegenüber Ereignissen, die uns empören oder traurig machen würden", festzustellen ist.

Wir geben dazu ein Beispiel aus dem Anfangsteil von jenem Gespräch mit Beat, aus dem wir oben bereits eine Passage zitiert haben. Beat berichtet hier davon, dass er an einer potenziell tödlichen Infektionskrankheit leidet und dass er sich zu deren Therapie in eine spezielle medikamentöse Behandlung begeben will.

- 10 B: [Es geht eine flüssige Schilderung seiner Infektionskrankheit und ihrer Be-
- 11 handlungsmöglichkeiten voraus.] ... / einfach die Heilungschancen sind relativ
- 12 klein (,) das heisst 20 bis 25% ... (nachdenklich) dort nützt es etwas + und also
- 13 ich probiere es jetzt einfach oder (!) .. ich gehe mal davon aus dass es mir et-
- 14 was nützt oder (!)
- 15 I: mhm
- 16 B: und wenn es nichts nützt, dann habe ich halt Pech gehabt & aber irgendwo
- 17 ich versteif mich gar nicht darauf also .. (tiefes einatmen) es ist auch noch
- 18 schwierig irg (k) also
- 19 I: (...)
- 20 B: ich weiss einfach dass ich eine habe oder & und .. und äh ... abgesehen von
- 21 da wo ich & wo ich so krank gewesen bin und einfach total körperlich erschla-
- 22 gen (-) .. also vor sechs Jahren wie gesagt ziemlich genau .. seit dem habe
- ich nie mehr etwas gehabt und /... [Es folgt eine flüssige Schilderung von Test- und Spitalerfahrungen im Zusammenhang mit der Krankheit.]

Kommentar: Während Beat Fakten und Behandlungsmöglichkeiten in Bezug auf seine Infektionskrankheit aus dem Stegreif sehr flüssig und zusammenhängend schildern kann, (in Zeilen 10-12 wird ein kleiner Ausschnitt wiedergegeben), schliesst sich eine Aussage eigenartiger gefühlsmässiger Indifferenz da an, wo er sich selbst gedankenexperimentell für einen Moment mit dem Scheitern der medikamentöse Behandlung, d.h. letztlich mit seinem Tod konfrontiert: "und wenn es nichts nützt, dann habe ich halt Pech gehabt & aber irgendwo ich versteif mich gar nicht darauf" (Zeilen 13 u. 14). Bei genauerer

Analyse zeigt sich diese Indifferenz aber nur auf inhaltlicher Ebene, auf der Ebene des Sprachflusses, der Intonation, auf der Ebene, wie er es sagt, da haben wir einen klaren Bruch. Für einen Moment gerät seine Sprache ins Stocken "also .. (tiefes einatmen) es ist auch noch schwierig irg (k) also", und nach einem kurzen Einschub von I sammelt sich Beat gewissermassen in Zeilen 19 und 20 wieder, "ich weiss einfach dass ich eine habe oder & und .. und äh ... abgesehen von da wo ich & wo ich so krank gewesen bin und". Er schliesst dann wiederum eine sehr flüssige und zusammenhängende Erzählung an, in der er nüchtern und distanziert weitere Einzelheiten der Diagnose und Behandlung seiner Krankheit schildert.

Die Gestalt, dass Beat sich gedankenexperimentell sozusagen in eine emotionale Krisensituation hineinbewegt und diese auf der inhaltlichen Ebene mit einem flotten Spruch, einer zynischen Bemerkung oder Ähnlichem pariert, sie aber auf der Ebene des Sprachflusses durch ein vorübergehendes Stocken markiert, diese Gestalt haben wir wiederholt angetroffen in jenem Gespräch. Wir haben dafür die Formel eines "intellektuellen Durchstartens bei latenter emotionaler oder affektiver Krise" geprägt.

Vor dem Hintergrund der oben dargelegten Genogramm- und Biographieanalyse von Beat (s. Abschnitt 3.2), wird dieses Sprachhandlungsmuster von ihm in seiner biographischen Entstehungsgeschichte greifbar. Wir haben da die Fallstrukturhypothese formuliert, dass sich Beat durch Intellektualität auszeichnet, eine Intellektualität aber, die emotional wenig abgestützt ist, was sich hier voll bestätigt.

Eine moderne neuropsychologische Perspektive zum Thema der engen Verknüpfung von Gefühlen, Empfindungen und Verstand oder allgemein kognitiven Prozessen diskutieren wir ausführlich in Abschnitt 7.3 und im Vertiefungskapitel A7.

- **Problematische Perspektivenübernahme und Ich-Andere-Abgrenzung, Narzissmus**

Im Fallbeispiel der Natalie Lang (s. Unterabs. 3.3.2 und das Vertiefungskapitel A3) haben wir ein für süchtige Menschen typisches Fallstrukturmoment herausgearbeitet. Natalie steht ständig in der Gefahr, sich auf sich zu zentrieren, es gelingt ihr nicht, stabil die Perspektive des Anderen zu übernehmen, sondern sie rutscht gewissermassen immer wieder in die eigene Perspektive hinein.

In der Rekonstruktion haben wir erschlossen, dass Natalie sich immer wieder auf sich zentriert, weil sie das (Ur-)Vertrauen nicht hat (Folge einer kargen Mutter-Kind-Symbiose), dass, wenn sie auf etwas anders fokussiert, Kontinuität trotzdem vorhanden ist.

Ganz im Sinne von MERLEAU-PONTY (1994: 178) haben wir eine Person, die sich in einem "Zustand der Ungeschiedenheit zwischen der Aussenwelt und dem Ich" befindet. Charakteristisch ist hier die Struktur eines (primären) Narzissmus oder einer Egozentrität nicht im Sinne von einem Subjekt, das einsam um sich kreist, sondern einem, das zwischen Ich und Anderem keine Grenzen hat, das sich unablässig im Anderen und den Anderen in sich sucht.

Dem Drogennehen kommt in diesem Zusammenhang die Bedeutung zu, ein Ort des Wir und des Gemeinschaftsgefühls zu schaffen, während im beruflichen und familialen Alltag Ich-Perspektive und Einsamkeit bestimmend sind.

- **Komplementarität von Allmacht und Ohnmacht, von Täter- und Opferhaltung, von Eigeninteresse und Gemeinwohl**

Dieser Punkt ist mit dem vorangehenden eng verknüpft. Zur Einleitung erinnern wir uns an die sozialisatorische Situation in der frühen Mutter-Kind-Symbiose. Seitens des Kin-

des ist diese durch ein unmittelbares und heftiges Begehren, den "Wunsch im Reinzustand" (MERLEAU-PONTY, 1994: 353) charakterisiert. Das Kind ist ohne Mutter vollständig hilflos und es verspürt ein Gefühl der Ohnmacht, wenn es nicht erhält, was es wünscht. Umgekehrt empfindet es ein Gefühl der Allmacht, wenn sein Begehren, wenn sein Wünschen Befriedigung gefunden hat.

Gelingt es nicht, dieses Element des primären sozialisatorischen Prozesses genügend aber nicht übermässig zu realisieren, so liegt eine pathogene Konstellation vor, die später nach reinszenatorischen Bewältigungsversuchen ruft. Ein pendeln zwischen den Gefühlspolen der Ohnmacht, Hilflosigkeit und Minderwertigkeit einerseits und der Grandiosität, Überheblichkeit und Allmacht andererseits kann dann bei süchtigen Menschen oft beobachtet werden; s. das Fallbeispiel von Johanna in STUDER (1995).

Die im suchtrehabilitatorischen Kontext von Drogenabhängigen auffällig häufig geäußerte Phrase: "Wir sind ja erwachsene Menschen", steht nur zu oft in starkem Kontrast zu einem Handeln, das objektiv von kindlichem Um-sich-Kreisen und geringer Verantwortungsübernahme geprägt ist.

Verbindet sich das Erfahrungsmoment einer kargen Mutter-Kind-Symbiose in der frühen sozialisatorischen Genese von Autonomie zusätzlich mit einer problematischen oder nicht gelungenen Auflösung des Spannungsverhältnisses zwischen Kindsein und Erwachsensein in der Adoleszenzkrise, dann kann eine ausgeprägte Spaltung des Gegensatzpaares von Täter und Opfer oder, neutraler gesprochen, der entgegengesetzten Perspektiven des Handelnden und des Behandelten resultieren. Die Komponente des aktiven Handelns und der Vergegenwärtigung der Konsequenzen dieses Handelns für sich und andere verschwindet dabei hinter einem überzeichneten Selbstverständnis von: "Ich bin das Opfer schlechter Umstände, mir kommt keine Schuld zu, die tragen die anderen", hinter dem "Armeschwein-Syndrom", wie es ein Klient von *START AGAIN* einmal genannt hat. Elemente dieser Problematik finden sich in den Fallbeispielen von Natalie Lang und von Beat Kaiser.

Die grundlegende Problematik, die hier letztlich thematisch ist, ist das situativ adäquate Ausgestalten des Spannungsverhältnisses zwischen zwei sich prinzipiell unversöhnlich gegenüberstehenden Rationalitäten: einerseits der Rationalität in der Verfolgung des Eigeninteresses, andererseits der Rationalität in der Erfüllung des Gemeinwohls und der Solidarität mit dem Anderen.²⁴

• **Diffuse/personale versus spezifische/rollenförmige Sozialbeziehungen**

Die einander entgegengesetzten Strukturtypen diffuser und funktional-spezifischer Sozialbeziehungen haben wir in Unterabs. 3.1.2 eingeführt. Eine allgemeine Beobachtung bzw. Erfahrung in der therapeutischen Arbeit mit drogenabhängigen Menschen ist, dass sie habituell rollenförmige Sozialbeziehungen sozusagen diffus unterlaufen und umgekehrt sich aus diffusen Sozialbeziehungen durch rollenförmiges Handeln verabschieden.

In dieser Verkehrung der Bezugspunkte von Sozialbeziehungen begründet sich unter anderem die ausserordentlich schwierige Therapierbarkeit süchtiger Menschen, da sie dadurch ihre Sucht in doppelter Weise in die Therapie hinein verlängern. Zum einen haben wir ein tendenzielles Unterlaufen der rollenförmigen Dimension des therapeutischen Arbeitsbündnisses (Distanz zwischen Klient/in und Therapeut/in) dadurch, dass das Arbeitsverhältnis in ein Abhängigkeitsverhältnis umgedeutet wird. Zum anderen wird die diffuse Dimension des Arbeitsbündnisses (Empathie, Nähe und Vertrauen zwischen Kli-

²⁴ Vgl. dazu auch OEVERMANN (1997:16).

ent/in und Therapeut/in) dadurch zurückgewiesen, dass therapeutische Bezugspersonen zu Experten gestempelt werden und somit auf Distanz gehalten werden können. Scholz hat für dieses Phänomen die Formel geprägt: "Süchtige sind Experten darin, andere zum Experten zu machen."

Zur Ausprägung bzw. Stabilisierung dieser charakteristischen Verkehrung der Bezugspunkte von Sozialbeziehungen bei Süchtigen haben KAMPE und KUNZ (1983: 30), gestützt auf sprachanalytische Untersuchungen der Sondersprache (des Argots) des Drogenmarktes, eine aufschlussreiche Feststellung gemacht:

"Die auf dem Drogenmarkt bestehenden sozialen Regelsysteme zeichnen die durch Drogengebrauch und -beschaffung vermittelte Affektregulation als primäres Ziel des sozialen Handelns aus, das auch sprachlich beständig in der sozialen Interaktion reproduziert wird. Hierdurch wird ein direkter Bezug des affektiv-emotionalen Erlebens zum Rollenhandeln auf dem Drogenmarkt gestiftet.

Dem entspricht (...) eine Vertauschung der Bezugspunkte der Orientierung des affektiv-emotionalen Verhaltens Drogenabhängiger. Affektive Reaktionen und emotionale Bewertungen sind an die formale Interaktionsorganisation zur Drogenbeschaffung gebunden, während in elementaren, interpersonalen Interaktionen affektive Neutralität überlebensnotwendig ist (z.B.: Geldbeschaffung mittels Prostitution)."

Dass die Problematik, diffuse und spezifische Sozialbeziehungen situativ adäquat zu gestalten, eng mit einer problematischen Realisierung der Ich-Andere-Abgrenzung zusammenhängt, zeigt das Fallbeispiel der Natalie Lang. Insbesondere bezüglich Diffusität halten wir fest, dass solange auf keine angemessene Nähe-Distanz-Regulierung, auf keine Vermittlungsweise zwischen den entgegengesetzten Poligkeiten des Weiblichen und Männlichen zurückgegriffen werden kann, dass so lange keine Partnerschaft zwischen zwei gleichwertigen, autonomen Subjekten realisiert werden kann.

Umgekehrt gilt bezüglich Spezifität, dass ein gefestigter Entwurf von Einzigartigkeit und personaler Identität notwendig ist, damit eine Lebenspraxis nicht an den Normenkonflikten, widersprüchlichen Rollenzumutungen und -verpflichtungen der Gesellschaft scheitert und krank wird.

Freundliche Nähe, Zuneigung
greift mich an
Eine zärtliche Berührung –
in mir zieht sich alles zusammen
Bedrohte Innenwelten
wollen allein bleiben
alle Brücken abbrechen
sich zurückziehn in die Isolation
"Lasst mich doch alle in Ruhe!"
Glaubt sich dort beschützt
namenloser, tief verwurzelter Wahnsinn
zu glauben; ich könne nur alleine
überleben.

Yves SOUTTER (1998: Stimmungsbild 49)

- **Im Spannungsfeld von Rebellion und Anpassung, von Ausseralltäglichkeit und Alltäglichkeit**

In der Falldarstellung von Natalie Lang haben wir ein eindrückliches Beispiel dafür, wie Rebellion, Ausseralltäglichkeit und Exzessivität einerseits und Anpassung, Konformität und Ordentlichkeit andererseits gespalten nebeneinander stehen können, und zwar auf familialer wie individueller Ebene. Integration des Exzessiven in den Alltag haben wir da als therapeutische Grundthematik herausgearbeitet.

Eine weitere paradoxe Facette des Spannungsverhältnisses zwischen Rebellion und Anpassung finden wir bei Süchtigen, wenn sich auf der einen Seite der Wunsch nach Anders-Sein als die anderen, als all die "nützlichen Idioten", (wie sie Beat nennt), und auf der anderen Seite eine Sehnsucht nach bürgerlicher Ordnung und Normalität (nach einer harmonischen Partnerschaft, Kindern, einer guten Arbeitsstelle, schönen Wohnung etc.) unvermittelt gegenüberstehen.

Verschärft wird die paradoxe Gestalt speziell dann, wenn Opposition und Auflehnung gegen die Gesellschaft und ihre Werte und Normen gepaart wird mit dem gebieterischen Anspruch auf Getragen-Werden von genau dieser Gesellschaft, d.h., dass man zum Beispiel wie selbstverständlich davon ausgeht, dass der Lebensunterhalt von der kommunalen Fürsorge oder kantonalen Justiz getragen wird, wenn man es selbst aufgegeben hat, einem Einkommenserwerb nachzugehen.

Einer angemessenen lebenspraktischen Vermittlung zwischen Ausseralltäglichkeit und Alltäglichkeit stehen bei drogensüchtigen Menschen oft zwei Momente entgegen. Das Erste ist ein Verlangen nach instantaner Bedürfnisbefriedigung, das Motiv von "alles sofort und möglichst umsonst", und das Zweite ist ein Mangel an Frustrationstoleranz, ein zu geringes Vermögen, "die Realität so zu nehmen, wie sie ist."

- **Vergangenheit und Herkunft im Spannungsverhältnis zur Zukunft**

Speziell bei jenen Süchtigen, wo Migration ein zentrales biographisches Moment darstellt, finden wir eine irritierende und schmerzliche Kluft zwischen den Werten, Normen und Identitätsentwürfen, die im eigenen Herkunftsland oder jenem der Eltern prägend sind, und jenen, die für den gegenwärtigen Lebensort kennzeichnend sind.

Im Fallbeispiel des Beat Kaiser liegt diese Konstellation vor, und seine individuelle Antwort darauf ist das "Zelebrieren" der Rolle des Sonderlings. Ob Sonderling oder schlicht Aussenseiter/in bzw. Fremde/r, beide Positionen entsprechen einem Spannungszustand, der über kurz oder lang abgeleitet werden muss. In beiden Fällen befindet sich die Praxismitte im Hier und Jetzt gewissermassen im Niemandsland zwischen Herkunft und Zukunft.

Auf individual-lebenspraktischer Ebene bestimmt sich das Verhältnis zwischen Vergangenheit bzw. Herkunft und Zukunft aus dem Grad an Übernahme oder kohärenter Integration in die Ganzheit der eigenen Lebenspraxis von allen Erfahrungen und Prägungen, die sich vom ersten Moment der psychosozialen Genese von Autonomie bis zum Gegenwartspunkt eingestellt haben. Und die zentrale Frage ist stets jene, die wir bereits oben in Anlehnung an SARTRE formuliert haben: "Was macht der Mensch aus dem, was die Umstände oder Verhältnisse aus ihm gemacht haben?"

Zum Schluss: Zwei grundsätzliche Beobachtungen

1. Beobachtung: Untersuchen wir die Genese von problematischen Poligkeiten, Komplementaritäten und widersprüchlichen Einheiten im Falle drogensüchtiger Menschen entlang ihren Familien- und Lebensgeschichten, so stellt sich immer wieder eine Grund-

beobachtung ein: *Des Guten zu viel und des Guten zu wenig führen häufig zum gleichen Resultat.*

Erfährt ein Kind in einer bestimmten sozialisatorischen Phase nicht genug Hingabe, Unterstützung, Geborgenheit, Förderung etc., dann tendiert es dazu, diese Phase zu wiederholen oder im Falle einer gravierenden Traumatisierung gar darin stecken zu bleiben. Umgekehrt, erfährt ein Kind all dies im Überschuss, wird ihm nie zugemutet, dass es einmal auf etwas verzichten muss, dass Befriedigungen abgewartet werden müssen, dass alles begrenzt ist und einmal ein Ende hat, dann wird es in späteren Phasen nicht im Stande sein, die entsprechenden sich mit Bestimmtheit im Leben einstellenden Situationen zu bewältigen, und es versucht sich enttäuscht in eine frühere Phase zurückzuziehen oder fordert unablässig seine kindliche Erfahrung der völligen Verlustlosigkeit vom ganzen Leben, von allen Menschen. Problematische Frustrationstoleranz und mangelnde Zuversicht, das Leben bewältigen zu können, ist in beiden Fällen die Folge.²⁵

2. Beobachtung: Um ein mögliches Missverständnis auszuräumen, betonen wir hier, dass wenn wir oben auch wiederholt auf pathogene Konstellationen im primären sozialisatorischen Prozess, und da speziell in der frühen Kindheit verwiesen haben, dass dadurch in keiner Weise eine strenge Fatalität impliziert sein soll. Die Lebenspraxis eines Menschen ist durch die kindliche Sozialisation keinesfalls unveränderbar fixiert, vielmehr liefert diese den Ausgangspunkt zu einer langen Kette von Integrationsleistungen, Konstruktionen und Rekonstruktionen der Biographie bis zum Gegenwartspunkt. Auf der anderen Seite wird ein Mensch in seiner Ganzheit erst verstehbar, wenn wir ihn als Wesen mit einer eigenen besonderen Geschichte begreifen, einer Geschichte, wo die Kindheit am Anfang steht.

Entsprechend tragen zur Genese von problematischen Poligkeiten, Komplementaritäten und widersprüchlichen Einheiten allgemein Strukturkeime und Einflussmomente der unterschiedlichsten Ebenen bei, von der individuellen personalen und familialen Ebene bis zur allgemeinen soziokulturellen und gesellschaftlichen Ebene.

Zusammenfassung: Suchtrehabilitatorische Implikationen

Mit den obigen Ausführungen haben wir einen zweiten roten Faden für suchtrehabilitatorisches Handeln herausgearbeitet: Therapeutisches Handeln im suchtrehabilitatorischen Kontext kann in Ergänzung zum grossen re- und nach-sozialisatorischen Bogen, der in Unterabs. 3.3.1 thematisiert wurde, konzeptualisiert werden als *Hilfe zur Bewegung aus einem pathologischen dichotom aufgespaltenen oder kurzgeschlossenen "Entweder-oder-Denken, -Fühlen und -Handeln", aus einem ständigen "Alles-oder-nichts" hin zu einem dynamisch gestalteten, zukunfts-offenen "Sowohl-als-auch-Denken, -Fühlen und -Handeln", d.h. hin zu einer in diesem Sinne gesteigerten lebenspraktischen Autonomie.*

In diesem Zusammenhang ist es auch interessant häufig sich einstellende Widerständigkeit und Unterlaufensstrategien gegenüber einem suchtherapeutischen Arbeitsbündnis so zu verstehen, als dass der Anlass dazu nicht in einem Konflikt zwischen zwei Personen (Therapeut/in und Klient/in) besteht, sondern dass der Anlass dazu vielmehr in einem Konflikt zwischen zwei dichotom gespaltenen Persönlichkeitsanteilen in der Klientin oder dem Klienten gründet. Entsprechend besteht hier die suchtherapeutische Aufgabe darin, diesen intrapersonalen Konflikt herauszuarbeiten, die beiden konträren

²⁵ Vgl. dazu auch MERLEAU-PONTY (1994: 351ff.).

Anteile zu würdigen und dann die Spaltung und ihre sozialisatorischen Ursachen "durchzuarbeiten".

3.3.4 Bemerkungen zu psychoanalytischen Begriffen im Zusammenhang mit Sucht

Zum Schluss dieses Kapitels wollen wir noch ein paar Bemerkungen zu psychoanalytischen Begrifflichkeiten machen, die im Zusammenhang mit Sucht in diagnostischem und psychotherapeutischem Kontext häufig benutzt werden.

Diese Begriffe – auch wenn sie die sinnstrukturelle Spezifik von Sucht nur schwer zu fassen vermögen – werden in den letzten Jahren auch von *START AGAIN* vermehrt benutzt, so beispielsweise im Zusammenhang mit den seit 1997 vom Bundesamt für Sozialversicherung geforderten individuellen Behindertenstatus-Abklärungen von Drogenabhängigen als Voraussetzung für das Sprechen von Subventionen (s. Abschnitt 5.2), weil in den ärztlichen, sich im Allgemeinen an der psychoanalytischen Theoriebildung orientierenden Gutachten stark auf sie zurückgegriffen wird; s. auch Fussnote 8 dieses Kapitels.

In Übereinstimmung mit unserer Beobachtung, dass im Problemzusammenhang Sucht die gewichtigsten pathogenen Konstellationen in die Sozialisationsphasen der Mutter-Kind-Symbiose und der manifesten ödipalen Triade fallen, werden in der psychoanalytischen Diskussion von Sucht Kategorien aktiviert, die mit Störungen in den ersten 6 Lebensjahren im Zusammenhang stehen. Idealtypisch werden je nach Störungsschwerpunkt vier Persönlichkeitsstrukturen²⁶ und zwei Ich-Störungsausprägungen²⁷ unterschieden. Die oben dargelegten strukturellen Merkmale suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis scheinen dabei in Teilen der Charakterisierung der verschiedenen Persönlichkeitsstrukturtypen auf. Im Falle von Sucht liegt daher eine spezielle Mischstruktur vor, wo sich die verschiedenen Strukturarten in unterschiedlicher Ausprägung verschränken.

Aus psychoanalytischer Sicht führen massive Störungen im ersten Lebensjahr (in unserem Sozialisationsmodell während der frühen Mutter-Kind-Symbiose, s. Abb. 3.1.4-1) zu einer schizoiden oder depressiven Persönlichkeitsstruktur oder zu einer narzisstischen Ich-Störung.

Entwicklungsstörungen im 2. und 3. Lebensjahr (späte Mutter-Kind-Symbiose und Ablösung davon, s. Abb. 3.1.4-1) können in eine zwanghafte Persönlichkeitsstruktur oder ein Borderline-Persönlichkeit münden.

Störungen im 4. und 5. Lebensjahr (in der Phase der manifesten ödipalen Triade, s. Abb. 3.1.4-1) werden mit einer hysterischen Persönlichkeitsstruktur assoziiert.²⁸

• Schizoide Persönlichkeitsstruktur

Unabhängige distanzierte, kühle Individualisten bis Einzelgänger; vermeiden infolge von grossem Misstrauen (mangels Ur-Vertrauen) Gefühle und Intimität; das Gestalten

²⁶ Der Begriff der **Persönlichkeitsstruktur** bezeichnet die aus dem Zusammenspiel von Anlage- und Umweltfaktoren entstandenen gewohnheitsmässigen Erlebens- und Verhaltensweisen; s. STUDDT (1995: 170). Im Falle eines Individuums stellt dieser Begriff das psychoanalytische Pendant zum objektiv-hermeneutischen Begriff der Fallstruktur dar.

²⁷ In psychoanalytischer Sicht hat das Ich die Aufgabe, die Triebbedürfnisse nach den Forderungen des Über-Ichs (Gewissensinstanz der Persönlichkeit) und der Realität zu regulieren.

²⁸ Wir folgen in der Charakterisierung der verschiedenen Persönlichkeitsstrukturen und Ich-Störungen den Ausführungen in STUDDT (1995: 173ff.).

von Sozialbeziehungen schwankt zwischen taktloser Direktheit und blitzartigem Rückzug; konflikthafte Erleben wird durch Angst vor Hingabe und damit Neigung zur Ich-Abgrenzung bestimmt; Gefühle der inneren Leere und der Sinnlosigkeit herrschen vor. Als psychosomatische Symptome gelten u.a. Ekzem und Bronchialasthma. Entstehungsschwerpunkt der Struktur: frühe orale Phase (frühe Mutter-Kind-Symbiose).

- **Depressive Persönlichkeitsstruktur**

Depressiv Strukturierte sind passiv, übermässig angepasst und damit wenig eigenständig, bescheiden, gefügig und somit wenig expansiv; neigen bei geringem Selbstwertgefühl und starken Abhängigkeitswünschen zu engen Objektbeziehungen (in unserer Begrifflichkeit: zu engen diffusen Sozialbeziehungen); Erleben wird stark durch Angst vor Liebesverlust oder vor manifestem Verlust der Bezugspersonen bestimmt. Als psychosomatische Symptome finden sich u.a. Hals- und Magenschleimhautentzündungen (Anginen und Gastritis) sowie Essstörungen wie Anorexia nervosa und Bulimie. Entstehungsschwerpunkt der Struktur: orale Phase (Mutter-Kind-Symbiose).

- **Zwanghafte Persönlichkeitsstruktur**

Kontrollierte, ordnungsliebende und sparsame Menschen; wirken zögernd-abwartend, da es ihnen bei ambivalentem Zweifel schwer fällt, Handlungsentscheidungen zu treffen; Angst vor Vergänglichkeit und vor Hingabe wehren sie durch betonte Selbstbewahrung, Sicherheitstendenzen und konservative Auffassungen ab; in ihren Sozialbeziehungen sind sie wenig gefühlsbetont, meist verbindlich, aber oft schwankend zwischen Eigenwilligkeit und Gefügigkeit. Psychosomatische Symptome sind u.a. Probleme im unteren Verdauungstrakt (wie Colon Irritabile, Morbus Crohn), funktionelle Muskel-Gelenk-Störungen, Kopfschmerzen, Migräne, Angina Pectoris, Bluthochdruck und Potenzstörungen. Entstehungsschwerpunkt dieser Struktur: anale Phase (späte Mutter-Kind-Symbiose und Ablösung aus ihr).

- **Hysterische Persönlichkeitsstruktur**

Das Verhalten hysterischer Persönlichkeiten ist spontan, planlos-aktiv oder willkürlich und geprägt durch Stimmungsschwankungen und Geltungsbedürfnis; aus einer Grundangst vor Endgültigem und Unausweichlichem tendieren sie zu einer illusionären Freiheit von allen Einschränkungen und fürchten sich vor dauerhaften Bindungen; sind leicht kränkbar. Psychosomatische Symptome: psychogene Lähmungen und Anfälle, somatische Angstäquivalente wie Atemnot, Herzrasen, Schwitzen etc. Entstehungsschwerpunkt der Struktur: phallische Phase (Phase der manifesten ödipalen Triade).

- **Narzisstische Persönlichkeit**

Narzisstische Persönlichkeiten sind infolge mangelnden Selbstwertes stark kränkbare Menschen; sie schwanken ständig zwischen tiefen Minderwertigkeitsgefühlen und Größenphantasien und sind daher ständig auf der Suche nach Bestätigung und Bewunderung; neigen dazu, das eigene Grössen-Selbst im Anderen zu sehen und dieses als Teil des eigenen Selbst bzw. der eigenen Person zu erleben, wobei derart idealisierte Menschen solange der Selbstliebe dienen, bis eine Enttäuschung zum abrupten Kontaktabbruch führt; haben wenig Einfühlungsvermögen, sind misstrauisch gegenüber Abhängigkeit und verhalten sich oft egoistisch bis ausbeuterisch. Entstehungsschwerpunkt der Struktur: 1. Lebensjahr (Mutter-Kind-Symbiose), das infantile Selbstbild aus Allmachtsphantasien wird nicht ausdifferenziert und bleibt als pathologisches Grössen-Selbst erhalten.

- **Borderline-Persönlichkeit**

Bei Borderline-Persönlichkeit geht es um "Grenzfälle" zwischen Neurosen (erworbenen psychischen Störungen ohne nachweisbare hirnorganische oder genetische Grundlage) und Psychosen (im "exogenen" Fall mit klarer organischer Grundlage im "endogenen" Fall möglicherweise mit organischer Grundlage, aber auch mit psychischer und sozialer Verursachung); sie leiden unter Wahrnehmungs- und Identitätsstörungen und können dadurch in emotional belastenden Situationen nur schwer zwischen Phantasie und Realität, zwischen sich und anderen unterscheiden. Ursache dieser Ich-Störung wird in einer ungenügenden Differenzierung des Selbst-Bildes und Objekt-Bildes (Bild des Anderen) im 2., 3. Lebensjahr gesehen, "gute" und "böse" Aspekte der beiden Bilder bleiben unverbunden nebeneinander stehen. Borderline-Persönlichkeiten erleben sich als ständig zwischen gut und böse schwankend, Sozialbeziehungen werden in gute und böse aufgespalten. Psychische und charakterliche Symptome: Angstzustände, Phobien, Depression, Hypochondrie und Sucht.

4 Systematischer Vergleich des statistischen Profils bei Therapieeintritt der Klientel von *START AGAIN* und der FOS-Poolklientel von 1995 bis 1997

Letzthin hab
ik gehört
der Mensch verlöre
täglich bis zu 100 Haare
Hab ik nachjeblättert
jund gelesen
man habe so etwa
100'000 Haare
Zum Haareraufen
Ä Nein! Ja Nicht!
In ca. tausend Jahre
hab ik eine Glatze

Yves SOUTTER (1998: Stimmungsbild 58)

Das Jahr 1995 bezeichnet das Pilotjahr des **Forschungsverbands stationäre Suchttherapie (FOS)**, an dem zunächst 50 Therapieeinrichtungen der Deutschschweiz, darunter auch *START AGAIN*, teilnehmen.¹ 1996 umfasst der FOS 56 suchttherapeutische Einrichtungen aus der Deutschschweiz, 7 aus der Romandie und 3 aus dem Tessin.² 1997 kommt eine weitere Einrichtungen in der Romandie dazu.³ Die Koordinationsstelle des FOS (KOFOS) ist seit Sommer 1995 am Institut für Suchtforschung (ISF) in Zürich angesiedelt. Der FOS wird finanziert durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG), und

¹ Vgl. DOBLER-MIKOLA, GRICHTING, WETTACH und SCHAAF (1996); GRICHTING, SCHAAF, WETTACH und DOBLER-MIKOLA (1996).

² Vgl. DOBLER-MIKOLA, GRICHTING und REICHLIN (1997a,b).

³ Vgl. GRICHTING, DOBLER-MIKOLA und REICHLIN (1998a,b).

seine primäre Aufgabe ist, "eine flächendeckende Evaluation stationärer dorgentherapeutischer Einrichtungen in der Schweiz" durchzuführen.⁴

Die im FOS-Pilotjahr 1995 verwendeten standardisierten Klient/in/en-Eintritts- und Austrittsfragebogen sind Weiterentwicklungen und Anpassungen von Fragebogen, die im Rahmen des vorgängigen privaten **Forschungsverbunds therapeutischer Gemeinschaften (Verbund)** seit 1985 entwickelt wurden. *START AGAIN* war in den Jahren 1993 und 1994 eine von 12 Einrichtungen, die in diesem "kleinen" Verbund zusammengeschlossen waren. Der Verbund, wurde koordiniert durch den Sozialpsychiatrischen Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.⁵

Bei der Konzeptualisierung der seit 1995 verwendeten FOS-Fragebogen wurde auf Erfahrungen aus der Praxis, die Kompatibilität mit anderen Erhebungsinstrumenten aus dem ambulanten Bereich in der Schweiz (SAMBAD) und im Rahmen gesamteuropäischer Untersuchungen (z.B. EuropASI) sowie auf die Rückwärtsvergleichbarkeit mit den im vorgängigen "kleinen" Verbund erhobenen Daten geachtet.⁶

Die in den ersten etwa zwei Wochen nach Eintritt einer Klientin oder eines Klienten in eine Einrichtung erhobenen Daten werden in der Form jährlicher Statistiken zur einrichtungseigenen Klientel und zur jeweiligen Verbunds-Poolklientel als "rohes" Basisdokumentationsmaterial an die teilnehmenden Einrichtungen zurückgereicht. Grob gliedern sich die erfragten Daten in die folgenden acht Kategorien:

1. soziodemographische Grundangaben,
2. Eintrittssituation bzw. strukturelle Integration im Jahr vor der Behandlung,
3. strukturelle Ressourcen und Defizite,
4. soziales Netz,
5. Drogenkonsum und Drogenerfahrungen,
6. Gesundheit,
7. Institutionserfahrungen und Justizkontakte und
8. Therapiemotivation.

In den nachfolgenden Unterabschnitten werden wir die im Zusammenhang mit der Fallstudie von *START AGAIN* relevantesten im Rahmen der beiden Verbunde erhobenen Daten herausgreifen und diskutieren. Das Schwergewicht legen wir dabei auf die Diskussion der Daten der FOS-Jahre 1995 bis 1997. Wir kontrastieren systematisch die kumulierten Daten dieser Jahre für die Klientel von *START AGAIN* mit jenen der entsprechenden Poolklientel. Für ein paar ausgewählte Variablen beschreiben wir aber auch die zeitliche Entwicklung ihrer Werte über die fünf Jahre von 1993 bis 1997.

Eine zusätzliche Datenquelle für unsere Diskussion bildet eine *START AGAIN-interne Statistik*, die für den Zweck dieser Fallstudie und für das betriebswirtschaftliche Controlling seit Oktober 1992 geführt wird.

Alle Daten, die unseren Ausführungen zu Grunde liegen, sind in tabellarischer Form im Anhang A4 zusammengestellt. In eckigen Klammern geben wir dort auch die jeweiligen Fragenummern des FOS-Basisbogens an; für die vollständigen Datensätze verweisen

⁴ DOBLER-MIKOLA, GRICHTING, WETTACH und SCHAAF (1996:1).

⁵ Vgl. DOBLER-MIKOLA, SCHÜPBACH-WIEDEMANN und EICHENBERGER (1994); SCHÜPBACH-WIEDEMANN, EICHENBERGER und DOBLER-MIKOLA (1994); SCHÜPBACH-WIEDEMANN, WETTACH und DOBLER-MIKOLA (1995a, b).

⁶ DOBLER-MIKOLA, GRICHTING, WETTACH und SCHAAF (1996:5).

wir auf die Referenzen in Fussnoten 1 bis 3. Als Konvention für diesen Abschnitt gilt, dass *falls wir ohne explizite Jahresangaben von der StA-Klientel bzw. von der FOS-Poolklientel sprechen, dass wir uns stets auf kumulierte Eintritts-Datensätze der Jahre 1995 bis 1997 beziehen,*⁷ was für *START AGAIN* eine Stichprobe von **80 eintretenden Klient/inn/en** und für den FOS-Pool von **2'103 eintretenden Klient/inn/en** für die soziodemographischen Grundangaben und **2'036 Klient/inn/en** für alle weiteren Angaben bedeutet.⁸ Bilden andere Datensätze die Grundlage einer Aussage, wird das ausdrücklich vermerkt.

Dieses Kapitel verfolgt das Ziel, das "äussere" Profil der Gesamtklientel von *START AGAIN* (StA) zu umreissen. Er soll dabei Einsichten vermitteln, die komplementär sind zu den auf Fallrekonstruktion basierenden "Innenansichten" des vorangehenden Kapitels. Die generative Frage dieses Abschnitts lautet kurz: Unterscheidet sich die Klientel von *START AGAIN* statistisch gesehen von der Poolklientel der im FOS zusammengeschlossenen stationären Suchttherapieeinrichtungen der Schweiz; und falls ja, in welcher Weise?

Als **Zusammenfassung** der nachfolgenden Ausführungen hier die wichtigsten empirischen Vergleichsergebnisse:

Ganz generell kann gesagt werden, dass sich in Bezug auf die Grosszahl der Merkmale, die unter den oben erwähnten Kategorien erhoben werden, die Gesamtklientel von START AGAIN der Jahre 1995 bis 1997 und die gesamte FOS-Poolklientel dieser Jahre recht wenig unterscheiden: Das statistische Profil der Klientel von START AGAIN liegt im Grossen und Ganzen im FOS-Durchschnitt.

Einige *statistisch relevante Unterschiede* sind jedoch bezüglich folgender Punkte auszumachen:

- **Soziodemographisches Profil**

Der Frauenanteil liegt in *START AGAIN* in den Jahren 1995 bis 1997 je 5% bis 9% unter dem entsprechenden Anteil im FOS, wo er einen knappen Viertel beträgt.

Der grösste Anteil (73%) der Klientel von *START AGAIN* stammt aus dem Kanton Zürich und da insbesondere aus dem Raum der Grossagglomeration Zürich, wohingegen nur knapp die Hälfte der FOS-Poolklientel ihren letzten Wohnsitz vor Therapieertritt in einer Grossagglomeration hatte.

- **Eintrittsmodalität**

Den markantesten Unterschied zwischen START AGAIN und Verbund bzw. FOS finden wir über die Jahre 1993 bis 1997 im Verhältnis von unfreiwillig (d.h. aufgrund einer Massnahme, einer vormundschaftlichen oder ärztlichen Zuweisung) eintretenden zu freiwillig eintretenden Klient/inn/en. Kumuliert über die gesamte Zeitspanne gesehen, ist dieses

⁷ Dabei werden alle kumulierten Häufigkeiten, die sich auf die FOS-Jahresstatistiken stützen, von uns selbst berechnet.

⁸ Natürlich werden nicht alle Fragen von allen befragten Klient/inn/en beantwortet bzw. können nicht von allen beantwortet werden. Die jeweiligen Gesamtzahlen von Antworten, auf denen die nachfolgenden Aussagen beruhen, sind alle aus den Tabellen im Anhang A4 ersichtlich. Detaillierte Angaben zu den jeweiligen Zahlen von "valid cases" und "missing cases" müssen, falls nicht aus den hier gegebenen Daten erchenbar, den Tabellenanhängen in den Referenzen der Fussnoten 1 bis 3 entnommen werden. Wir betonen jedoch, dass im Fall der hier aus den FOS-Daten ausgewählten Statistiken keine Datensätze zur Diskussion gebracht werden, wo "missing data" die Resultate qualitativ verändern könnten.

Verhältnis in *START AGAIN* mit 62% zu 38% nahezu umgekehrt zu jenem der Verbund-FOS-Poolklientel dieser Jahre, wo es 39% zu 61% beträgt.

Verträglich mit diesem Faktum gilt, dass sich im Jahr vor Eintritt prozentual mehr Klient/inn/en von *START AGAIN* als im FOS-Pool in Institutionen (Therapie, Gefängnis etc.) aufgehalten haben, dass ihre Arbeitsintegration entsprechend etwas geringer war, umgekehrt aber auch Einkünfte aus illegalen Tätigkeiten weniger häufig genannt werden; s. auch den Punkt zur Institutionskarriere unten.

- **Soziale Herkunft und Belastungen in der Herkunftsfamilie**

Gemessen an der beruflichen Stellung des Vaters bzw. Vaterersatzes ist die soziale Schichtzugehörigkeit der *START AGAIN*-Klientel tendenziell etwas höher als jene der FOS-Poolklientel. Dieser Umstand hat interessanterweise aber keinen statistisch feststellbaren Unterschied hinsichtlich Schulbildungs- und Berufsausbildungsprofil zur Folge. Diese beiden Profile sind für beide Gesamtklientele im Wesentlichen gleich.

Weniger häufig als im FOS-Durchschnitt berichten StA-Klient/inn/en von Problemen mit Gewalt in ihren Herkunftsfamilien (StA: 19% vs. FOS: 34%). Gleich häufig werden hingegen Probleme mit Alkohol (je etwa 40%) und mit Depression (je etwa 23%) genannt.

- **Soziales Netz**

Die diffusen Sozialbeziehungen zu den verschiedenen Mitgliedern der Herkunftsfamilie (Vater, Mutter, Brüdern, Schwestern) werden durch die StA-Klientel generell etwas häufiger als im FOS-Pool als "bisher fast immer" oder "bisher die meiste Zeit gut und vertrauensvoll" bezeichnet (51% bis 69% der Antwortenden in *START AGAIN* vs. 38% bis 61% im FOS).

In Bezug auf Partnerschaft, zeitweilige "Beziehungen" und Kinder sind die Unterschiede zwischen *START AGAIN* und dem FOS-Pool gering.

- **Drogenkonsum und Drogenerfahrungen**

Gegenüber dem FOS-Pool gibt die StA-Klientel für Alkohol, Cannabis, Heroin und Cocktails tendenziell weniger häufig "(fast) täglichen Konsum" an. Am ausgeprägtesten ist der Unterschied bei Alkohol (StA: 18%; FOS: 29%). Im Fall von Nikotin und Kokain sind die Verhältnisse bezüglich "(fast) täglichen Konsum" praktisch gleich wie für die FOS-Poolklientel. Starke Polytoxikomanie ist in *START AGAIN* (53%) etwas weniger häufig als im FOS-Pool (61%).

- **Somatischer und psychischer Gesundheitszustand**

Hier gibt es statistisch gesehen keine markanten Unterschiede zwischen *START AGAIN* und dem FOS-Pool.

- **Institutionserfahrungen und Justizkontakte**

Im Vergleich zum FOS-Pool geben tendenziell etwas höhere Anteile an *START AGAIN*-Klient/inn/en an, mindestens eine freiwillige oder unfreiwillige ambulante oder stationäre Entzugsbehandlung regulär abgeschlossen zu haben. Den ausgeprägtesten Unterschied haben wir beim Abschluss von mindestens einer freiwilligen stationären Entzugsbehandlung (StA: 62% vs. FOS: 53%). Dieses Resultat ist im Zusammenhang mit *START AGAIN*s Aufnahmebedingung von einer abgeschlossenen körperlichen Entgiftung zu sehen.

Weiter geben StA-Klient/inn/en bei Therapieeintritt eindeutig häufiger als im FOS-Durchschnitt an, vorangehende Erfahrungen mit stationärer Suchttherapie zu haben. Insbesondere geben 31% der StA-Klientel gegenüber nur 13% der FOS-Poolklientel an, dass sie vorgängig bereits mindestens eine stationäre Suchttherapie regulär abgeschlossen haben. Dieser markante Unterschied ist im Zusammenhang mit dem hohen Massnahmeklient/inn/en-Anteil in *START AGAIN* zu verstehen. Er kann im Sinne von "Massnahme bindet an Therapie" interpretiert werden.

Was Substitutionsbehandlungen und ambulante suchttherapeutische Betreuung betrifft, so gibt es keine nennenswerten Unterschiede.

Was die Verurteilungshäufigkeiten vor Suchtbeginn anbelangt, so sind sie für beide Klientele gleich. Ein Drittel beider Klientele wurde vor Suchtbeginn mindestens einmal gerichtlich verurteilt. Nach Suchtbeginn ist die Verurteilungshäufigkeit unter der StA-Klientel jedoch 9% höher als im FOS-Pool. Nach Suchtbeginn weisen 81% in *START AGAIN* und 72% im FOS-Pool Verurteilungen auf.

Bezüglich hängigen Justizverfahren bejahen in *START AGAIN* mit 45% der Klientel prozentual klar mehr Personen, in ein solches involviert zu sein, als im FOS-Pool, wo es ein Anteil von 32% ist.

Während vor Suchtbeginn bezüglich U-Haft-Aufenthalte kein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen der StA-Klientel und der FOS-Poolklientel auszumachen ist, so unterscheiden sie sich diesbezüglich nach Suchtbeginn klar (StA: 77%; FOS: 61%). Keinen signifikanten Unterschied gibt es zwischen *START AGAIN* und dem FOS-Pool, was Gefängnisaufenthalte vor und nach Suchtbeginn betrifft.

Die letzten drei Bemerkungen zu markanten Unterschieden zwischen *START AGAIN* und FOS-Pool sind im Zusammenhang mit dem hohen Massnahmeklient/inn/en-Anteil in *START AGAIN* zu verstehen. Frei- bzw. Unfreiwilligkeit des Therapieeintritts stellt somit empirisch gesehen eindeutig die wichtigste Variablen beim Unterscheiden von *START AGAIN* gegenüber dem FOS-Pool dar.

• Motivationsprofil

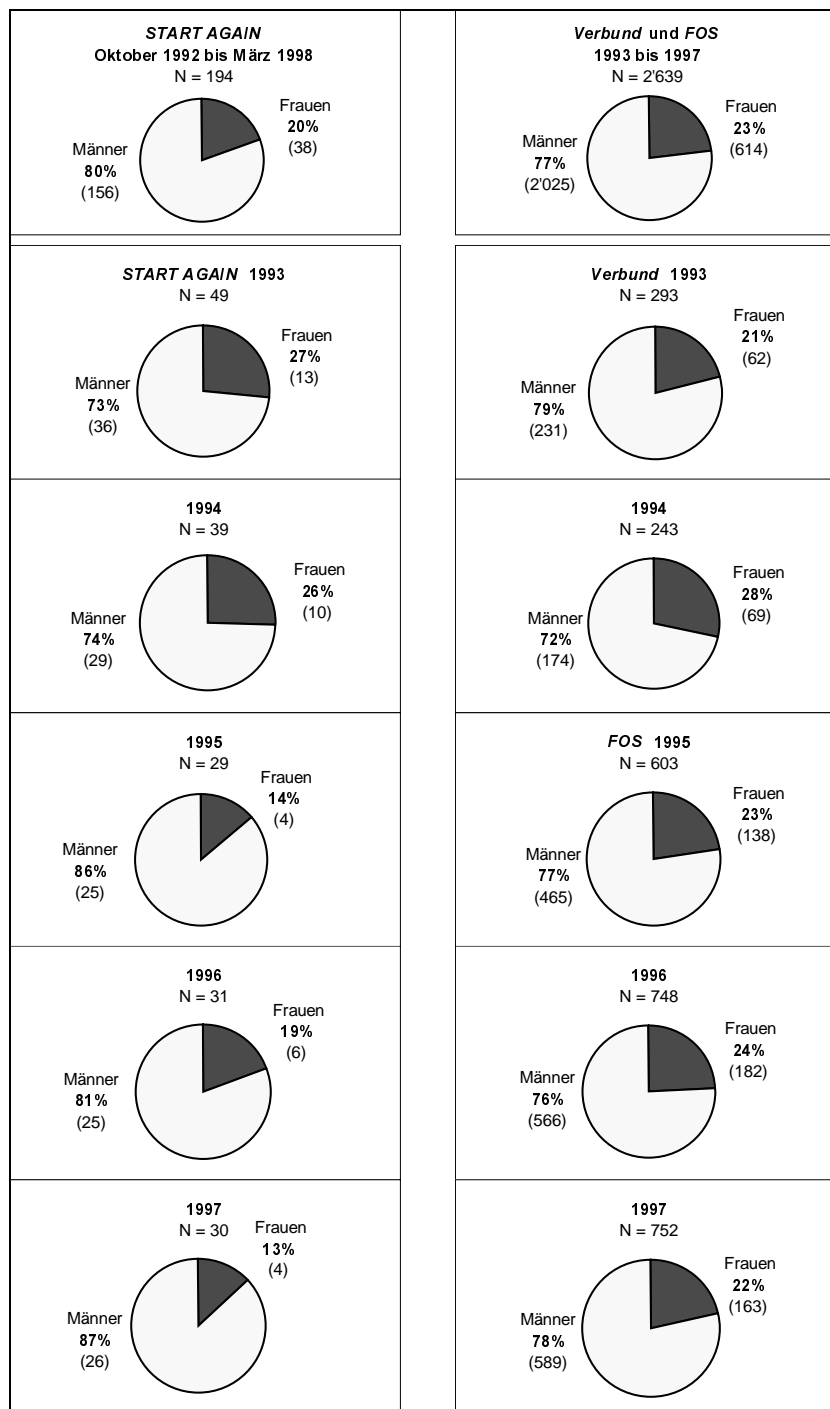
Bezogen auf 23 vorgegebene mögliche Gründe für den Ausstieg aus dem Drogenkonsum gilt, dass sich die Motivationsprofile der StA-Klientel und der FOS-Poolklientel im Grossen und Ganzen sehr ähnlich sind. Die am häufigsten Zustimmung erhaltenden Gründe sind "Sehnsucht nach einem sinnvollen und bewussten Leben" sowie "Abscheu vor der eigenen Abhängigkeit". Die markantesten Unterschiede können leicht mit dem hohen Massnahmeklient/inn/en-Anteil von *START AGAIN* in Zusammenhang gebracht werden.

4.1 Soziodemographische Grundangaben

4.1.1 Geschlecht

Der Frauenanteil in *START AGAIN* schwankt in den Jahren 1993 bis 1997 beträchtlich zwischen maximal 27% und minimal 13%. Er liegt mit Ausnahme von 1993 *stets etwas unter dem Frauenanteil der Poolklientele des "kleinen" Verbundes und des FOS*, wo er typischerweise einen knappen Viertel ausmacht. Eine detaillierte Darstellung der Verhältnisse in ihrer zeitlichen Entwicklung gibt Abb. 4.1.1-1 unten.

Abb. 4.1.1-1 Geschlechterverteilung 1992 bis 1998 bei *START AGAIN* und im "kleinen" Verbund bzw. schweizerisch flächendeckenden FOS



4.1.2 Alter bei Eintritt

Abb. 4.1.2-1 unten gibt die Altersverteilung bei Eintritt der Gesamtklientel von *START AGAIN* von Oktober 1992 bis März 1998⁹ im Vergleich zur FOS-Poolklientel der Jahre

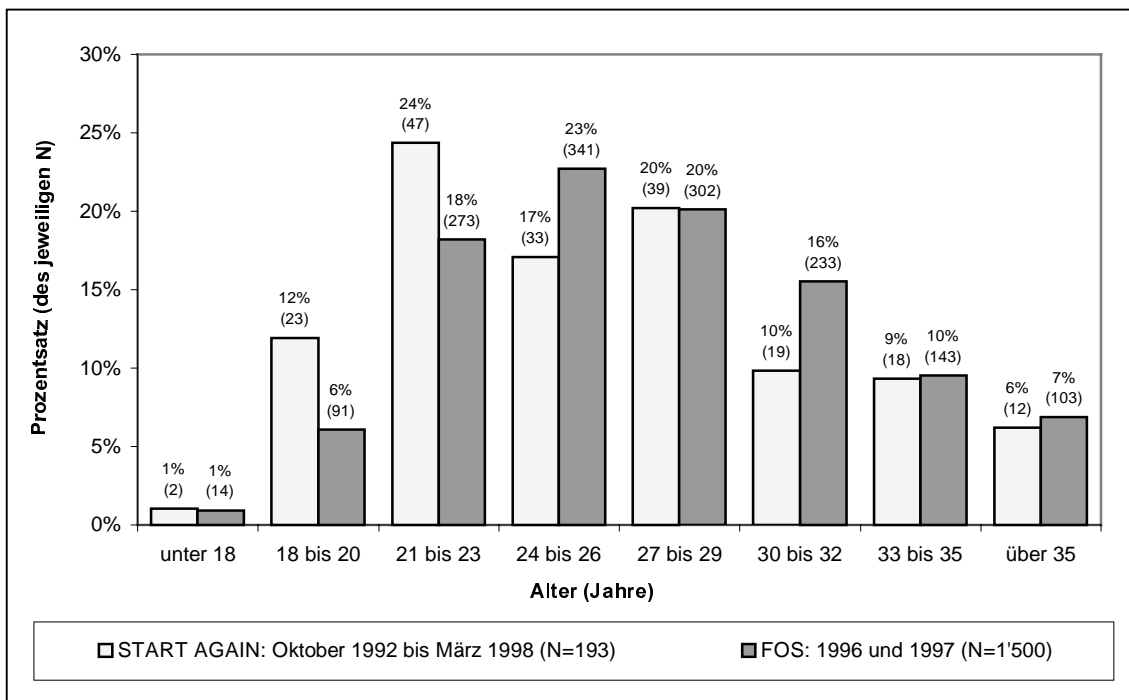
⁹ Gestützt auf die seit Oktober 1992 geführte *START AGAIN*-interne Statistik.

1996 und 1997.¹⁰ Der Anteil von unter 18-Jährigen ist in *START AGAIN* und im FOS mit 1% sehr gering. Für *START AGAIN* begründet er sich im Umstand, dass vom therapeutischen Konzept her 18 Jahre als untere Altersgrenze für einen Eintritt festgelegt sind. Über 32 Jahre alte Klient/inn/en machen in *START AGAIN* 15% und im FOS 17% der Klientel aus. Während *START AGAIN* dazwischen zwei Altershäufungen hat, eine bei den 21- bis 23-Jährigen (24%) und eine bei den 27- bis 29-Jährigen (20%), liegt im FOS-Profil die grösste Altershäufung bei den 24- bis 26-Jährigen (23%).

Was die Durchschnittswerte bei Eintritt anbelangt, so gilt in *START AGAIN* für die ganze Periode von Oktober 1992 bis März 1998, dass *das Durchschnittsalter 27.0 Jahre beträgt mit einer Streuung (Standardabweichung) von 5.5 Jahren und einem Median bei 26.7 Jahren.* Der jüngste Klient von *START AGAIN* war in dieser Periode bei Eintritt 16.7 Jahre und der älteste 47.0 Jahre alt.

Im Vergleich dazu liefert die Kombination der FOS-Daten der Jahre 1996 und 1997,¹¹ dass das Durchschnittsalter in diesen beiden Jahren im FOS-Pool 27.3 Jahre beträgt mit einer Standardabweichung von 5.2 Jahren und einem Median bei 27.0 Jahren, was sich kaum von den Werten in *START AGAIN* unterscheidet. Das tiefste Eintrittsalter betrug während diesen beiden Jahren 15.0 Jahre und das höchste 49.0 Jahre.

Abb. 4.1.2-1 Altersverteilung (bei Eintritt) der Gesamtklientel von *START AGAIN* im Vergleich zur FOS-Poolklientel der Jahre 1996 und 1997



¹⁰ Nur für diese beiden Jahre liegen detaillierte FOS-Zahlen zum Alter bei Eintritt vor. Die in DOBLER-MIKOLA, GRICHTING und REICHLIN (1997a,b) und in GRICHTING, DOBLER-MIKOLA und REICHLIN (1998a,b) publizierten Daten sind jedoch wegen einem Fehler beim Recodieren falsch. Ich danke Anja DOBLER-MIKOLA und Esther GRICHTING dafür, dass sie mich darauf aufmerksam gemacht haben und mir die korrigierten FOS-Daten zukommen liessen (priv. Mitteilung, 1998).

¹¹ Um die Daten der beiden FOS-Jahre 1996 und 1997 zu kombinieren, folgen wir den "bayesisch meta-analytischen" Ausführungen in GARRETT und FISHER (1992).

4.1.3 Zivilstand

Bezüglich Zivilstand unterscheidet sich die StA-Klientel nicht wesentlich von der FOS-Poolklientel: Etwa 7% sind verheiratet, 83% ledig und 11% der antwortenden Klient/inn/en geben an getrennt, geschieden oder verwitwet zu sein; vgl. Tabelle A4.1-1 in Anhang A4.

4.1.4 Letzter Wohnsitz. Urbanisierungsgrad der Klientel

Was den Urbanisierungsgrad der Klientel von *START AGAIN* anbelangt liegt er wesentlich höher als im FOS-Durchschnitt: 79% der StA-Klientel haben gegenüber 49% der FOS-Klientel ihren letzten Wohnsitz in einer Grossstadtgemeinde (Zürich, Basel oder Genf), in deren Agglomeration oder in einer grossen Agglomeration über 100'000 Einwohnern gehabt. Nur 8% (StA) bzw. 18% (FOS) der Klient/inn/en stammen aus einer Landgemeinde; s. auch Tabelle A4.1-2 in Anhang A4. *Die StA-Klientel kann daher mehrheitlich als grossstadt- oder grossagglomerations-einsozialisierte Klientel gesehen werden.* Vor diesem Hintergrund gewinnt auch ein Gedanke an programmatischer Gewichtigkeit, den ein StA-Klient einmal treffend wie folgt formuliert hat: "Nur wenn ich in Zürich clean leben kann, kann ich clean leben."

Was die Verteilung der Klientel nach zuweisenden Kantonen (Massnahme-Klientel) bzw. nach der Kantonszugehörigkeit der kostentragenden Gemeinden (freiwillige, durch kommunale Fürsorge getragene Klientel) betrifft, so stellt der Kanton Zürich im Zeitraum von Oktober 1992 bis März 1998 mit 73% den weitaus grössten Anteil der StA-Klientel; vgl. Tabelle 4.1.4-1. Salopp gesprochen: *Der Löwenanteil (etwa 3/4) der StA-Klientel stammt aus dem Kanton Zürich, und da insbesondere aus dem Grossraum Zürich.*

Tabelle 4.1.4-1 Verteilung der Klient/inn/en von *START AGAIN* nach Kantonen: alle Eintritte von Oktober 1992 bis März 1998

Kanton	AG	BE	BL	BS	GR	LU	SG	SH	SO	TG	ZG	ZH	privat	Total
freiwillige Eintritte	5	4	12	3	3		3	2	3			38	1	74
unfreiwillige Eintritte	1	5				1	4	1	2	1	1	104		120

4.1.5 Nationalität

Sowohl für *START AGAIN* wie für den ganzen FOS-Pool beträgt der Ausländeranteil an der Klientel 20%. In beiden Fällen ist der Anteil von Klient/inn/en mit ausländischem Elternteil jedoch bedeutend höher. Gestützt auf Daten aus den Jahren 1996 und 1997 haben in *START AGAIN* 66% und im FOS-Pool 61% der Klient/inn/en mindestens einen ausländischen Elternteil; vgl. Tabelle A4.1-3. Am häufigsten finden wir Elternteile italienischer Nationalität (etwa 1/3 aller ausländischen Mütter und etwa 2/5 aller ausländischen Väter), ihnen folgen nach abnehmender Häufigkeit Elternteile deutscher, österreichischer, spanischer, (ex-)jugoslawischer und anderer Nationalität.¹²

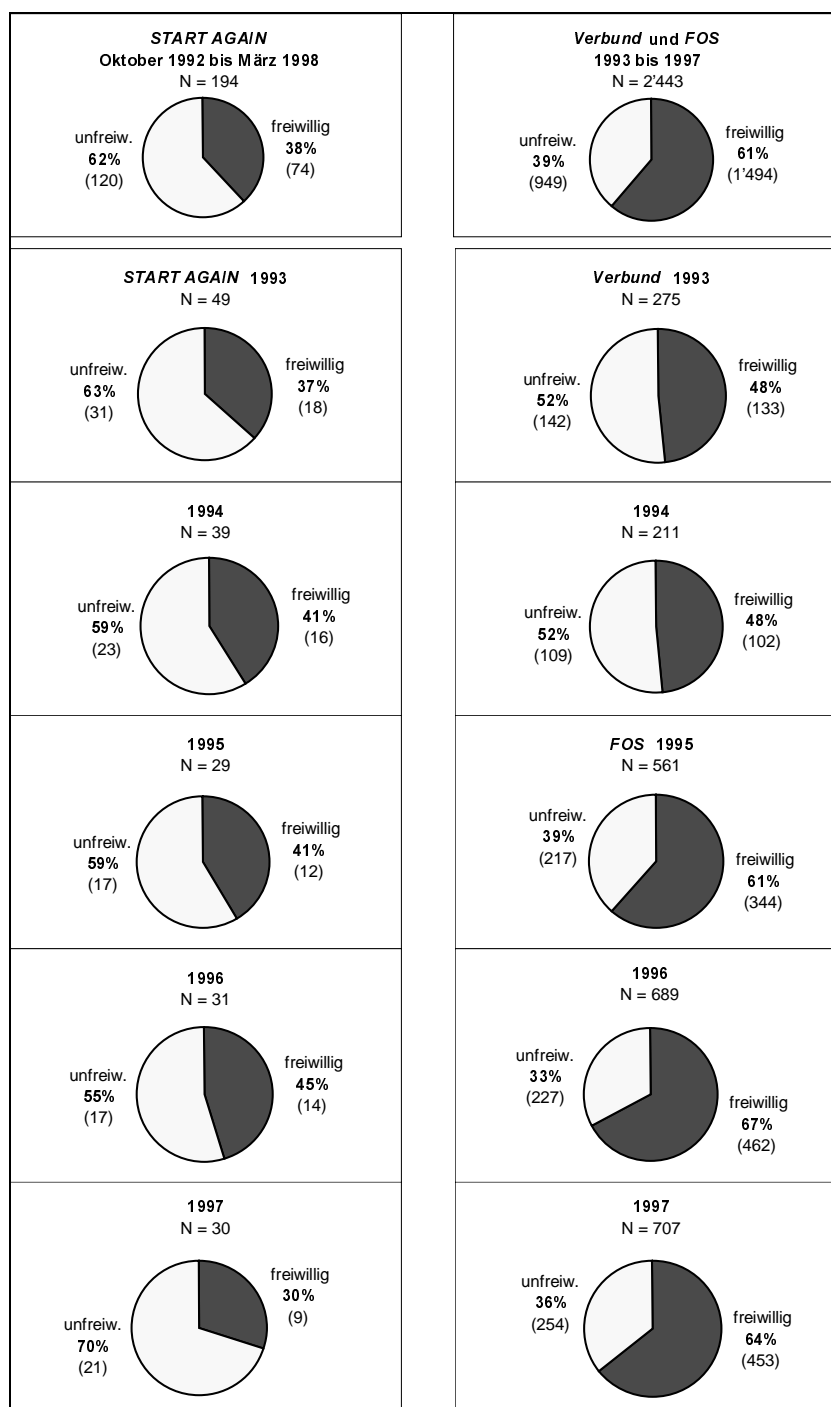
¹² Vgl. DOBLER-MIKOLA, GRICHTING, WETTACH und SCHAAF (1996); DOBLER-MIKOLA, GRICHTING und REICHLIN (1997a) und GRICHTING, DOBLER-MIKOLA und REICHLIN (1998a).

4.2 Eintrittssituation und strukturelle Integration im Jahr vor der Therapie

4.2.1 Eintrittsmodalität

Aus Abb. 4.1.2-1 geht der markanteste Unterschied zwischen der Klientel von *START AGAIN* und der Poolklientel des "kleinen" Verbundes (1993 und 1994) und des für die

Abb. 4.2.1-1 Eintrittsmodalität von 1992 bis 1998 für *START AGAIN* und für den "kleinen" Verbund bzw. den FOS



Schweiz "flächendeckenden" FOS (1995 bis 1997) hervor: Während sich im "kleinen" Verbund **freiwillige** und **unfreiwillige Eintritte** (d.h. Eintritte aufgrund einer strafrechtlich angeordneten "stationären oder ambulanten suchtspezifischen Massnahme gemäss Art. 44 Ziff. 1 u. 6 des StGBs" mit z.T. vorzeitigem Antritt, einer vormundschaftlichen oder einer ärztlichen Zuweisung) in etwa die Waage halten, ist für die FOS-Poolklientel ein Verhältnis von etwa 2/3 zu 1/3 charakteristisch. Für die Klientel von *START AGAIN* liegt für den gesamten Zeitraum von Beginn im Oktober 1992 bis März 1998 ein nahezu umgekehrtes Verhältnis von 1/3 freiwilligen zu 2/3 unfreiwilligen Eintritten vor. Ähnlich wie in der FOS-Klientel von 1997,¹³ wenn auch nicht ganz so ausgeprägt, ist in *START AGAIN* der Prozentsatz der freiwillig eingetretenen Frauen mit 42% (FOS: 75%) etwas höher als bei den Männern, wo er 37% (FOS 61%) beträgt; s. Tabelle A4.2-1.

Die Daten verweisen, wie bereits jene in der obigen Tabelle 4.1.4-1, darauf, dass im untersuchten Zeitraum die Justiz des Kantons Zürich der wichtigste Partner von *START AGAIN* ist. *Die Zusammensetzung der Klientel von START AGAIN wird somit nicht zuletzt auch durch die Zuweisungspraxis des Amtes für Straf- und Massnahmenvollzug des Kantons Zürich geprägt.* Umgekehrt sind Erwartungen an die Therapie seitens dieser wichtigen Zuweiserin, d.h. im Wesentlichen ihre Forderung nach Delinquenzfreiheit der Klient/inn/en nach der Behandlung, seitens *START AGAIN* in die Reflexion von "erfolgreichem" therapeutischem Arbeiten einzubeziehen; vgl. dazu insbesondere die Diskussion in Unterabs. 10.1.2.

Sozialrehabilitatorisches Handeln in START AGAIN ist also zu einem wesentlichen Teil rehabilitatorisches Handeln in justizpolitischem und massnahmenvollzugspraktischem Kontext. Weitere Ausführungen zum Kriminalstatus und zur Institutionserfahrung der Klientel von *START AGAIN* werden in Abschnitt 4.7 gegeben.

4.2.2 Wohnsituation im Jahr vor Eintritt

Verträglich mit der Tatsache, dass *START AGAIN* einen grossen Anteil an Massnahme-Klient/inn/en aufweist, finden wir, dass im Vergleich zum FOS-Durchschnitt grob je etwa doppelt so viele Klient/inn/en angeben, im Jahr vor Eintritt die "ganze bzw. meiste Zeit" oder mindestes "zeitweise" (a) in einer drogentherapeutischen Einrichtung gewesen zu sein (StA: 20%; FOS: 13%), bzw. (b) in einer anderen Institution wie Spital, Psychiatrie, Gefängnis, Wohnheim etc. verbracht zu haben (StA: 45%; FOS: 23%); vgl. Tabelle A4.2-2. Umgekehrt geben mit etwa 62% der StA-Klientel 10% weniger als im FOS-Pool an, die "ganze bzw. meiste Zeit" oder "zeitweise" in einer gemieteten oder eigenen Wohnung oder einem Haus gewohnt zu haben.

4.2.3 Arbeitsintegration und Lebensunterhalt im Jahr vor Eintritt

Bezüglich der Finanzierung des eigenen Lebensunterhalts sind folgende zwei Beobachtungen verträglich mit der Tatsache, dass sich verglichen mit der FOS-Poolklientel ein grösserer Anteil der StA-Klientel vor dem Therapieeintritt in einer Institution aufhielt bzw. mit dem relativ hohen Anteil an Massnahme-Klient/inn/en in *START AGAIN*:

1. Arbeitsintegration: Während die Hälfte der FOS-Poolklientel angibt, ihren Lebensunterhalt die "ganze bzw. meiste Zeit" oder "zeitweise" durch Arbeitsleistung zu be-

¹³ Nach Geschlecht aufgeschlüsselte FOS-Daten liegen nur für das Jahr 1997 vor.

streiten, gilt dies nur für einen Drittel der StA-Klientel. *41% der FOS- und 51% der StA-Klientel geben an, im Jahr vor Eintritt nicht gearbeitet zu haben.*

2. Illegale Einkünfte: Umgekehrt finanzierten sich im Jahr vor Eintritt während der "ganzen bzw. meisten Zeit" oder "zeitweise" nur ein Viertel (25%) der StA-Klientel durch illegale Einkünfte (Dealen eingeschlossen), das im Vergleich zu etwas mehr als die Hälfte (55%) im Fall der FOS-Poolklientel; vgl. Tabellen A4.2-3 und A4.2-4.

In Tabelle A4.2-4 sind die Antworthäufigkeiten für die wichtigsten 8 aus 16 im Rahmen der FOS-Befragung vorgegebenen Kategorien möglicher Finanzierungsquellen des Lebensunterhalts vor Therapieeintritt zusammengestellt.

4.2.4 Schulden bei Eintritt

Was die Schuldensituation bei Eintritt betrifft, so gibt je ein guter Fünftel der FOS-Poolklientel keine bzw. Schulden bis Fr. 5'000.– an, während ein guter Drittel der Poolklientel Schulden zwischen Fr. 5'000.– und 30'000.– zu tragen hat. 12% der Poolklientel weisen Schulden zwischen Fr. 30'000.– und 75'000.– auf und 4% haben Schulden, die sich auf über Fr. 75'000.– belaufen. Die Verteilung für die StA-Klientel folgt im Grossen und Ganzen jener der FOS-Poolklientel. *Ein kleiner Unterschied ist für START AGAIN höchstens darin auszumachen, dass Schulden bis Fr. 30'000.– leicht unter- und hohe Schulden (über Fr. 30'000.–) tendenziell etwas übervertreten sind;* vgl. Tabelle A4.2-5.

4.3 Strukturelle Ressourcen und Defizite

4.3.1 Schulbildung (höchste abgeschlossene Schulstufe)

Bezüglich dem Profil der Schulbildungen unterscheidet sich die StA-Klientel nicht von der FOS-Poolklientel. In beiden Fällen weist *der grösste Teil der Klientel* (StA: 74%; FOS: 71%) *eine mittlere Schulbildung* auf (in Tabelle A4.3-1 unter Berücksichtigung kantonaler Unterschiede mit den zwei Kategorien der Real- und der Sekundar-/Bezirksschule gefasst). Je 3% der Klientele hat eine Hilfs- oder Sonderschule besucht, je 5% haben einen Mittelschule-/Gymnasiumabschluss.

4.3.2 Berufsausbildung (Lehre/Studium)

59% der FOS-Poolklientel haben eine abgeschlossene Berufsausbildung. In *START AGAIN* liegt der entsprechende Anteil bei 53%. Entsprechend hat mit 36% ein etwas grösserer Anteil der StA-Klientel verglichen mit 29% bei der FOS-Poolklientel eine Berufsausbildung abgebrochen. Keine Berufsausbildung angefangen haben in beiden Fällen etwa 10% der Klient/inn/en; vgl. Tabelle A4.3-2.

4.3.3 Soziale Herkunft

Bestimmen wir die Schichtzugehörigkeit der Herkunftsfamilien anhand der beruflichen Stellung des Vaters oder Vaterersatzes, (da in den weitaus meisten Fällen noch immer davon ausgegangen werden kann, dass gemäss traditionellem Rollenverständnis der

Vater das "Familienoberhaupt" ist), so zeigt sich, dass *verglichen mit der FOS-Poolklientel in START AGAIN die unteren Gesellschaftsschichten tendenziell etwas unter- und die höheren Schichten etwas übervertreten sind.*

Im Detail: In *START AGAIN* (im FOS-Pool) stammen 7% (16%) aus der Unterschicht (un- oder angelernte Arbeiter). 22% (26%) der Klient/inn/en geben an, dass ihr Vater(ersatz) als Facharbeiter mit Berufslehre, Verkäufer etc. berufstätig war. Untere Angestellte oder Beamte, Kleingewerbler, Kleinbauern etc. stellen 28% (30%) der Herkunftsmilieus dar. Bezüglich der Zugehörigkeit zur oberen Mittelschicht bzw. Oberschicht gilt, dass bei 21% (15%) der Klient/inn/en der Vater in deren Kindheit als höherer Angestellter/Beamter, Lehrer, Grossbauer etc. arbeitete und bei 21% (14%) war der Vater Freiberufler (Arzt, Jurist, Pfarrer, Architekt etc.), Unternehmer, Manager, Chefbeamte oder Ähnliches; vgl. Tabelle A4.3-3.

4.3.4 Eltern getrennt oder Elternteil verstorben

Der Verlust eines Elternteils oder beider Eltern durch Scheidung oder Tod vor dem 16. Altersjahr (*broken home*-Situation) gilt häufig als wesentlicher lebensgeschichtlicher Belastungsindikator. Wir erwähnen hier jedoch, dass sorgfältige Fallrekonstruktionen (siehe etwa das Fallbeispiel der Familie Lang-Gomez im Vertiefungskapitel A3) immer wieder aufzeigen, dass die eigentliche Kategorie, die hier zentral wäre, die der "strukturellen An- bzw. Abwesenheit" eines Elternteils oder beider Eltern ist, wobei sich dies nicht nur auf die leiblichen Eltern beschränkt, sondern auch auf eine adäquate bzw. inadäquate Symbolisierung ihrer auszuweiten ist. Das Wesentliche ist also nicht notwendigerweise aus dem blossen Faktum ableitbar, ob die Eltern leben oder nicht leben bzw. zusammenleben oder nicht zusammenleben.

Mit dieser Vorbemerkung erwähnen wir, dass in "blossen" Zahlen gesehen gilt, dass die Eltern von 37% der StA-Klientel sich vor dem 16. Altersjahr der befragten Person getrennt oder scheiden lassen haben, und dass bei 13% der Befragten ein Elternteil oder beide Eltern vor ihrem 16. Altersjahr gestorben ist bzw. sind. Für die FOS-Poolklientel sind die Verhältnisse praktisch gleich; vgl. Tabelle A4.3-4.

4.3.5 Belastungen in der Herkunftsfamilie. Alkohol, Gewalt und Depression

Unter den 11 im Rahmen der FOS-Untersuchungen nachgefragten Kategorien von Belastungen in der Herkunftsfamilie (i.S. von "mindestens ein Familienmitglied ausser der befragten Person hat Probleme damit") fallen die drei häufigsten zustimmenden Angaben in der StA-Klientel auf Alkohol (40%), schwere Depression (24%) und Gewalt (19%), in der FOS-Klientel auf Alkohol (41%), Gewalt (34%) und schwere Depression (23%). *Ein markanter Unterschied besteht also lediglich in Bezug auf Gewalt, von der StA-Klient/inn/en weniger häufig berichten als im FOS-Pool;* vgl. Tabelle A4.3-5.

Weitere im Rahmen der FOS-Untersuchungen nachgefragte Kategorien betreffen Probleme mit: Medikamenten, Opiaten, anderen illegalen Drogen, Suizidversuchen und Suizid, Nervenzusammenbrüchen, anderen psychischen Erkrankungen und Delinquenz. Für detaillierte Angaben zu all diesen Kategorien verweisen wir auf die Berichte in Fussnoten 1 bis 3 dieses Kapitels.

4.4 Soziales Netz

4.4.1 Beziehungen zu Mitgliedern der Herkunftsfamilie

Was die Qualität der diffusen Sozialbeziehungen zu den Mitgliedern der Herkunftsfamilie anbelangt, so zeigt sich in *START AGAIN* die gleiche Tendenz wie für die FOS-Poolklientel: Unter den Antwortenden ist der Anteil derjenigen, die die Beziehung zur Mutter bzw. deren Ersatz als "bisher fast immer" oder "bisher die meiste Zeit gut und vertrauensvoll" bezeichnen (StA: 68%; FOS: 61%) deutlich höher als der entsprechende Anteil in Bezug auf den Vater bzw. dessen Ersatz (StA: 51%; FOS: 38%). Die gleiche geschlechtsbezogene Tendenz finden wir auch bezüglich den diffusen Sozialbeziehungen zu Schwestern gegenüber jenen zu Brüdern; vgl. Tabelle A4.4-1.

Vergleichen wir START AGAIN mit dem FOS-Pool, so fällt auf, dass die StA-Klientel generell die verschiedenen diffusen Sozialbeziehungen in ihren Herkunftsfamilien etwas häufiger (51% bis 69%) als im FOS-Pool (38% bis 61%) als "fast immer" oder "die meiste Zeit gut und vertrauensvoll" bezeichnet. Bezüglich der Wertung "selten oder nie gut und vertrauensvoll" zeigen sich keine grossen Unterschiede. Dieser Umstand ist für START AGAIN sicherlich nicht ungünstig vor dem Hintergrund der systemischen Grundorientierung seines therapeutischen Konzeptes.

4.4.2 Partnerschaft und Kinder

Etwa 55% der StA-Klientel geben an, bei Eintritt in die Therapie keine Partnerschaft zu leben, 4% haben eine "zeitweilige Beziehung" und 41% stehen in einer festen Partnerschaft. Die FOS-Verhältnisse sind ähnlich; vgl. Tabelle A4.4-2.

In den drei FOS-Jahre 1995 bis 1997 haben 10 Klient/inn/en von *START AGAIN* (d.h. 13% der in jener Zeitspanne eingetretenen Klient/inn/en) angegeben, Kinder zu haben, und zwar: 8 ein Kind und 2 zwei Kinder. Die Verhältnisse für die FOS-Poolklientel sind statistisch gesehen (wegen den kleinen Zahlen bei *START AGAIN*) ungefähr gleich: Etwa 19% geben an, Kinder zu haben, wobei die Kinderverteilung (unter 346 Antwortenden) wie folgt ist: etwa 70% haben ein Kind, 23% 2 Kinder, 6% 3 Kinder und 1% 4 oder mehr Kinder.

4.5 Drogenkonsum und Drogenerfahrungen

Im Neuanfang
 eines geleerten Aschenbechers
 liegt die Hoffnung
 auf etwas Ruhe, Versunkenheit
 Dankbarkeit
 für einen frischen Kaffee
 ein paar tiefe Züge einer Zigarette
 Nachdenkliches zieht sich mit ein
 wissen, was leben heisst
 jetzt – hier
 Es wird nicht immer weitergehen.

Yves SOUTTER (1998: Stimmungsbild 6)

4.5.1 Drogenkonsumgewohnheiten im Jahr vor Eintritt

Unter den 16 Substanzkategorien, die im Rahmen der FOS-Befragung untersucht werden, greifen wir die 6 wichtigsten heraus. Gewichtet nach der Häufigkeit der Angabe von "(fast) täglichem Konsum" sind dies für die StA-Klientel sowie für die FOS-Poolklientel: 1. *Nikotin* (etwa 97% der Befragten berichten, täglich zu rauchen, und zwar typischerweise zwischen 1/2 bis 2 Päckchen Zigaretten), 2. *Heroin* (knapp 2/3 der Befragten geben hier (fast) täglichen Konsum an), 3. *Kokain* (etwa 1/3 der Befragten), 4. *Alkohol* (etwa 1/4 der Befragten), 5. *Cannabis (Marihuana und Haschisch)* (ebenfalls etwa 1/4) und 6. *Cocktails (Heroin + Kokain + ...)* (etwa 1/5 der Befragten konsumieren (fast) täglich Cocktails); vgl. Tabelle A4.5-1.¹⁴

Gegenüber dem FOS-Pool gibt die StA-Klientel ausser für Nikotin und Kokain tendenziell weniger häufig "(fast) täglichen Konsum" an. Am ausgeprägtesten ist der Unterschied bei Alkohol (StA: 18%; FOS: 29%). Im Fall von Nikotin sind die Verhältnisse genau gleich wie für die FOS-Poolklientel, und im Fall von Kokain findet sich eine 4% höhere Häufigkeit von "(fast) täglichem Konsum".

4.5.2 Konsum mehrerer Drogen am gleichen Tag im Jahr vor Eintritt

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (StA: 53%; FOS: 61%) geben an im letzten Jahr vor Eintritt in die Therapie "immer" oder "meistens" mehrere Drogen am gleichen Tag konsumiert zu haben (inkl. Alkohol aber exkl. Nikotin). Ein knapper Drittel (StA und FOS je 31%) nennt des Weiteren "gelegentlichen" oder "nur seltenen" Polykonsum; vgl. Tabelle A4.5-2.

Im Vergleich ist starke Polytoxikomanie in START AGAIN also etwas weniger häufig anzutreffen als in der FOS-Poolklientel.

¹⁴ Für mehr Details siehe Referenzen in Fussnoten 1 bis 3.

4.5.3 Einstiegsalter (erstmalig regelmässiger (fast) täglicher Drogenkonsum)

Für die vier Hauptdrogen Heroin, Kokain, Alkohol und Cannabis sind die Profile der "Einstiegs"-Alter (**Einstieg** oder **Suchtbeginn** im Sinne von "(fast) täglichem Konsum während mindestens vier Wochen") für die Klientel von *START AGAIN* und für die FOS-Poolklientel mit Ausnahme von Alkohol im Grossen und Ganzen sehr ähnlich; vgl. Tabelle A4.5-3.

Im Fall des Einstiegs in den Alkoholkonsum sind in *START AGAIN* die Altersklassen unter 18 Jahren weniger häufig vertreten als im FOS-Pool (StA: 42% vs. FOS: 55% der befragten Alkoholkonsument/inn/en), und entsprechend sind Einstiege von über 20-Jährigen häufiger (StA: 34% vs. FOS: 21%).

Vom durchschnittlichen Einstiegsalter her gilt für *START AGAIN* wie für den FOS-Pool, dass der früheste Einstieg in den regelmässigen Drogenkonsum mit Cannabis geschieht (etwa 80% der Konsument/inn/en sind da bei Einstieg unter 18 Jahre alt), ihm folgt vom Durchschnittsalter her der Alkohol (etwa die Hälfte der Einsteiger/innen ist unter 18 Jahre alt), dann folgt Heroin (etwa 70% der Einsteiger/innen sind mindestens 18 Jahre alt) und schliesslich Kokain (etwa 80% sind bei Einstieg in den regelmässigen Kokainkonsum mindestens 18 Jahre alt).

Daten zum Alter bei Erstkonsum¹⁵ zeigen zudem, dass bei Cannabis, Heroin und Kokain der **Erstkonsum** der Substanz typischerweise etwa ein bis zwei Jahre vor dem Einstieg in den regelmässigen Konsum geschieht, während dies bei Alkohol typischerweise etwa vier Jahre vorher geschieht. Was den Erstkonsum anbelangt, geht damit Alkohol Cannabis voraus und wird dann von Heroin und später Kokain gefolgt.

4.6 Somatische und psychische Gesundheit

4.6.1 HIV und Hepatitis C

Im Zusammenhang mit Fragen zum körperlichen Gesundheitszustand von Drogenkonsument/inn/en interessiert immer wieder die Verbreitung von Infektionen mit HIV und seit ein paar Jahren mit Hepatitis-Viren. (Im Rahmen der FOS-Befragungen werden Daten zu Hepatitis-erkrankungen seit 1996 erhoben). Im Falle von Hepatitis ist speziell die Situation bezüglich Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus zu untersuchen. Eine solche Infektion führt in über 80% der Fälle zu einer "chronischen" Hepatitis C, der in einigen Fällen eine Leberzirrhose folgt, die schliesslich zu einem Leberkrebs oder einem Leberversagen fortschreiten kann.¹⁶

Von der StA-Klientel haben sich 88% und von der FOS-Poolklientel 92% einem HIV-Test unterzogen. Im FOS-Pool geben 4% der Getesteten einen positiven Befund an und 0.3% möchten die Frage nicht thematisieren. In *START AGAIN* liegt der Anteil mit positivem HIV-Befund bei 9%, im FOS-Pool beträgt er 4%; vgl. Tabelle A4.6-1.

¹⁵ Siehe Referenzen in Fussnoten 1 bis 3.

¹⁶ Informationen zu dieser "stillen Epidemie" sind erhältlich via die Schweizerische Hepatitis-Informationstelle in Basel.

Was eine Erkrankung an Hepatitis anbelangt, so ist die Situation in *START AGAIN* und im FOS-Pool ähnlich: Gut ein Viertel der Befragten gibt an, je an Hepatitis Typus C erkrankt zu sein. Ähnlich häufig wird von einer Erkrankung an Hepatitis Typus B. Knapp zwei Fünftel geben an, dass bei ihnen eine Hepatitis Typus A diagnostiziert wurde. Sehr viel geringer (etwa 1%) sind schliesslich Infektionen mit Hepatitis des Typus D und E.¹⁷

4.6.2 Behandlung wegen psychischer Probleme

Werden die Klient/inn/en bei Eintritt in die Therapie nach vormaligen Behandlungen wegen psychischer Probleme befragt, und zwar Probleme, die "*nicht als direktes Resultat eines Suchtmittelgebrauchs*" anzusehen sind, dann berichten bei *START AGAIN* wie im FOS-Pool etwa ein Viertel der Befragten, dass dem so sei: Je 8% beider Klientele befanden sich wegen psychischer Probleme schon in stationärer Behandlung und 14% (StA) bzw. 19% (FOS) mussten sich bereits einmal in ambulante Behandlung begeben; vgl. Tabelle A4.6-2.

Vergleiche beider Geschlechter bezüglich körperlichen und psychischen Beschwerden (vor Eintritt in die Therapie) legen nahe, dass während sich bezüglich körperlicher Probleme statistisch kaum geschlechtsbezogene Unterschiede festmachen lassen, dies im Zusammenhang mit psychischen Problemen eindeutig anders ist. Frauen scheinen diesbezüglich generell belasteter zu sein, oder psychische Probleme sind für Frauen im Allgemeinen bewusstseinsfähiger als für Männer.¹⁸

4.6.3 Suizidversuche

Als wichtiger Indikator für die psychische Befindlichkeit von Drogenkonsument/inn/en wird im Rahmen der FOS-Befragungen die Frage nach Suizidversuchen vor bzw. nach "Suchtbeginn" gestellt. 10% der befragten StA-Klient/inn/en berichten, dass sie vor Suchtbeginn suizidal waren; 31% haben, nachdem sie mit regelmässigem Drogenkonsum begonnen haben, ein- oder mehrmals versucht, ihrem Leben ein Ende zu setzen. Die entsprechenden Anteile unter allen FOS-Poolklient/inn/en sind mit 13% bzw. 32% sehr ähnlich. Was Suizid in der Einrichtung anbelangt, verweisen wir auf die Diskussion in Unterabs. 9.1.2 zu den Austrittsmodalitäten.

4.7 Institutionserfahrungen und Justizkontakte

4.7.1 Frühere suchtrehabilitative Behandlungsbeginne und Behandlungsabschlüsse

Im suchtrehabilitatorischen Arbeitsfeld ist bekannt, dass *dem Eintritt in eine stationäre Therapieeinrichtung typischerweise eine grössere Anzahl von Behandlungserfahrungen vorausgeht*. In diesem Zusammenhang interessieren wir uns speziell für vorangegangene Eintritte in bzw. reguläre Abschlüsse von ambulanten und stationären Entzugsbehand-

¹⁷ Siehe DOBLER-MIKOLA, GRICHTING und REICHLIN (1997a,b) und GRICHTING, DOBLER-MIKOLA und REICHLIN (1998a,b).

¹⁸ GRICHTING, DOBLER-MIKOLA und REICHLIN (1998a: 60ff.).

lungen, Substitutionsbehandlungen sowie ambulanten und stationären suchttherapeutischen Behandlungen. Wir stützen die nachfolgende Diskussion auf FOS-Daten der Jahre 1996 und 1997, was für *START AGAIN* 52 Klient/inn/en und für den FOS-Pool 1'469 Klient/inn/en bedeutet.

Entzugsbehandlungen: Sowohl für *START AGAIN* wie für den FOS-Pool gelten die folgenden Zahlen: Ein guter Viertel der Befragten hat freiwillig mindestens eine ambulante und knappe zwei Drittel haben freiwillig mindestens eine stationäre Entzugsbehandlung angefangen. Zwei Fünftel der Befragten haben unfreiwillig mindestens eine stationäre Entzugsbehandlung begonnen); vgl. Tabelle A47-1.

Während die Verhältnisse bezüglich Eintritten in Entzugsbehandlungen für *START AGAIN* und den FOS-Pool praktisch gleich sind, liegen sie bezüglich regulären Abschlüssen solcher Behandlungen etwas anders. *Im Vergleich zum FOS-Pool gibt ein jeweils tendenziell grösserer Anteil an StA-Klient/inn/en an, mindestens eine freiwillige ambulante oder freiwillige stationäre resp. eine unfreiwillige stationäre Entzugsbehandlung regulär abgeschlossen zu haben.* Die entsprechenden Prozentsätze sind: 19% (StA) vs. 15% (FOS), 62% (StA) vs. 53% (FOS), resp. 21% (StA) vs. 16% (FOS); vgl. Tabelle A47-2.

Hierzu bemerken wir, dass gemäss den Aufnahmebedingungen von *START AGAIN*, der Eintritt in diese Einrichtung "direkt aus einer Entzugsstation oder dem Strafvollzug (mit zweiwöchiger UP-Kontrolle) erfolgen muss." D.h., *alle StA-Klient/inn/en haben mindestens eine abgeschlossene freiwillige oder unfreiwillige Entzugsbehandlung hinter sich.*

Als kontrastiver Einschub mag das folgende "Stimmungsbild" eine "Innenansicht" dessen vermitteln, was sich hinter der nüchternen statistischen Variable Entzugsbehandlung verbirgt:

Kleiner Kotzbrocken
Körper spinnt
übersensibilisierte Sinne
Funktionskollaps
Gliederschmerzen
Frieren, Zittern
Fratze Zeit
fließt nicht mehr
endlose Warterei
Was für ein Ei?
Nachtwälzen, Wachkrämpfe
uferloses Dahinvegetieren
Gib dich anhin
du wirst wieder schwimmen lernen
Nein, nicht in der Badewanne
kommt ein Ufer in Sicht
Nichts jetzt, noch nicht
Nicht jetzt dauert lange – und tief.

Yves SOUTTER (1998: Stimmungsbild 8)

Bezüglich **Substitutionsbehandlungen** halten wir fest, dass während 62% der StA-Klientel und 54% des FOS-Pools eine solche Behandlung begonnen haben, in beiden Fällen je etwa 30% eine solche regulär abgeschlossen haben.

Und während in *START AGAIN* und im FOS-Pool je ein Drittel der Klient/inn/en eine **ambulante Suchttherapie** angefangen hat, so geben 12% (StA) bzw. 17% (FOS) an, bereits mindestens eine solche Behandlung regulär abgeschlossen zu haben.

In Bezug auf Erfahrungen mit stationärer Suchttherapie ist schliesslich ein recht markanter Unterschied zwischen START AGAIN und dem FOS-Pool auszumachen: Zunächst geben 40% der StA-Klientel verglichen mit 33% der FOS-Poolklientel an, vor dem gegenwärtigen Eintritt schon mindestens einen Eintritt in eine stationäre Suchttherapie vorgenommen zu haben. Des Weiteren berichten in START AGAIN mit 31% gut doppelt so viele Klient/inn/en wie in der FOS-Poolklientel, wo es 13% sind, dass sie vorgängig mindestens eine stationäre Suchttherapie regulär abgeschlossen haben.

Detailliertere Angaben zu Behandlungseintritten und -abschlüssen finden sich in den Tabellen A4.7-1 und A4.7-2 im Anhang A4.

4.7.2 Gerichtliche Verurteilungen vor und nach Suchtbeginn

In Bezug auf gerichtliche Verurteilungen vor Suchtbeginn (Suchtbeginn i.S. von Unterabs. 4.5.3) unterscheiden sich die StA-Klientel und FOS-Poolklientel nicht; s. Tabelle A4.7-3. Je ein Drittel der Klientel gibt mindestens eine gerichtliche Verurteilung vor Suchtbeginn an, die anderen zwei Drittel wurden vor Suchtbeginn nie verurteilt. Als häufigste Verurteilungsgründe gelten (geordnet nach abnehmender Häufigkeit): Diebstahl/Unterschlagung, Verkehrsdelikte, Einbruch/Sachbeschädigung, Entwendung von Töffli/Auto, Drogenkonsum/-besitz und Drogenhandel/-einfuhr.¹⁹

*Was die Verurteilungshäufigkeit nach Suchtbeginn anbelangt, so liegt diese unter der StA-Klientel 9% höher als im FOS-Pool (StA: 81%, FOS: 72%). Dieser Umstand ist verträglich mit dem wesentlich grösseren Massnahmeklient/inn/en-Anteil in *START AGAIN* als im FOS-Pool. Die häufigsten Verurteilungsgründe sind die gleichen wie vor Suchtbeginn mit dem Unterschied jedoch, dass Drogenkonsum/-besitz und Drogenhandel/-einfuhr jetzt die zwei am häufigsten genannten Delikte sind.*

4.7.3 Hängiges gerichtliches Verfahren bei Eintritt

In Übereinstimmung mit dem Befund im vorangehenden Unterabs. 4.7.2, bejahen in *START AGAIN* mit 45% der Klientel klar mehr Personen, in ein hängiges Justizverfahren involviert zu sein, als im FOS-Pool, wo dies 32% bejahen; vgl. Tabelle A4.7-4.

¹⁹ Vgl. DOBLER-MIKOLA, GRICHTING und REICHLIN (1997a,b); GRICHTING, DOBLER-MIKOLA und REICHLIN (1998a,b).

4.7.4 Anzahl Aufenthalte in U-Haft und Gefängnis vor und nach Suchtbeginn

Eine letzte Statistik, die wir zur Unterscheidung des durchschnittlichen Legalstatus der StA-Klientel im Vergleich zur FOS-Poolklientel diskutieren wollen, betrifft die Anzahl U-Haft- und Gefängnisaufenthalte vor und nach Suchtbeginn, und zwar gestützt auf Daten der Jahre 1996 und 1997; vgl. Tabelle A4.7-5.

Während vor Suchtbeginn bezüglich U-Haft wiederum kein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen der StA-Klientel und der FOS-Poolklientel auszumachen ist (StA: 12%; FOS: 15%), so unterscheiden sie sich diesbezüglich nach Suchtbeginn klar. Geben im FOS-Pool 39% der Klient/inn/en keinen U-Haft-Aufenthalt nach Suchtbeginn an, so sind es lediglich deren 23% in START AGAIN.

Was Gefängnisaufenthalte sowohl vor wie nach Suchtbeginn betrifft, so gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen START AGAIN und dem FOS-Pool. Vor Suchtbeginn haben sich 2% (StA) bzw. 6% (FOS) und nach Suchtbeginn 33% (StA) bzw. 30% (FOS) mindestens einmal im Gefängnis aufgehalten.

Wie Legalstatus und Eintrittsmodalität zusammenhängen, haben wir bereits in Unterabs. 4.2.1 diskutiert.

4.8 Therapiemotivation

für Hi

Still und klein sitzt du da
so tief und fest in dir
aus deinen Augen schaust du
von ferne aus unberührten Tiefen
so stumm und rastlos starr
dass sich's in mir windet
Du da war und bin ich auch!
Und so traurig tonlos schreit's in mir
dass so was wie du
so was wollen tun muss
seine Urstimmen nicht mehr hört
vom Neuen, vom Enden im Absurden
völlig aufgesogen: Horch auf deine leisen Stimmen –
Auch du hast noch den Funken in dir!

Yves SOUTTER (1998: Stimmungsbild 22)

4.8.1 Mögliche Motivationsgründe für den Ausstieg aus dem Drogenkonsum

Generell

Gestützt auf die abgestufte Bewertung (von "weiss nicht" bzw. "stimmt sicher nicht" über "stimmt eher nicht" und "stimmt etwas" zu "stimmt") von 23 vorgegebenen "möglichen Gründen, die dafür sprechen können, mit dem illegalen Gift aufzuhören",²⁰ finden wir empirisch folgendes Motivationsprofil; für Einzelheiten s. die detaillierten Angaben in Tabelle A4.8-1.

Sowohl in *START AGAIN* wie im FOS sind es die drei gleichen Ausstiegsgründe, die am häufigsten als *ausdrücklich zutreffend* ("stimmt") bezeichnet werden:

"sehne mich nach einem sinnvollen Leben" (StA: 88%; FOS: 87%),

"will bewusst leben" (StA: 83%; FOS: 82%), und

"Drogen lösen keine Probleme" (StA: 76%; FOS: 77%).

Lediglich 2% bis 5% der Antwortenden bewerten diese drei Gründe als nicht zutreffend (i.S. von "stimmt sicher nicht" oder "stimmt eher nicht").

Weitere Gründe, die von etwa einem Drittel bis zur Hälfte mit "stimmt" und je von etwa einem Viertel mit "stimmt etwas" bewertet werden und in diesem Sinne als *zutreffend* erachtet werden können, sind geordnet nach abnehmender Häufigkeit:

"Abscheu vor meiner Abhängigkeit", "Ablehnung des Szenenmilieus", "bin am Nullpunkt meines Lebens angelangt", "brauche Opiat/Drogen nicht mehr", "Angst vor körperlichen Schäden" und "Angst vor psychischen Schäden".

Ein möglicher Ausstiegsgrund, wo sich Zustimmung und Verneinung ziemlich genau die Waage halten, ist:

"Angst vor Schwierigkeiten in Beruf oder Schule".

Am anderen Ende des Spektrums werden wiederum in *START AGAIN* und im FOS-Pool folgende drei Ausstiegsgründe am häufigsten als *ausdrücklich unzutreffend* ("stimmt sicher nicht") genannt:

"habe eine religiöse Erfahrung gemacht" (StA: 75%; FOS: 72%),

"Auseinandersetzung mit HIV-Problematik" (StA: 69%; FOS: 68%), und

"auf Drängen des Partners/der Partnerin" (StA: 66%; FOS: 67%).

Diese drei Gründe werden zudem lediglich von je weniger als zwei Fünfteln der Klient/inn/en als zutreffend ("stimmt etwas" oder "stimmt") bezeichnet.

Neun weitere Ausstiegsgründe, die von etwa zwei Dritteln bis drei Vierteln der Antwortenden als *nicht zutreffend* ("stimmt eher nicht" oder "stimmt sicher nicht") bewertet werden, sind schliesslich:

"habe einen unfreiwilligen Entzug gemacht und möchte jetzt einen Rückfall vermeiden", "dem Partner/der Partnerin zuliebe", "therapeutische Massnahme statt Strafe", "Schokkerlebnis nach Überdosis von Freund/inn/en", "auf Drängen der Eltern", "Angst vor Gerichtsverfahren/Polizei", "den Eltern zuliebe", "kein Geld, kein Stoff" und "kenne Kolleg/inn/en, die vom Gift weggekommen sind".

Zusammenfassung: *Was hier auffällt, ist, dass in Hinsicht auf Drogenausstiegs- bzw. Therapiemotivation qualitative Dimensionen, die die Integrität der eigenen Person oder*

²⁰ Vgl. FOS-Fragebogen (1995 bis 1997).

unmittelbar die eigene Lebenspraxis betreffen (wie: Wunsch nach sinnerfülltem und bewusstem Leben, Drogen lösen keine Probleme, Abscheu vor der eigenen Abhängigkeit sowie Sorge um die eigene körperliche und psychische Gesundheit), weitaus wichtiger (i.S. von häufiger) zu sein scheinen als die Angst vor polizeilicher oder justizieller Repression, vor problematischen schulischen oder beruflichen Konsequenzen oder die ganze Klasse von möglichen Ausstiegsgründen, die diffuse Sozialbeziehungen involvieren (wie: auf Drängen der Eltern, der Partnerin/des Partners oder den Eltern, der Partnerin/dem Partner zuliebe).

Die *START AGAIN*-Klientel im Vergleich zur FOS-Poolklientel

Im Grossen und Ganzen gibt es wenig Unterschiede zwischen der Bewertung der verschiedenen Ausstiegsgründe durch die StA-Klientel und jener durch die FOS-Poolklientel, die zwei markantesten sind:

(1) Den zwei Ausstiegsgründen "Angst um körperliche Schäden" und "Angst um psychische Schäden" wird in *START AGAIN* häufiger zugestimmt als im FOS-Pool (StA: 51% bzw. 43%; FOS: 39% bzw. 34%).

(2) Verträglich mit dem hohen Anteil an Massnahmeklient/inn/en in *START AGAIN* (etwa 2/3 der Klientel) bewerten da 41% i.S. von "stimmt" oder "stimmt etwas", dass sie in die stationäre Therapie eingetreten sind "zur Vermeidung eines Rückfalls nach unfreiwilligem Entzug." 59% geben an, dass dem nicht so ist (d.h. antworten mit "stimmt sicher nicht" oder "stimmt eher nicht"). Das entsprechende Verhältnis im FOS-Pool ist 27% zu 71%; s. auch die Bemerkungen in Unterabs. 4.7.1.

Vor dem gleichen Hintergrund geben 42% der StA-Klientel an, dass ein möglicher Grund des Drogenausstiegs bzw. Therapieertritts (i.S. von "stimmt" oder "stimmt etwas") die Bevorzugung einer therapeutischen Massnahme gegenüber einer Strafabsolvierung etwa im Gefängnis ist. 52% bewerten dies als nicht zutreffend (i.S. von "stimmt sicher nicht" oder "stimmt eher nicht") und 6% haben dazu keine Meinung. Die entsprechenden FOS-Antwortshäufigkeiten liegen bei 34%, 64% bzw. 2%.

Als Hypothese formuliert sich aus diesen Zahlen Folgendes: *In START AGAIN geht mit dem höheren Massnahmeklient/inn/en-Anteil gegenüber dem FOS-Pool naturwüchsigerweise zu Beginn der Behandlung eine höhere Tendenz zur Instrumentalisierung der Therapie einher.* Dieser Tendenz adäquat zu begegnen, ist sicherlich eine besonders wichtige Aufgabe für das therapeutische Personal in *START AGAIN*. Vgl. dazu auch die Bemerkungen in Unterabs. 9.1.4.2 zur Verteilung der Abbruchhäufigkeiten unter freiwillig und unfreiwillig in die Behandlung eingetretenen Klient/inn/en.

Aus der Sicht des Praktikers

Zum Schluss wollen wir die obigen statistischen Einsichten hinsichtlich Therapiemotivation mit ein paar Bemerkungen aus der Sicht eines Suchttherapiepraktikers ergänzen. SCHOLZ, der Gesamtleiter von *START AGAIN*, meinte Ende 1996 zum Thema Entzugs- bzw. Therapiemotivation Folgendes:²¹

"Motivation zum Entzug bzw. zu einer Therapie ist unserer Meinung nach keine feste Grösse, die entweder vorhanden ist oder nicht. Es handelt sich dabei eher um ein Handlungspotential, das mal manifester, mal latenter am wirken ist: So ist z.B. das tägliche Reden übers Aufhören – durchaus auch im Sinne eines (frommen) Wunsches – auch eine

²¹ Aus der Stellungnahme von *START AGAIN* im Oktober 1996 zu stadtzürcherischen Vernehmlassungspostulaten zur niedrigschwelligem Drogenarbeit in Zürich.

Form der Motivation – wenn auch zugegebenermassen – wohl noch eine recht bescheidene hinsichtlich der tatsächlichen Umsetzung eines Ausstieges. [...]

Motivation zum Entzug bzw. zu einer Therapie ist ein komplexer und kontinuierlicher Prozess, der während 'einer Suchtkarriere' in bestimmten lebensgeschichtlichen aktuellen Momenten entlang der biographischen Verstrickung in Kombination mit variierenden Konstellationen konkreter Umweltbedingungen begünstigt, gefördert oder destabilisiert werden kann. [...]

Es gibt unserer Meinung nach verschiedenste Qualitäten von Öffnungen, die eigentlich nur fallspezifisch verstanden und fallspezifisch genutzt werden können.

Motivation für Entzug und Therapie lässt sich somit nicht 'pauschal' für 'den Süchtigen' formulieren. Eigentlich immer handelt es sich hierbei um eine Kombination von verschiedenen sozialen/interaktorischen, medizinischen/psychiatrischen und persönlich Faktoren."

5 Konzept- und Betriebsgeschichte von *START AGAIN* zwischen April 1992 und September 1998. Ein Überblick

5.1 Zur therapeutischen Grundkonzeption von *START AGAIN*. Eine erste Orientierung

Zwei für die Grundkonzeption von *START AGAIN* wesentliche Perspektiven und Erfahrungsbereiche bezüglich Drogenabhängigkeit und Suchtarbeit wurden zu Beginn von *START AGAIN* durch die zwei Gründungsmitglieder und wesentlichen Konzeptgestalter, Dr. Gerhard SCHOLZ und Sergio MANTOVANI, verkörpert. SCHOLZ repräsentierte *einen sozialwissenschaftlichen oder klinisch soziologischen Hintergrund* in der Ausprägung der "Frankfurter Schule der objektiven Hermeneutik" um Ulrich OEVERMANN; s. dazu die Ausführungen in den Abschnitten 2.2 und 3.1. SCHOLZ war zur Gründungszeit von *START AGAIN* Drogenforschungsmitarbeiter beim Sozialamt der Stadt Zürich. MANTOVANI repräsentierte als Mitarbeiter der Notschlafstelle der Zürcher Arbeitsgemeinschaft für Jugendprobleme (ZAGJP) alltagspraktische Erfahrungen im niedrighschwelligem, der *harm reduction* verpflichteten Arbeit mit Drogenabhängigen. Beiden gemeinsam war, neben der Vertrautheit mit der Drogenszene und dem drogenpolitischen Kontext der Stadt Zürich, eine je langjährige Erfahrung mit der *Vipassana*-Meditationspraxis, so wie diese heute vom Principal Dhamma Teacher S.N. GOENKA, einem gebürtigen Burmesen indischer Abstammung, gelehrt wird, einem Praxissystem, bezüglich dessen der Anspruch erhoben wird, dass es die originale Meditationsform des historischen BUDDHA darstellt.

Wesentliche Vorlage zur therapeutischen Grundkonzeption von *START AGAIN* bot das Modell des "nicht-regierungseigenen Rehabilitationszentrums mit häuslichem Charakter (*domestic style*)" *CYRENIAN HOUSE* in Perth (West-Australien). Diese Suchttherapieeinrichtung wurde von SCHOLZ im Rahmen seiner Dissertation¹ besucht und analysiert. Etwas später verbrachte auch MANTOVANI einen mehrwöchigen Erfahrungsaufenthalt in dieser Einrichtung.

¹ G. SCHOLZ, *Vipassana Meditation und Drogensucht: Eine Studie über den Ausstieg aus der Herrschaft der Attraktion Droge* (Universität Zürich, 1992).

Die **Grundpfeiler der therapeutischen Konzeption von *START AGAIN***, die anfänglich auf *CYRENIAN HOUSE* und die dortigen Erfahrungen aufbauten, dann allmählich den spezifischen suchtrehabilitativen Rahmenbedingungen in der Schweiz und da besonders im Grossraum Zürich angepasst wurden und in ihrem Kerngehalt bis heute die zentralen Leitlinien fürs suchtttherapeutische Handeln in *START AGAIN* bilden, sind die folgenden:

5.1.1 Abstinenzorientierung

Das heutige *Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige START AGAIN* (Name seit 1996) arbeitet wie die anfängliche *Drogentherapiestation START AGAIN* (so der Name zwischen 1992 und 1995) und das *CYRENIAN HOUSE* auf der Basis eines "sicheren" drogenfreien² Milieus, das den Süchtigen als Fundament dienen soll, um die Natur ihrer Sucht und ihren Umgang damit zu erschliessen und sie bei den ersten wichtigen und gleichermassen schwierigen Schritten hin zur Genesung von Drogen zu unterstützen. Dabei spielt der Gedanke von *Abstinenz als Krise*, wobei Krise als Abwesenheit von Routine und damit *Möglichkeit zu Wandel* verstanden wird (s. Unterabs. 2.2.4), eine wichtige Rolle. Mit anderen Worten: *Die Abstinenzorientierung ist in START AGAIN therapeutisch und nicht ideologisch begründet*. Der Status des drogenfreien Milieus wird durch mehrmals wöchentlich beaufsichtigt durchgeführte Urintests gewährleistet.

In diesem allgemeinen Rahmen der Abstinenzorientierung gliederte sich das **Therapieprogramm von *START AGAIN*** anfänglich in ein 2- bis 3-monatiges stationäres Intensivprogramm, dem eine 3- bis 6-monatige therapeutische Übergangswohngemeinschaft folgte. Innerhalb etwa des ersten Betriebsjahres entwickelte sich jedoch schrittweise eine *dreiphasige Programmstruktur mit 3 Monaten stationärem Intensivprogramm, 3 Monaten stationärer Wohngemeinschaft mit Tagesstruktur und 6 Monaten stationärer Aussenwohngemeinschaft, der sich fakultativ eine ambulante Nachsorge anschliesst*. Während dem gesamten Untersuchungszeitraum der vorliegenden Fallstudie ist *START AGAIN* durch diese dreiphasige Programmstruktur mit anschliessender fakultativer Nachsorge charakterisiert.

Seit September 1998 gestaltet sich das Therapieprogramm von *START AGAIN* als ca. 12-monatiger Aufenthalt mit nahtlosen und vom individuellen Genesungszustand abhängigen Übergängen zwischen einer Eintrittswohngemeinschaft, einer Orientierungsphase, einer Vertiefungsphase, einem Abschnitt der sozialen und beruflichen (Wieder-)Eingliederung und einer Aussenwohngruppe. Eine ambulante Nachsorge wird seit Februar 1998 extern durch zwei ehemalige Mitarbeiter von *START AGAIN* angeboten.

Die inhaltliche Ausgestaltung des Therapieprogramms war seit Beginn und ist weiterhin geprägt durch die folgenden, sich gegenseitig unterstützenden Elemente:

5.1.2 *Ex-Addict-Counseling* und professionelle therapeutische Begleitung

In wöchentlich stattfindenden individuellen Beratungs-, Aufklärungs- und Betreuungssitzungen sowie in je nach Phase ein- bis fünfmal wöchentlich stattfindenden Gruppentherapiesitzungen wird beabsichtigt, über die Entstehung der Drogensucht und den daraus entwickelten Lebensstil aufzuklären sowie die Entwicklung von grundlegenden lebenspraktischen Fertigkeiten wie Kommunikationsbereitschaft, Beziehungsfähigkeit,

² was "weiche" Drogen und Alkohol ebenfalls ausschliesst

Entscheidungskompetenz, Konflikt- und Abgrenzungsfähigkeit, Frustrationstoleranz, Verantwortungsgefühl etc. zu ermöglichen.

In *CYRENIAN HOUSE* wurde die *face-to-face* Interaktionsarbeit ausschliesslich durch Ex-Drogenabhängige (*ex-addicts/users*) geleistet und professionellen Therapeuten bzw. Mitarbeitern kam die Aufgabe zu, die Rahmenbedingungen für die *face-to-face* Behandlungsarbeit zu sichern. Dabei wurde davon ausgegangen, dass Ex-Users der Tendenz Drogensüchtiger, ihre *Sucht in die Therapie hineinzuverlängern, indem sie rollenförmerige therapeutische Arbeitsverhältnisse in Abhängigkeitsverhältnisse umdeuten*, besser entgegenwirken können. Auf Grund ihrer Nähe zum Problem der Sucht können Ex-Users, indem sie einerseits Sucht als solches erst einmal annehmen, andererseits aber Legitimations- und Rationalisierungstendenzen sowie permanente Manipulationsunterfangen Süchtiger spiegeln, bei Abhängigen die verbliebenen Resten an Autonomie herauskitzeln und somit die notwendige Widerstandsbearbeitung anregen.³

Im Unterschied zu *CYRENIAN HOUSE* war in der anfänglichen Konzeption von *START AGAIN* das Zusammenwirken von Ex-Usern und von professionellem Personal grundsätzlich *interdisziplinär* angelegt. Die Möglichkeit, dass auf lange Sicht die Therapie- und Beratungsarbeit in allen Bereichen von rehabilitierten Drogenabhängigen durchgeführt werden könnte, wurde anfänglich explizit mitgedacht. Das Verhältnis zwischen professionellem Personal und Ex-Usern wurde in *START AGAIN* dann kontinuierlich weiterentwickelt und angepasst. Als allgemeine Entwicklungslinie stellte sich dabei einerseits eine Professionalisierungsbewegung des therapeutischen Handelns ein, andererseits wurden klar gerahmte Arbeitsfelder für Ex-Users etabliert (Betreuung interner Suchtgruppen und Nachtwache).

5.1.3 Orientierung an den Leitlinien der *Anonymen Narkotiker* (NA: *Narcotics Anonymous*)

Sowohl im therapeutischen Prozess als auch durch die Teilnahme an regionalen Meetings (anfänglich fünfmal wöchentlich, später weniger) und an internationalen Zusammenkünften (*conventions*) der NA wird das übliche psychosoziale Verständnis von Gesundheit und Sucht um eine spirituelle Dimension erweitert.

Dabei ist auf der Ebene sozialer Interaktionen im Rahmen von NA-Anlässen zentral, dass von Süchtigen komplexe drogensucht-kontraproduktive Handlungsvorgänge imitations- und modelllernmässig übernommen werden können durch Beobachten des Verhaltens rehabilitierter Ex-Users, eines Verhaltens, das auf Grund ähnlicher Erfahrungen mit dem Genussmittel und der entsprechenden Subkultur von grosser Bedeutung und Impulskraft für die Betroffenen ist.

Bezüglich der spirituellen Erweiterungsdimension von NA gilt, wie zuerst BATESON⁴ in seiner Analyse des dem NA-System zu Grunde liegenden Zwölf-Schritte-Behandlungssystems der *Anonymen Alkoholiker* (AA) herausgearbeitet hat, dass über die Einsicht und Akzeptanz, *nicht mit der eigenen Willenskraft gegen die Macht der Sucht ankämpfen zu können* ("Kapitulation"), die Strukturierung des kartesischen Dualismus, bewusster Wille oder "Selbst" (Geist) und der Rest der Persönlichkeit (Materie) aufgebrochen wird. Der persönliche egozentrierte Wille wird zu Gunsten einer *Relation*

³ Vgl. SCHOLZ (1992: 102).

⁴ G. BATESON, *Ökologie des Geistes*, darin: Die Kybernetik des "Selbst": Eine Theorie des Alkoholismus, p.400-435, (Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1985).

zu einem umgebenden, grösseren System aufgegeben, und zwar einer Relation, die, je nach Standpunkt der einzelnen Personen, verschieden erscheint.

Diese Öffnung einer spirituellen Sichtweise – wenn auch meist nur auf einer bewusst-intellektuellen Ebene der Einsicht oder auf der Ebene einer bewussten Ethisierung des Handelns – liefert die Basis für den für *START AGAIN* letztendlich entscheidenden Teil der Suchtaufarbeitung: das Praxissystem von *ānāpāna-sati* und *vipassanā*, kurz mit *Vipassana* bezeichnet.⁵

5.1.4 Achtsamkeitsschulung durch Beobachten des Atems (*ānāpāna-sati*-Übung) und *vipassanā*-Meditation

Erfahrungen in *CYRENIAN HOUSE* haben gezeigt, dass das Einschleiben eines Zwischenschritts zwischen das Programm der NA und die eigentliche *vipassanā*-Meditationspraxis notwendig ist, will man der Gefahr einer missbräuchlichen Funktionalisierung 10-tägiger *Vipassana*-Kurse vorgriffen, einer Funktionalisierung, die dadurch entsteht, dass an problematischen Hürdenstellen im Genesungsprozess nach dem alten suchttypischen Muster der instantanen Lösung (*instant solution*) versucht wird, mit Hilfe eines *Vipassana*-Kurses, das Problem sofort aus der Welt zu schaffen. Als Zwischenschritt wird dabei auf die Vorstufe zur eigentlichen *vipassanā*-Meditation zurückgegriffen, die *ānāpāna-sati*-Übung. Diese Übung stellt eine Achtsamkeitsschulung durch ununterbrochenes Beobachten des ein- und ausströmenden Atems dar. Anfänglich wurde sie täglich während ca. 20 Minuten praktiziert, heute wird sie täglich am Morgen und am Abend während 15 bis 30 Minuten praktiziert. Sozusagen als Nebenprodukt dieser Übung soll sich das eigene Denken beruhigen und ein mentales Gleichgewicht einstellen, soll die Willenskraft gestärkt werden und soll der/die Drogensüchtige ein tendenziell ablenkungsfreies Beobachten des Flusses der eigenen inneren Erfahrungen lernen.

In späteren Phasen der Therapie bzw. anschliessend an die Therapie können die Klient/inn/en von *START AGAIN*, auf völlig freiwilliger Basis, an einem 10-tägigen *Vipassana*-Kurs teilnehmen. Solche Kurse werden regelmässig in der Schweiz, im nahen Ausland und gar weltweit organisiert. Eine ausführliche Erläuterung des Verständnisses von Drogensucht aus *Vipassana*-Sicht und der Bedeutung dieses Verständnisses für *START AGAIN* geben wir in Abschnitt 7.3.

5.1.5 Förderung körperlichen Wohlbefindens, Freizeit und Besuche

Ähnlich wie in *CYRENIAN HOUSE* dienen während dem Intensivprogramm pro Woche ein- bis zweimal zwei Stunden Sport und einmal zwei Stunden Yoga der Förderung körperlichen Wohlbefindens. Seit September 1995 findet für alle Phasen einmal jährlich ein ein- bis dreitägiger Intensivkurs in Iyenga-Yoga statt, der vom international bekannten indischen Yogalehrer Rev. Fr. Joe PEREIRA geleitet wird. Während dem Jahr werden die Klient/inn/en mittlerweile von zwei Teamern von *START AGAIN* in die körperlichen Übungen des Iyenga-Yoga eingeführt.

Während der Zeit im Intensivprogramm wurde bzw. in der Eintrittswohngemeinschaft wird eine regelmässige, ausgewogene und vegetarische Ernährung angestrebt.

⁵ *ānāpāna-sati* und *vipassanā* sind zwei Ausdrücke der altindiarischen Sprache *Pāli*, wobei "ā" als langes "a" gesprochen wird und in *vipassanā* die Betonung auf dem ersten "a" liegt.

Als Regel gilt während den ersten zwei Wochen eine strikte Kontaktsperre, d.h. keine Briefe, keine Telefonate, kein Ausgang und keine Besuche. Danach gibt es regelmässig zunächst begleiteten dann selbstständigen Ausgang und die Möglichkeit, Briefe, Telefonate und Besuche zu empfangen.

Um den Einstieg in die Suchttherapie zu unterstützen, wurde im Intensivprogramm bzw. wird in der Eintrittswohngemeinschaft weder Radio noch Fernsehen erlaubt. Zudem gilt in *START AGAIN* gewissermassen als allgemeines Prinzip für die Freizeitrahmung: *So wenig wie möglich intern anbieten*, um der allgemeinen Konsumorientierung der Klientel entgegenzutreten und um Auseinandersetzung mit Langeweile zu provozieren, einer problematischen Komponente im Leben vieler süchtiger Menschen.

Bevor wir uns drei weiteren Dimensionen der therapeutischen Grundkonzeption von *START AGAIN* zuwenden, und zwar Dimensionen, die über die Anlehnung an *CYRENIAN HOUSE* hinausgehen, noch eine Bemerkung zum **Einrichtungslogo** von *START AGAIN*. Die sinnreiche, dreiphasige Figurengraphik "aus der Fixierung übers Aufrichten zum Sprung (in ein freies Leben)" erinnert gewissermassen an die Geburtshelferfunktion von *CYRENIAN HOUSE* bei der Konzeption von *START AGAIN*, denn das Logo durfte von *START AGAIN* mit Erlaubnis von *CYRENIAN HOUSE* übernommen werden.

Nun zu den erwähnten zusätzlichen Dimensionen der Konzeption von *START AGAIN*:

5.1.6 Therapie als Alltag und Alltag als Therapie

Im Unterschied zu *CYRENIAN HOUSE*, das auf einem Kontinuum von therapeutischen Konzeptverständnissen zwischen *Therapie als Alltag* und *Alltag als Therapie*⁶ klar am ersten Pol anzusiedeln ist, ist die Grundkonzeption von *START AGAIN* zwischen diesen beiden Polen intendiert. Was heisst das?

Der Strukturtyp von Einrichtungen, die unter **Therapie als Alltag** beschrieben werden, ist dadurch charakterisiert, dass der Tagesablauf durch eine stundenplanmässig geordnete Abfolge therapeutischer Veranstaltungen organisiert ist. Der zeitliche Rahmen des Therapiebetriebs richtet sich nach dem Arbeitstag der Experten, des professionellen Personals, die nach anerkannten Regeln Therapie produzieren. Der Interaktionstyp zwischen Betreuungsteam und Klientel ist rollenförmig organisiert, wie es für *spezifische Sozialbeziehungen*, wo ausschliesslich Rollenspezifisches thematisch ist und der Einschluss weiterer Themen begründet werden muss,⁷ charakteristisch ist.

Eine Einrichtungen, die unter das Konzept **Alltag als Therapie** fällt, begreift den Einrichtungsalltag, der beispielsweise alle praktischen Aufgabenfelder einer Haushaltsführung, handwerkliche Arbeiten in und ums Haus, das Treffen von Besuchern und Ausgang etc. einschliesst, als therapeutisch wirksam. In solch einem 24-Stunden-Betrieb spielen klar strukturierte Veranstaltungen, insbesondere etwa eine Trennung in Therapie- und Freizeit, weder in der Konzeption noch in der Praxis eine wesentliche Rolle. Die Einrichtung stellt eine Art Familie dar und entsprechend ist der Interaktionstyp zwischen Betreuungsteam und Klientel ein quasi familienspezifischer. Sie begegnen sich als "ganze Menschen", wie es typisch ist für *diffuse Sozialbeziehungen*, wo grundsätzlich alles thematisch ist und der Ausschluss von Themen begründet werden muss, wo die Beziehungen prinzipiell und dem Anspruch nach auf Dauer gestellt sind.

⁶ Eine ausführliche Darstellung dieser analytischen Kategorie findet sich in B. HILDENBRAND, *Alltag als Therapie: Ablöseprozess Schizophrener in der psychiatrischen Übergangseinrichtung* (Hans Huber, Bern, 1991).

⁷ Vgl. Unterabs. 3.1.2.

In einer Einrichtung wie *START AGAIN*, die sich *zwischen* diesen beiden Polen stehend konzeptionalisiert, ist *das alltägliche Zusammenleben das Feld, in dem sich problematische Lebensorganisations- und Interaktionsmuster reproduzieren sollen, um dann therapeutisch in klar gerahmten "Gefässen" angegangen zu werden*. Das Betreuungspersonal tritt hier einmal in Form von Quasi-Familienangehörigen auf, um dann von Fall zu Fall diesen Typ von Sozialbeziehung zu verlassen und die Betreuer- oder Therapeutenrolle einzunehmen. Für die Klientel stellt dies eine nicht geringe Anforderung dar, zwischen diffusen und spezifischen Sozialbeziehungen zu unterscheiden bzw. unterscheiden zu lernen, ein Prozess, der durch explizites Rahmen von Interaktionssituationen (typisch für *Therapie als Alltag*) erleichtert wird. Für das Betreuungspersonal schliesslich stellt eine solche Alltagsorganisation eine ebenso anspruchsvolle Anforderung dar, speziell nämlich ans individuelle Begegnungsvermögen der Betreuer/innen.

5.1.7 Fallspezifisch und Rekonstruktionslogik

Das rekonstruktive Erschliessen der Fallstruktur(gesetzlichkeit), der "inneren Architektur" einer jeden individuellen Biographie und aktuellen Lebenspraxis bildet therapeutisch gewissermassen die allgemeinste und umfassendste Perspektive von *START AGAIN*. Die Fallrekonstruktion bildet sozusagen die grosse Klammer um den Einsatz aller oben genannten Grundelemente, da sie jenes Instrument bereitstellt, *mit dem die auch in der Beschädigung einer individuellen Lebenspraxis vorhandenen Autonomiepotentiale schrittweise, methodisch kontrolliert herausgearbeitet werden können, um dann in fallspezifisch adäquater Weise therapeutisch zu intervenieren*, d.h. die verschiedenen Grundelemente in fallspezifisch adäquater Ausgestaltung zum Einsatz zu bringen. Die für die fallrekonstruktive Perspektive zentralen Begrifflichkeiten und die analytische Realisierung dieser Perspektive haben wir in den Abschnitten 2.2, 3.2 und 3.3 ausführlich erörtert.

5.1.8 Systemische Paar- und Familientherapie

Gemäss systemischem Suchttherapieverständnis ist eine aktuelle beschädigte Autonomie stets im Kontext einer individuellen Biographie und Familiengeschichte zu verstehen und entsprechend steht es allen Klient/inn/en von *START AGAIN* offen, mit ihrem/ihrer Partner/inne/n oder ihren Familienangehörigen in einen systemischen paar- bzw. familientherapeutischen Prozess einzusteigen. In gemeinsamen Gesprächen werden die Strukturen und Beziehungsmuster von Partnerschaften oder Familien, aus denen die Drogensüchtigen stammen, erarbeitet, um so wichtige Anhaltspunkte für die Entstehung, Aufrechterhaltung und die Therapie der Abhängigkeitsproblematik zu gewinnen. Ziel der systemtherapeutischen Gespräche ist es, "bestehende Stressfelder in Familien und Paaren in Richtung auf einen gegenseitig unterstützenden Rahmen hin zu verändern, innerhalb dessen KlientInnen und Familienangehörige Mut fassen, sich neu zu orientieren."⁸

⁸ *START AGAIN*, Drogentherapiestation Männedorf und Zürich, Konzept (März 1995: 7).

5.2 Sechs Phasen in der Konzept- und Betriebsgeschichte von *START AGAIN* zwischen Frühling 1992 und Herbst 1998. Ein Überblick

In diesem Abschnitt geben wir einen Überblick über die wichtigsten konzeptionellen und betrieblichen Entwicklungen von *START AGAIN* zwischen April 1992 und September 1998. In Abhängigkeit von einrichtungsgeschichtlich wesentlichen Ereignissen lassen sich die betrachteten sechs Jahre ganz natürlich in eine Gründungsphase und fünf verschiedene Betriebsphasen unterteilen.

Eine ausführliche Chronologie zum Wandel der therapeutischen Konzeption von *START AGAIN*, deren alltagspraktischer Umsetzung und den betrieblichen Rahmenbedingungen dafür ist im Vertiefungskapitel A5 zu finden.

5.2.1 Die Gründungsphase: April 1992 bis September 1992

In einer Zeit grosser Nachfrage nach stationären Suchttherapieplätzen (in der Schweiz stehen zu dieser Zeit ca. 1000 Therapiesuchende etwa 500 Langzeittherapieplätzen gegenüber) wird im April 1992 der Verein *START AGAIN* gegründet. Sein Ziel ist das Betreiben einer Drogentherapieeinrichtung im Raum Zürich.

Im Juli 1992 erhält *START AGAIN* die Betriebsbewilligung vom Kanton Zürich und im August 1992 können erste Räumlichkeiten in Männedorf (ZH) gemietet werden.

5.2.2 Betriebsphase I: Oktober 1992 bis Dezember 1993. Aufbau des Therapieprogramms (Phasen I, II, III und Nachsorge)

Am **1. Oktober 1992** wird das stationäre Intensivprogramm der *Drogentherapiestation START AGAIN* in Männedorf (Glärnischstrasse 157) mit einem Klienten und 6 Mitarbeiter/inne/n eröffnet. Es folgt ein schrittweiser Aufbau der Klientel und des Personals. Die Entwicklung der Anzahl Klient/inn/en und der Anzahl Mitarbeiter/innen bzw. Stellenprozentage von *START AGAIN* wird unten in Abb. 5.2.2-1 für die Zeit von Oktober 1992 bis März 1998 graphisch dargestellt.

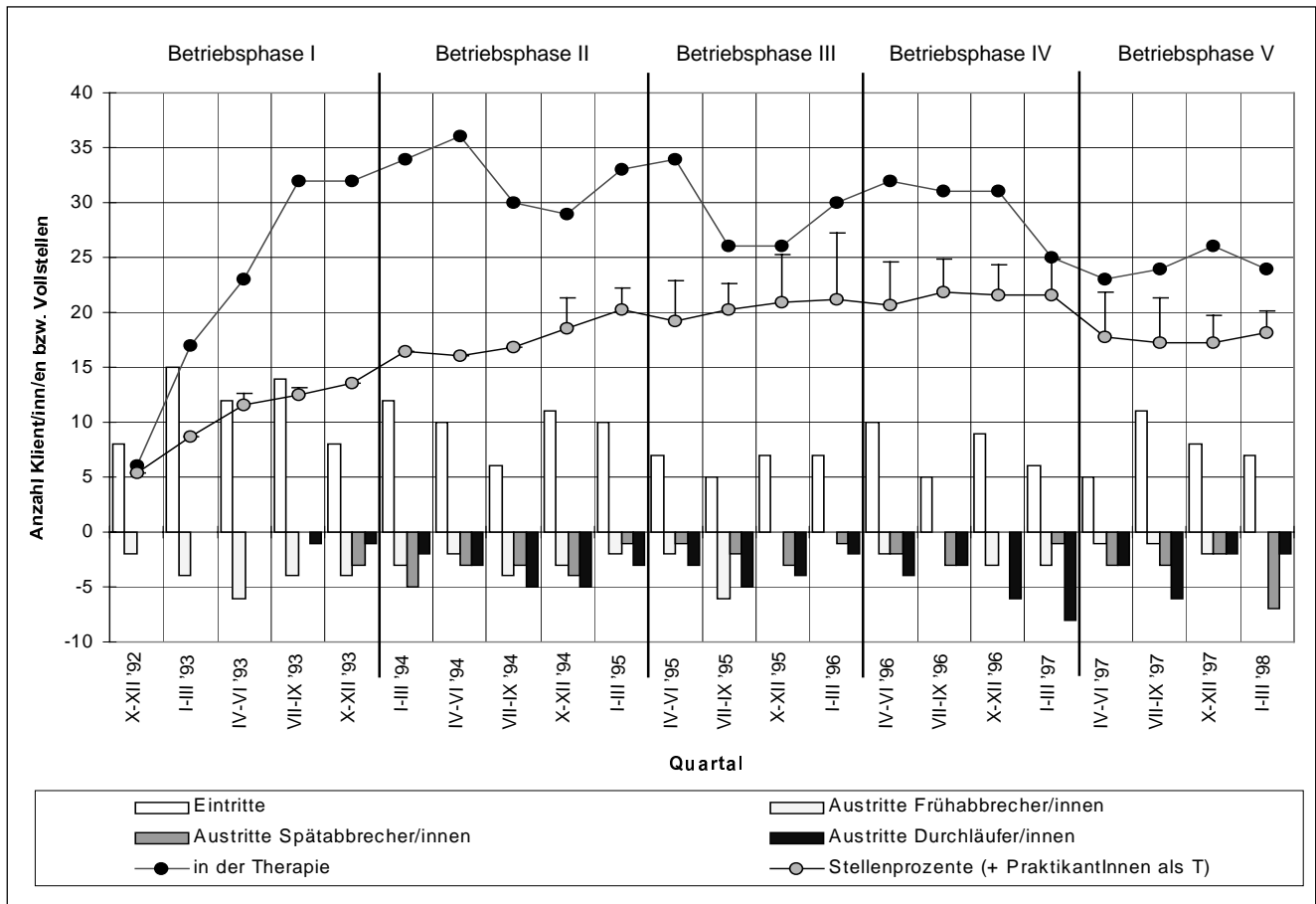
Betrieblich steht das erste Halbjahr einerseits im Zeichen des Aufbaus eines Kontaktnetzes zu zuweisenden und kostentragenden kantonalen Justiz- und kommunalen Fürsorgeämtern, andererseits ist es geprägt von einer permanent angespannten Finanzlage.

Nach dem Aufbau der "Phase I" in den ersten fünf Monaten, folgt ab März 1993 der Aufbau von "Phase II" ebenfalls in Männedorf (Glärnischstrasse 159) und ab Sommer 1993 der Aufbau der "Phase III" mit Aussenwohngemeinschaften in der Stadt Zürich.

Im Herbst 1993 wird an der Mühlebachstrasse 72 in Zürich ein Ambulatorium (d.h. die Zentrale der Phase III, der Sitz des Sozialdienstes und einer ambulanten Nachsorge) eröffnet. Schrittweise zieht auch die Administration und die Gesamtleitung von Männedorf nach Zürich.

Ende 1993 kann grob als der Zeitpunkt angesehen werden, bis zu dem sich schrittweise eine konkrete alltagspraktische Übersetzung der therapeutischen Grundkonzeption von *START AGAIN* im Rahmen eines **dreiphasigen Stufenmodells mit Bezugspersonensystem** herausgebildet hat. Zusammenfassend haben wir folgende drei Stufen:

Abb. 5.2.2-1 Statistik der Anzahl Klient/inn/en und der Stellenprozte in START AGAIN zwischen Oktober 1992 und März 1998



3 Monate stationäres Intensivprogramm und 3 Monate stationäre Wohngemeinschaft mit Tagesstruktur bei intensiver sozialresozialrehabilitativer Betreuung, je in Männedorf, und 6 Monate Aussenwohngemeinschaft in Zürich in Kombination mit Therapie im Ambulatorium. Die konkrete Übersetzung ist dabei als Resultat eines ständigen Voraus- und Rückschauens während der Aufbauarbeit zu sehen und stand nicht von vornherein fest. Zur expliziteren Charakterisierung der drei Phasen Folgendes:

In **Phase I** geben Tages- und Wochenpläne einen klaren Zeitrahmen für Meditation (*ānāpāna-sati*-Übung), interne und externe NA-Meetings, verschiedene Gruppensitzungen, Einzelgespräche mit der je eigenen Bezugsperson, für eigene Alltagsaufgaben und "Ämtli", Sport und Freizeit etc. vor. Grundlogik von Phase I ist ein *erstes Zur-Ruhe-Kommen*, Anerkennen des Süchtigseins (erste "Kapitulation" im Sinne von NA) und der Beginn einer Differenzierung der Wahrnehmung der eigenen Position und derjenigen anderer (Erlernen von "Transparenz" ist hier das Schlüsselwort). Wichtigste Auseinandersetzungsgegenstände sind das *Leben in der Gruppe* und die *eigene Biographie*. Die Wohnform ist in Zweier-Zimmern und die Lebensform ist die einer grossen Wohngemeinschaft.

Die Tages- und Wochenpläne der **Phase II** sind jenen der Phase I ähnlich, jedoch offener konzipiert. Programm ist mehr Selbständigkeit, Eigenverantwortung und Autonomie bei *gleichzeitiger* Vertiefung der Auseinandersetzung mit sich selbst. Ein wichtiger Rahmen für diese Auseinandersetzung bietet die sogenannte *Suchtarbeit*, wo die eigene Suchtkarriere von den grossen Bewegungen hin zu den feineren Details in Selbsttransparenz aufgearbeitet werden soll. Allgemeiner Grundgedanke der Phase II ist, sich Verhaltensweisen anzueignen, um *clean* zu bleiben (im Sinne von NA: Ich bin immer noch süchtig, obwohl ich *clean* bin) und eine *neue Ausrichtung bzw. Sinngebung für die eigene Lebenspraxis* zu erarbeiten. Die Teilnahme an externen 10-tägigen *Vipassana*-Meditationskursen steht allen offen und fallspezifisch wird mit systemischen Familien- bzw. Paargesprächen begonnen. Die Wohnform ist zu dritt in einer 3-Zimmer-Wohnung, wobei die Wohnung als eigenständige Einheit fungiert, wo die selbständige Haushaltsführung mit eigenem Budget erlernt werden soll.

In **Phase III** öffnet sich der institutionelle Rahmen weiter. Hauptziel ist, die langsam erarbeitete neue Ausrichtung in einen *konkreten Weg* zu übersetzen und zu beginnen, diesen Weg zu gehen; d.h. für sich eine eigene, angemessene Position im je fallspezifisch ausgeprägten sozialen Gefüge (konstituiert durch eine allfällige Partnerschaft, die Herkunftsfamilie, verschiedene soziale Subsysteme bis hin zur Gesamtgesellschaft) zu finden und sich beruflich und/oder ausbildungsmässig (wieder) in die "Normalgesellschaft" zu integrieren. Die Tagesgestaltung ist individuell. Nicht Berufstätige kommen zum gemeinsamen Tagesbeginn mit einer Stunde Meditation ins Ambulatorium. Die Wohnform ist in einer eigenständigen Wohngemeinschaften von typischerweise drei Personen.

Die **Übertritte** von einer Phase in die nächste sind je durch eine schriftliche Arbeit und ein Gespräch mit Teamvertreter/inne/n der beiden betroffenen Phasen, durch sogenannte *Standorte*, markiert. Ein kritischer Punkt, der bei den Übertritten bezüglich Autonomie im Auge zu behalten ist, ist folgender: Handelt es sich beim entsprechenden Autonomiezuwachs um einen vermeintlichen, von der Einrichtung dem/der Klienten/in zugewiesenen oder übergestülpten Zuwachs oder handelt es sich um eine erarbeitete, inhaltlich gefüllte und schrittweise konsolidierte Autonomiesteigerung.

Zentrale Aufgabe der fakultativen **ambulanten Nachsorge** nach Austritt aus dem Therapieprogramm ist schliesslich eine Form der *Wegbegleitung* zu offerieren. Diese geschieht etwa im Rahmen themenzentrierter Einzelgespräche, sozialarbeiterischer Beratung oder in einer Art von Krisenmanagement bei allgemein krisenhaften Vorfällen oder bei einem Drogenrückfall etc.

Zum Schluss bemerken wir, dass die Klient/inn/enzahl Ende 1993 bei 33 liegt und dass sich 20 Mitarbeiter/innen 1'400 Stellenprozente teilen. Zwei Personen leisten überdies stundenweise Nachtwachendienst. Des Weiteren weist die **Betriebsrechnung 1992/93** einen Aufwand von 2.74 Mio. Fr. aus, und sie schliesst mit einem kleinen Gewinn von 4'400 Fr.

5.2.3 Betriebsphase II: Januar 1994 bis März 1995. Erste Konsolidierung therapeutischer und organisatorisch-administrativer Prozesse

Die erste **Konsolidierungsphase** ist betriebsseitig dadurch gekennzeichnet, dass im Sommer 1994 die organisatorisch-administrative Rahmenstruktur und die Leitungsstruktur für die beiden Betriebseinheiten in Männedorf und Zürich grundlegend neu gestaltet werden und dass die Geschäftsleitungsstruktur im März 1995 einer weiteren Anpassung unterzogen wird; für das entsprechende Organigramm s. Unterabs. A5.2.3.

Die **Betriebsrechnung 1994** weist einen Aufwand von 3.52 Mio. Fr. aus und schliesst mit einem Gewinn von 7'900 Fr. Für 1995 wird jedoch eine Trendwende erwartet wegen erfolgten notwendigen Personalaufstockungen und wegen hohen Mietkosten. Beim Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) wird ein Antrag für Bau- und Betriebsbeiträge eingereicht.

Im Spannungsfeld zwischen marktkonformen Taggeldansätzen einerseits und betriebswirtschaftlich begründeten Minimalforderungen andererseits wird Anfang 1995 der **Taggeldansatz** im Sinne einer Mischrechnung für alle Phasen bei 265 Fr. festgelegt. (Bis anhin lag er für Phase I und II bei 340 Fr. pro Tag und für Phasen III bei 190 Fr. pro Tag.)

Therapieseitig ist ein Hinweis auf die Konsolidierung zum Beispiel in der Einführung des Therapiedokumentationsinstrumentes "Klientenheft" zu finden. Die Konzeptionalisierung dieses Instrumentes geschieht in mehreren Gesamteamsitzungen gemeinsam mit dem systemischen Fortbildner und Supervisor Bruno HILDENBRAND.

Im März 1995 geht schliesslich ein **überarbeitetes Konzept** in den Druck. Alle ursprünglichen Grundelemente bleiben erhalten mit der Ausnahme jedoch, dass *Ex-Addict-Counseling* gegenüber der Beratung durch Professionelle in den Hintergrund tritt. Ausserdem wird die systemische Grundorientierung (Einzel, Gruppe und Alltag) kohärenter dargestellt und ins Zentrum gerückt: systemische Drogensuchttherapie ist das Stichwort. Die Grundlage dafür bietet das Meilener Therapiekonzept des *Fallverstehens in der Begegnung*.⁹ Es überrascht von daher auch nicht, dass im überarbeiteten Konzept das Angebot systemischer Familien- und Paartherapie ab Phase II unterstrichen wird, ein Angebot von dem zwar bereits die ersten Klient/inn/en von *START AGAIN* Gebrauch machen konnten, das in der ersten Konzeptversion aber nicht explizit aufgeführt war.

Die Klient/inn/enzahl schwankt während der zweiten Betriebsphase zwischen 30 und 35, und die Anzahl Vollstellen wird stetig von 14 auf 20 erhöht. Ausserdem werden 2 Praktikumsplätze geschaffen und drei Personen leisten stundenweise Nachtwachendienst.

Als Ereignis, das im Rückblick die nächste Betriebsphase angekündigt hat, ist eine Anfrage des Schweizerische ArbeiterInnenhilfswerk (SAH) im Oktober 1994 an *START AGAIN* zu werten. Das SAH bietet das Wohn- und Geschäftshaus mit Restaurant an der Ecke Steinwiesstrasse/Minervastrasse in Zürich-Hottingen, die sog. Liegenschaft BERNER, zum Kauf an.

5.2.4 Betriebsphase III: April 1995 bis März 1996. Erwerb und Umbau der Liegenschaft BERNER, Expansionsversuch und Professionalisierungsanstrengungen

Am 1. April 1995 erwirbt der Verein *START AGAIN* vom SAH die **Liegenschaft BERNER** für 3.7 Mio. Fr. Die Umbaukosten werden beim Kauf auf 2.7 Mio. Fr. geschätzt, wegen notwendigem Mehraufwand im Bereich Haustechnik werden sie sich jedoch im definitiven Kostenvoranschlag im Sommer 1995 auf 3.5 Mio. Fr. belaufen.

Im Mai 1995 erteilt das Bundesamt für Sozialversicherung (**BSV**) die Zusage von Betriebs- und Baubeiträgen für den Fall, dass die jährliche Erfolgsrechnung mit einem Defizit schliesst.

⁹ Siehe R. WELTER-ENDERLIN und B. HILDENBRAND, *Systemische Therapie als Begegnung* (Klett-Cotta, Stuttgart, 1996) und Abschnitt 6.1.

Der im Sommer 1995 mit Geldgebern ausgehandelte Finanzierungsplan des Kaufes und Umbaus der Liegenschaft BERNER (7.2 Mio. Fr.) sieht wie folgt aus: Den Hauptteil macht eine Bankhypothek und ein Baukredit über 4.8 Mio. Fr. aus, dazu kommen BSV-Subventionen über 1.4 Mio. Fr. und ein zinsloses, mittelfristig zu amortisierendes Darlehen einer privaten Stiftung über 1 Mio. Fr. Wichtig dabei ist, dass die Zusagen des BSV-Beitrags und des privaten Stiftungsdarlehens wechselseitig aneinander gekoppelt sind, da beide Beiträge nur dann ausbezahlt werden, wenn die Finanzierung des Projektes vollumfänglich gesichert ist.

Zum Kauf der Liegenschaft BERNER haben einerseits die sich eröffnenden, attraktiven therapeutischen und betriebsorganisatorischen Perspektiven, andererseits der therapeutische und betriebliche Erfolg seit Bestehen der Einrichtung Anlass gegeben. Der Umbau wird so konzipiert, dass Räumlichkeiten entstehen für die gesamte Administration, für das Ambulatorium (die Zentrale der Phase III, den Sozialdienst und die Nachsorge), für die Meditation sowie für die Erweiterung des Therapieangebots von *START AGAIN* durch ein **Frauenprojekt**, das auf die spezifische Rehabilitation von etwa 8 Frauen ausgelegt wird. Ausserdem ist eine zu vermietende Privatwohnung und ein öffentliches, von *START AGAIN* betriebenes oder mitbetriebenes vegetarisches **Restaurant** geplant. Mit der Investition in die Liegenschaft BERNER setzt *START AGAIN* also zu einem Schritt in Richtung Expansion und Diversifikation des Angebots an.

Im Sommer 1995 sinkt aber die Klient/inn/enzahl abrupt auf 26. Dieser Rückgang wird mit einem Überangebot an stationären Suchttherapieplätzen und einem allgemeinen Nachfragerückgang nach stationärer Therapie seit der Schliessung der offenen Szene am Zürcher Letten im Februar 1995 in Zusammenhang gebracht; s. Abb. 5.2.2-1.¹⁰

Mit anderen Worten: Rückblickend betrachtet steht die Expansionsbewegung von *START AGAIN* einer rezessiven Marktentwicklung im Bereich stationäre Suchttherapie gegenüber, und es beginnt sich für *START AGAIN* (zunächst unbemerkt) eine betriebswirtschaftliche Schere zu öffnen.

Eine **Änderung der BSV-Subventionspolitik**, die im Zusammenhang mit der öffentlichen Verschuldung steht, führt im Oktober 1995 überdies zu einer Reduktion des voraussichtlichen BSV-Baubetrages von 1.4 Mio. Fr. auf etwa 0.85 Mio. Fr., und da ein diesbezügliches Orientierungsschreiben von *START AGAIN* an die oben erwähnte mitfinanzierende private Stiftung aus "unerklärlichem Grund" nicht abgeschickt wird, zieht diese Stiftung ihr Angebot schliesslich im März 1996 langsam zurück.

Es klafft dann ein Finanzloch von 2.4 Mio. Fr. und *START AGAIN* entscheidet sich vor diesem Hintergrund das Frauenprojekt im BERNER zu sistieren und dafür die Phase II von Männedorf (Glärnischstrasse 159) nach Zürich ins BERNER zu verlegen. Dieser Schritt leitet die nächste Betriebsphase von *START AGAIN* ein.

Bevor wir uns aber dieser nächsten Phase zuwenden noch ein paar Bemerkungen zu weiteren wichtigen Entscheidungen und Ereignissen während der dritten Betriebsphase.

Die Personalpolitik von *START AGAIN* tendiert in der Richtung einer verstärkten **Professionalisierung**, was unter anderem eine klare Abkehr von der ursprünglichen Idee des *Ex-Addict-Counseling* bedeutet. Als Hauptgründe dafür haben wir folgende Punkte rekonstruiert:

¹⁰ In welchem Mass auch die seit Anfang 1994 in der Schweiz umgesetzte ärztliche Verschreibung von Heroin (250 Plätze), Morphin (250 Plätze) und intravenös verabreichtem Methadon (200 Plätze) an sogenannte Schwerstsuchtige einen kurz- oder mittelfristigen Einfluss auf die Nachfrage nach stationärer Therapie hat, ist unklar. Fest steht, dass im Mai 1995 die Versuche auf maximal 1'000 Plätze, davon 800 für Heroin, ausgeweitet wurden; vgl. UCHTENHAGEN *et al.* (1996).

- (1) Die Spezifik des soziokulturellen Kontextes von Zürich mit seinen beispielsweise starken individualistischen und privatistischen Grundtendenzen führt dazu, dass die Bewegung der NA und AA im Raume Zürich noch jung und relativ wenig verwurzelt ist verglichen mit Australien, dem angloamerikanischen Raume oder etwa Deutschland. (Diese Tatsache scheint allgemein für die ganze Deutschschweiz zuzutreffen).
- (2) Der von den Betreuer/inne/n zu leistende Umgang mit Justiz- und Fürsorgebehörden ist anspruchsvoll und für Ex-Users tendenziell überfordernd.
- (3) Auf der Interaktionsebene zeigt sich oft eine Nähe-Distanz-Problematik: Da für den Ex-User das Distanzhalten mangels theoretischen Wissens und fallrekonstruktiv-analytischer Kompetenz oft schwierig ist, kompensiert er oder sie in der Begegnung, was die Gefahr mit sich bringt, dass er oder sie sich zum/zur Verbündeten der Klient/inn/en macht und sich so den Spielraum für therapeutisches Intervenieren stellt; s. Abschnitt 8.1.

Im Juni 1995 wird mit der vorliegenden dreijährigen **Fallstudie** des "innovativen Modellversuchs" *START AGAIN* begonnen. Die Studie wird durchs Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement subventioniert.

Im November 1995 entscheidet sich *START AGAIN* während einem Jahr die Dienste einer Berater- und Service-Gruppe für Verbände und Nonprofit-Organisationen (**B'VM**) im Rahmen von zwei Projekten in Anspruch zu nehmen: (1) Neuorganisation des Bereichs Administration, (2) Begleitung zur Entwicklung von ergänzenden Führungsinstrumenten.

Im September und im Dezember 1995 erlebt *START AGAIN* einen Fall von **Suizid** und einen Fall von **Überdosis**. Intensive Prozesse der kritischen Konzept-, Team- sowie Selbstreflexion auf allen Ebenen der Einrichtung (Leitung, Team und Klientel) charakterisieren die Bewältigungsarbeit dieser zwei Todesfälle; s. auch Unterabs. 9.1.3.

Aus statistischer Sicht schwankt die Klient/inn/enzahl während der dritten Betriebsphase stark zwischen 34 und 26, und die Anzahl Vollstellen steigt leicht auf 21 an. Die Anzahl Praktikumsplätze pendelt zwischen 2 und 6, und die Anzahl Personen, die im Stundenlohnverhältnis Nachtwachendienst leisten, liegt zwischen 2 und 4; s. Abb. 5.2.2-1.

Wegen verschiedener Ungereimtheiten muss die **Betriebsrechnung 1995** nachrevidiert werden. Die definitive Rechnung liegt im August 1996 vor: Bei einem Aufwand von 3.74 Mio. Fr. und Einnahmen von 3.03 Mio. Fr. weist die revidierte Betriebsrechnung 1995 ein Defizit von 0.70 Mio. Fr. aus. Zudem muss eine Wertberichtigung der Liegenschaft BERNER von 0.89 Mio. Fr. vorgenommen werden. [Das Betriebsdefizit 1995 wird vom BSV fast vollständig übernommen werden, jedoch erst nach dessen erster Revision von *START AGAIN* im Mai 1997.]

5.2.5 Betriebsphase IV: April 1996 bis März 1997. Bezug BERNER, Finanzkrise, Krisenmanagement und Restrukturierung

Der Beginn der vierten Betriebsphase wird durch den **Bezug der Liegenschaft BERNER** markiert. Anfang April 1996 zieht die Administration, das Ambulatorium und die Forschung von der Mühlebachstrasse 72 in die neuen Räumlichkeiten im BERNER an der Steinwiesstrasse 24 um, und Ende Juni 1996 zieht die gesamte Phase II von Männedorf (Glärnischstrasse 159) in den Minervastrassenteil der Liegenschaft BERNER ein.

Die **Neuorganisation der Administration** im Rahmen der einjährigen B'VM-Begleitung führt dazu, dass eine Stelle "Zentrale Dienste" eingeführt und ab Juli 1996

neu besetzt wird. Weiter wird unter anderem eine Finanzkommission eingesetzt und die Geschäftsleitung neu strukturiert, mit klarer Zweiteilung in einen therapeutischen und einen allgemeinen, betrieblichen Teil; für das entsprechende Organigramm s. Unterabs. A5.2.4. Schliesslich werden im Herbst 1996 im Rahmen der B'VM-Begleitung erarbeitete, detaillierte Funktionendiagramme bereinigt und in eine definitive Form gebracht. Sie sollen helfen, klarere Strukturen und eindeutige Kompetenzen- und Verantwortlichkeitsverteilungen zu realisieren. *Es markiert dies einen wichtigen Schritt neben anderen auf START AGAINs Weg vom "Familienbetrieb" zur Organisation.*

Auf der betriebswirtschaftlichen Seite nimmt das Geschehen folgenden Lauf: Wegen der ungeklärten Finanzlage (weder der BSV-Baubetrag noch das private Stiftungsdarlehen konnten bis anhin realisiert werden) beläuft sich das Engagement der Bank im Sommer 1996 auf mittlerweile 6 Mio. Fr., was zur Folge hat, dass bankseitig die Zuständigkeit von der entsprechenden regionalen Zweigstelle an den Hauptsitz übergeht. Dieser vermittelt *START AGAIN* Ende August ein **Krisenmanagement** durch versierte Unternehmensberater. Während dem Sommer 1996 müssen die Löhne gestaffelt ausbezahlt werden und Weiterbildungsbeiträge können keine gewährt werden.

Als erster wichtiger Schritt auf dem Weg aus der Finanzkrise heraus gelingt es im September 1996 nach kritischer Würdigung der momentanen Lage von *START AGAIN* durch die eingesetzten Unternehmensberater, eine Lösung zwischen Bank, *START AGAIN* und den Gläubigern von *START AGAIN* auszuhandeln, (die private Stiftung hat sich zumindest vorläufig zurückgezogen).

Im Rahmen der Situationsanalyse im September 1996 werden als *Stärken von START AGAIN* folgende Punkte herausgearbeitet:

- allgemeine fachliche Kompetenz und Erfolg im Therapiebetreiben,
- kooperatives und persönlich engagiertes Führungsteam,
- Reorganisation der Führungsstrukturen und der Administration,
- Zusicherung öffentlicher Gelder etc.

Als *Schwächen* werden erachtet:

- Liegenschaft BERNER,
- bisherige kaufmännische Leitung und Buchhaltung,
- Mängel in der bisherigen Organisation, Führung und Kontrolle,
- z.T. "Schöngestertum" unter Mitarbeiter/inne/n,
- finanzielle Verluste und Liquidität etc.

Als *Marktrisiken bzw. unsichere Umweltvariablen* werden folgende Punkte beurteilt:

- tendenziell eher sinkende Klientenzahlen,
- sinkende Tagespauschalen und Subventionen wegen der öffentlichen Verschuldung,
- Verhalten der Gläubiger und Bauhandwerker,
- Verhalten der Darlehensgeber etc.

Therapieeitig ist die vierte Betriebsphase dadurch gekennzeichnet, dass Klient/inn/en der Phase III seit August 1996 an regelmässigen, individuell abgestimmten **Schulstunden** teilnehmen können, die intern von einer Lehrerin des *Vereins Volksschulergänzung (VVE)* durchgeführt werden. Die Mitglieder dieses Vereins sind öffentliche und private Drogenrehabilitationseinrichtungen des Kantons Zürich.

Weiter wird im Herbst 1996 zur Abfederung des Schrittes von Männedorf nach Zürich eine ca. dreiwöchige **Übergangsphase** in Männedorf zwischen Phase I (in der Regel 3 Monate in Männedorf) und Phase II und III (in Zürich) eingerichtet. Ziel dieser Über-

gangsphase ist es, das Vermögen, sich und anderen gegenüber Transparenz zu üben, zu reflektieren, zu planen und Vereinbarungen einzuhalten, also der Autonomiesteigerung, in einem ersten Schritt der Öffnung des institutionellen Rahmens zu vertiefen, um gut auf die Stadt Zürich vorbereitet zu sein.

Auf der Ebene des therapeutischen Teams wird im Herbst 1996 die Umsetzung der **systemische Paar- und Familientherapie** neu gerahmt. Anlass dazu bietet der Umstand, dass neben zwei bereits ausgebildeten systemischen Paar- und Familientherapeuten drei weitere Mitarbeiter/innen von *START AGAIN* seit Anfang 1996 eine systemische Weiterbildung entlang dem Meilener Konzept (s. Fussnote 9) besuchen.

Ebenfalls im Herbst 1996 werden dem therapeutischen Team die Analyseresultate zum Status professionellen Handelns in der Einrichtung dargelegt, Resultate, die sich auf die Analyse verschiedener Klientenhefte durch HILDENBRAND und STUDER im Rahmen der BAJ-Studie von *START AGAIN* stützen. Dies gibt Anlass zu einer schrittweisen Neugestaltung des Dokumentationsinstrumentes "Klientenheft" im Rahmen monatlich stattfindender **interner Schulungseinheiten** zur Praxis rekonstruktiven Fallverstehens.

Das Jahr 1996 wird beschlossen mit einem **Einweihungsfest** der neuen Räumlichkeiten in der Liegenschaft BERNER. Es wird eine Fachtagung zum Thema "Drogentherapiepraxis und Wissenschaft" mit Pressekonferenz und verschiedenen Referaten organisiert.

Die **Erfolgsrechnung 1996** weist bei einem Aufwand von 4.14 Mio. Fr. und Einnahmen von 2.95 Mio. Fr. ein Betriebsdefizit von 1.19 Mio. Fr. auf. Zudem muss eine zweite Wertberichtigung der Liegenschaft Berner von 0.51 Mio. Fr. vorgenommen werden. [Das Betriebsdefizit 1996 wird gemäss Verfügung im Juli 1998 praktisch vollständig übernommen werden.]

Aus statistischer Sicht sinkt die Klient/inn/enzahl während der vierten Betriebsphase von 32 auf 25. Die Anzahl Vollstellen liegt zwischen 21 und 22, die Anzahl Praktikumsplätze pendelt zwischen 3 und 4, und die Anzahl Personen, die im Stundenlohnverhältnis Nachwachendienst leisten, liegt ebenfalls zwischen 3 und 4.

Das starke Absinken der Klient/inn/enzahl Ende der vierten Betriebsphase, d.h. im ersten Quartal 1997 steht einerseits mit gehäuften (regulären) Austritten Ende 1996 und Anfang 1997 im Zusammenhang, was u.a. als Ausdruck von *START AGAIN*'s Tendenz während dem Krisenjahr 1996, Klient/inn/en zu "halten", zu sehen ist; vgl. Abb. 5.2.2-1. Andererseits scheint sich erneut eine allgemein rückläufige Therapienachfrage im Bereich stationäre Suchttherapie (im Gegensatz zu ambulanter Suchttherapie) einzustellen.

Die Rekrutierung von Klient/inn/en wird wieder zu einer hochprioritären Aufgabe, und es werden verschiedene Varianten von Taggeldreduktionen durchgerechnet, da sich im Bereich stationäre Suchttherapie vor dem Hintergrund gesunkener Nachfrage und des allgemeinen Spardrucks bei der öffentlichen Hand eine starke Anbieterkonkurrenz eingestellt hat.

Als gewissermassen Schlusspunkt der vierten Betriebsphase und Überleitung zum nächsten Abschnitt ist rückblickend eine Gesamtteamretraite Mitte März 1997 zu sehen. Einberufen unter dem Titel "gemeinsame Standortbestimmung" schwingt sie sich zu einer **"grossen kathartischen Aussprache"** zwischen Team und Leitung von *START AGAIN* auf. Die Krise des vergangenen Jahres und die Anstrengungen zu ihrer Bewältigung sind am Personal nicht spurlos vorbeigegangen. Diese Retraite (für Details s. die Bemerkungen unter März 1997 in Unterabs. A5.1.6) liefert ein eindrückliches Beispiel dafür, wie Rückblicke als potenzielle Orte des Lernens im Zentrum von Lebenspraxis (ob Individuum oder Institution) und nicht an deren Peripherie anzusiedeln sind, und wie in gemeinsamem Rückblicken Zukunft geschaffen wird. Im Verlaufe der Retraite kristallisieren sich drei allgemeine mittelfristige Zielsetzungen für ein "neues" *START AGAIN* heraus:

- (1) Anzustreben ist Konstanz im Wandel, im Sinne von: Die Art und Weise, wie mit Wandel umgegangen wird, soll konstant sein.
- (2) Auf organisatorisch-administrativer wie auf rehabilitativer Ebene sind verbindliche Rahmensetzungen vorzunehmen.
- (3) Ressourcenorientierte Führung verlangt die regelmässige Durchführung von Teil- und Gesamtteamretriten, ein klares internes Weiterbildungskonzept und eine klare Ausbildungsplanung.

5.2.6 Betriebsphase V: April 1997 bis August 1998. "Verdauungsphase" BERNER und Neukonzeption von *START AGAIN*

Eingeleitet wird die fünfte Betriebsphase dadurch, dass die **Phase II** Anfang April 1997 von Zürich wieder zurück nach Männedorf an die Glärnischstrasse 159 verlegt wird und die **Phase III** schrittweise im BERNER zusammengefasst wird. Diese Veränderung geschieht aus zwei Gründen: Zum Ersten sollen die Räumlichkeiten im BERNER so besser genutzt werden, zum Zweiten konnten für die ganze Doppelliegenschaft an der Glärnischstrasse 157/159 in Männedorf günstige Mietbedingungen bis Ende 1998 ausgehandelt werden. Die letzte Aussenwohngemeinschaft der Phase III in der Stadt Zürich wird Ende August aufgelöst.

Um **Personalkosten** zu senken werden verschiedene Personalabgänge Anfang 1997 nicht ersetzt, so dass ab Mai 1997 mit 1'730 Stellenprozenten und zwei Praktikumsstellen wieder mit einem Personalbestand wie gegen Ende 1994 gearbeitet wird; s. Abb. 5.2.2-1.

Auf der anderen Seite vergibt der mittlerweile wesentlich stärker eingebundene und engagierte Vorstand des Vereins *START AGAIN* für die Dauer von drei Monaten ein Teilpensum an eine **zusätzliche Führungskraft**, die mithelfen soll, die Finanzierung des Betriebs mittel- und langfristig zu sichern und, wie im Verlaufe des Auftrags beschlossen wird, ein allgemeines *down sizing* umzusetzen.

Unter dem Preisdruck auf dem stationären Suchttherapiemarkt beschliesst *START AGAIN* ab Mai 1997 die **Taggeldpauschale** für alle Phasen auf 220 Fr. zu reduzieren.

Im Mai 1997 finden professionelle *fund-raising*-Aktivitäten seitens *START AGAIN* ihre Umsetzung in der **Benefizveranstaltung "Zäme Starte"**, die durch den Quartierverein Hottingen unterstützt wird. Läufer- und Skater-Sponsoring sowie Spenden führen zu einem Reinerlös von knapp 27'000 Fr.

Hinsichtlich Therapie führt eine **interne Qualitätsanalyse** im Frühling 1997 zum Resultat, dass die drei Grundpfeiler von *START AGAIN*: NA/Selbsthilfe, Meditation und systemische Familientherapie, als Folge der Turbulenzen des vergangenen Krisenjahres, in ihrer Tiefe und konsequenten Anwendung als z.T. problematisch und untereinander zu wenig kohärent zu erachten sind. Dieser Befund zieht einerseits die Programmierung monatlicher interner therapiepraxisorientierter Schulungseinheiten für die Mitarbeiter/innen nach sich, andererseits wird neu regelmässig einmal pro Monat für die Klient/inn/en der Phase I und II ein *Anapana*-Tag (Tag der Praxis der *ānāpāna-sati*-Übung) und für die gesamte Klientel eine themenzentrierte Intensivwoche eingeführt.

Der Sommer 1997 steht ganz im Zeichen der ersten Revision von *START AGAINS* Buchführung (im Besonderen der Jahresrechnung 1995) durch das **BSV** und der daraus abgeleiteten Erkenntnisse.

Als erstes Resultat dieser Revision übernimmt das BSV das gesamte Betriebsdefizit von 0.70 Mio. Fr. des Jahres 1995. Als Zweites folgt, dass, falls *START AGAIN* weiterhin (d.h.

insbesondere auch rückwirkend für 1996) BSV-subventionsberechtigt sein will, der Verein seine Ziel- und Zweck-Programmierung dahingehend ändern muss, dass er die "Rehabilitation von Behinderten mit Suchtvergangenheit" ins Zentrum rückt. Als Drittes beauftragt der Vereinsvorstand von *START AGAIN* die Geschäftsleitung, entlang den aus der BSV-Revision und der sinkenden Klient/inn/enzahl abzuleitenden Erkenntnissen, **Konzeptänderungen** vorzunehmen. Ziel ist eine betriebswirtschaftlich optimale Nutzung der Liegenschaft BERNER bei Beibehaltung oder nach Möglichkeit Steigerung des Niveaus der therapeutischen Arbeit und der Attraktivität für die Klientel und die Versorger. Als Motto gilt: "Krise (d.h. "Verdauungsphase" BERNER) als Chance zum Wandel zu nutzen."

Anfang August 1997 liegt die Grobskizze eines **neuen Betriebs-, Raumnutzungs- und Personalkonzeptes** vor und sie wird ans BSV nach Bern geschickt. Die Neukonzeption sieht eine Reduktion der Maximalkapazität von *START AGAIN* von bisher ca. 40 auf 32 Plätze vor und ihre groben Züge sind folgende:

Einem etwa sechswöchigen Aufenthalt in einer Eintrittswohngemeinschaft (EWG) ausserhalb der Stadt Zürich soll ein knapp einjähriger Hauptaufenthalt im BERNER in Zürich folgen. Während dem Aufenthalt in der EWG sollen die Klient/inn/en zur Ruhe kommen und sich auf die vertiefte therapeutische Auseinandersetzung während ihrem Hauptaufenthalt in Zürich vorbereiten können. In Zürich wird *START AGAIN* grundsätzlich **vom Phasenmodell auf ein Modell mit individuellen Therapieplänen** umstellen. Grob bedeutet dies, dass sich die Klient/inn/en in Absprache und mittels gemeinsamer Vereinbarungen mit den Betreuer/inne/n – entlang ihren vollzogenen individuellen Entwicklungsschritten – fallspezifisch allgemeine und besondere Handlungs- und Entfaltungsspielräume öffnen, die rückkoppelnd ihre Prozesse der Selbst- und Eigenständigkeitsentwicklung fördern sollen.

Positive Feedbacks vom Team an die Leitung nach einer Gesamtteamretraite weisen darauf hin, dass der mit der Neukonzeption eingeschlagene Weg allgemein getragen wird. Nach der "kathartischen" Retraite vom März 1997 macht sich nun **Aufbruchstimmung** breit.

Im November 1997 besuchen je ein Vertreter des BSV, des Amts für Bundesbauten, der Direktion der Fürsorge sowie des Hochbauamts des Kantons Zürich die Liegenschaft BERNER, um zu prüfen, ob das Anfang August 1997 skizzierte neue Konzept realisierbar ist, und zwar unter der Voraussetzung, dass der Dachstock vom Teil Minervastrasse des BERNERS entsprechend ausgebaut wird und geeignete Räumlichkeiten für die EWG gefunden werden.

Ein allfällig höherer **BSV-Baubeitrag** kann jedoch erst dann definitiv gesprochen werden, wenn für jede Klientin und jeden Klienten (des Antragsjahres 1996) individuell der Behindertenstatus gemäss Art. 4 des IVG geklärt ist. Der definitive Beitrag wird dann vom Prozentsatz der Klient/inn/en abhängen, die einen eindeutigen IV-Status haben. Die entsprechenden Arztzeugnisse sind vom Vertrauensarzt von *START AGAIN* beizubringen.

Ende 1997 erhält *START AGAIN* von der Direktion der Fürsorge des Kantons Zürich einen ersten Betriebskostenbeitrag von 50'000 Fr. für die Jahre 1995 und 1996.

Anfang Dezember 1997 feiert *START AGAIN* sein 5-jähriges Bestehen mit einem **Jubiläumslunch** im BERNER. Es lädt dazu Vertreterinnen und Vertreter der Fürsorge- und Justizbehörden, Beratungsstellen, Entzugsstationen und der Bank sowie Gönner, Spender und Freunde ein, die in den vergangenen Jahren entweder mit der Einrichtung zusammengearbeitet haben oder diese unterstützt haben.

Die **Erfolgsrechnung 1997** weist bei einem Betriebsaufwand von 3.34 Mio. Fr. und bei Betriebseinnahmen von 2.46 Mio. Fr. ein Betriebsdefizit von 0.88 Mio. Fr. aus. Unter

Berücksichtigung von einerseits einer weiteren Wertberichtigung der Liegenschaft *BERNER* von 0.38 Mio. Fr. und andererseits von den Subventionszahlungen durch den Kanton Zürich (pro 1995/96: 50'000 Fr.) und durch das BSV (pro 1995 und pro 1996 (Akonto): 1.07 Mio. Fr.) sowie von verschiedenen Spenden-, Sponsoring- und Mieteinnahmen schliesst die Erfolgsrechnung 1997 mit einem Jahresgewinn von 52'800 Fr.

Das erste Quartal 1998 ist durch erste Schritte in Richtung der Umsetzung der Neukonzeption gekennzeichnet, und zwar auf der Konzept-, Betriebs- und Personalebene.

Ende Januar 1998 verlässt ein Teil der "alten Garde" *START AGAIN*. Namentlich sind es das Gründungsmitglied Sergio MANTOVANI und die seit Beginn tätige Mitarbeiterin Marianne BAUMANN, die zusammen seit 1994 die Bereichsleitungen in Zürich und Männedorf stellten. Ab März 1998 übernehmen sie extern und auf privater Basis die Nachsorge ehemaliger Klient/inn/en von *START AGAIN*. In *START AGAIN* tritt an ihre Stelle neu ein **Gesamtteamleiter**.

Auf der administrativ-organisatorischen Ebene wird einerseits das Sekretariat in Männedorf aufgelöst, andererseits ein **neuer Betriebsleiter** eingestellt. Als Aufgabe höchster Priorität des Betriebsleiters gilt die Federführung in der Rekrutierung neuer Klient/inn/en und die Durchführung der entsprechenden Vorstellungsgespräche, die im Falle potenzieller Massnahmeklient/inn/en seit Sommer 1997 in den Gefängnissen durchgeführt werden müssen.

Im Februar 1998 wird ein **neues NA- und Selbsthilfekonzept** im *BERNER* verwirklicht. Die wöchentlichen externen NA-Meetings und internen autonomen Suchtgruppen werden ersetzt durch ein auch für Auswärtige offenes NA-Institution-Meeting und zwei mit dem Betreuungsteam koordinierte, von Ex-Usern begleitete interne Suchtgruppen (ISG) mit themenzentrierten Inhalten. ISG-Begleiter sind ein Ex-Klient von *START AGAIN* und ein externer Ex-User, beide mit ausgeprägter NA-Erfahrung.

Ende Februar/Anfang März 1998 wird die **Phase II** in Männedorf aufgelöst. Vier fortgeschrittene Klienten und ein Teil des Phase II-Teams ziehen ins *BERNER* nach Zürich, die restlichen Klient/inn/en bleiben bis Ende August in den alten Phase II-Räumlichkeiten in Männedorf und werden dort von den restlichen Phase II-Teamern und vom Team der Phase I betreut. Es wird das Übergangsphasenmodell vom Herbst 1996 reaktiviert. Die **Phase I** in Männedorf wird schrittweise in eine Eintrittswohngemeinschaft (EWG) umgestaltet.

Mit dem März 1998 wird der Untersuchungszeitraum der vorliegenden Fallstudie von *START AGAIN* beschlossen. Der Vollständigkeit halber führen wir jedoch die konzept- und betriebsgeschichtlichen Ausführungen fort bis zum Herbst 1998.

Im Sommer 1998 verfügt das **BSV** nach der Revision der Betriebsrechnung 1996 von *START AGAIN* die Auszahlung von knapp 1.2 Mio. Fr. Für den Baubeitrag (maximal 1.185 Mio. Fr. beim neuen Nutzungskonzept der Liegenschaft *BERNER*) liegt aber noch keine definitive Verfügung vor. Durch den Vertrauensarzt des BSV werden, basierend auf den mittlerweile eingereichten individuellen Arztzeugnisse, 65% der 1996er Klientel als IV-berechtigt beurteilt. *START AGAIN* erachtet diesen Prozentsatz als zu gering. Weitere Abklärungen und Verhandlungen werden in Gang gesetzt.

Dabei ist zu bemerken, dass die Subventionspolitik des BSV im Bereich stationäre Suchttherapie seit etwa einem Jahr Gegenstand verschiedener juristischer sowie vermehrter drogen- und sozialpolitischer Auseinandersetzungen ist. Dabei ist die zentrale Frage: Geht der vielseitig gerühmten Vier-Säulen-Drogenpolitik des Bundes (Prävention, Repression, Überlebenshilfe und Therapie) das Element Therapie und Wiedereingliederung langsam abhanden?

Auf konzeptioneller Ebene liegt der wichtigste Aufmerksamkeitsfokus, der den Sommer 1998 prägt, auf der Detailvorbereitungen für die Konzeptumstellung im September. Es werden gemeinsam detaillierte Wochenpläne, Vorlagen für die Festlegung der individuellen Therapiepläne, eine Ressortverteilung unter den Teamern, ein erster Entwurf für eine neue Hausordnung im BERNER und ein Team-Arbeitsplan für den Neubeginn im September erarbeitet.

In der **ersten Septemberwoche 1998** heisst es dann: "*START AGAIN starts again.*" Die ehemaligen Phase II-Räumlichkeiten an der Glärnischstrasse 159 in Männedorf werden endgültig geräumt und die Therapie wird in Zürich im BERNER konzentriert. Die EWG bleibt bis Ende Jahr an der Glärnischstrasse 157 in Männedorf. Auf Ende 1998/Anfang 1999 müssen dafür noch neue Räumlichkeiten gefunden werden.

Das alte Phasenmodell wird aufgelöst und individuelle Therapiepläne werden eingeführt. Als grobe Orientierungshilfe wird sich die Therapiezeit im BERNER schwerpunktmässig in drei Abschnitte gliedern, Abschnitte, deren genaue zeitliche und inhaltliche Ausprägung fallspezifisch bestimmt werden: Einem *Orientierungsabschnitt* folgt ein *Vertiefungsabschnitt* und schliesslich eine *Phase der sozialen und beruflichen Eingliederung*. In einigen Fällen wird sich an den Therapieaufenthalt im BERNER ein zusätzlicher Aufenthalt in einer ambulant betreuten *Aussenwohngruppe (AWG)* anschliessen. Die Klient/inn/en einer AWG werden einer externen Arbeit, Aus- und/oder Weiterbildung nachgehen. Für mehr Details s. die Bemerkungen unter September 1998 in Unterabs. A5.1.7.

Auf der Ebene des **Personals** hat die konkrete Umsetzung der Neukonzeption grössere Veränderungen zur Folge. Drei zwischen Frühling und Herbst 1998 ausgetretene therapeutische Mitarbeiter/innen müssen ersetzt werden und für den Nachtwachendienst im BERNER werden drei zusätzliche ehemalige Klient/inn/en von *START AGAIN* eingestellt.

Des Weiteren wird ab Mitte September der **Sozialdienst** von 80 auf ca. 120 Stellenprozent aufgestockt, und das mit folgender Begründung: (1) Gemäss Erfahrungen in den Vorstellungsgesprächen werden Sozialdienst- und Nachsorgetätigkeit seitens des potenziellen Klientels zunehmend nachgefragt. (2) Der Sozialdienst wird als ein die gesamte Einrichtung begleitender ummantelnder Sekundärprozess ausgebaut, um das therapeutische Team hinsichtlich sozialarbeiterischen Aufwands optimal zu ergänzen, und um (3) seitens *START AGAIN* die Dienstleistung eines gelungenen *case management* voranzutreiben und auf dem Versorgermarkt effizient zur Wirkung zu bringen.

5.3 Zusammenfassung der zentralen Bestimmungsmomente und Entwicklungslinien der Geschichte von *START AGAIN*

Gestützt auf die obige Darstellung der Konzept- und Betriebsgeschichte von *START AGAIN* sowie auf die Analyse verschiedener Materialien, die dieser Darstellung zu Grund liegen (Jahresberichte, Sitzungsprotokolle etc.), lassen sich die wesentlichen Bestimmungsmomente und Entwicklungslinien von *START AGAIN*s Geschichte zusammenfassend entlang den folgenden Dimensionen aufspannen:

- **Zwischen organisierter Grossfamilie und grossfamiliärer Organisation**

Als grossen rahmenden Bogen der Entwicklungsgeschichte von *START AGAIN* rekonstruieren wir die Bewegung von einer organisierten Grossfamilie zur grossfamiliären Organisation. Während in der **Grossfamilie** die diffusen oder personalen Sozialbeziehungen im Zentrum stehen und Aufgaben, die zu erfüllen sind, auf das vorhandene Personal aufgeteilt werden, in Abhängigkeit individueller Ressourcen und Kompetenzen, so ist in der **Organisation** der Interaktionstyp der spezifischen oder rollenförmigen Sozialbeziehung dominant und Personen werden Funktionen zugewiesen bzw. für bestimmte Funktionsgesamtheiten eingestellt. In der (Gross-)Familie sind grundsätzlich alle an allem beteiligt und die Mitglieder teilen eine gemeinsame soziale Geschichte. Demgegenüber sind in der Organisation Pflichten und Verantwortlichkeiten in Rollenprofilen klar definiert und auf Rollenträger aufgeteilt.

Während *START AGAIN* in der ersten Betriebsphase, einerseits von ihrem Pioniercharakter, andererseits von ihrer engen räumlichen Zentrierung in Männedorf her, klar dem Strukturtyp der Familie nahe stand, so war auch noch die zweite Betriebsphase stark von diesem Typ geprägt, gleichzeitig kündigte sich aber mit dem betrieblichen Wachstum naturwüchsigerweise die Notwendigkeit zur Entwicklung als Organisation an. Neben dem Expansionsversuch stand dann die dritte Betriebsphase klar im Zeichen der Organisationsentwicklung, ein Prozess, der durch die krisenhaften Ereignisse der vierten Betriebsphase zum Teil etwas suspendiert wurde bzw. unter neuen Rahmenbedingungen neu aufgenommen werden musste.

Der Anstrengungen von *START AGAIN* seit dem Krisenjahr 1996 also in der fünften und aktuellen Betriebsphase, ein adäquates dynamisches Gleichgewicht zwischen den zwei entgegengesetzten Strukturtypen der Familie und der Organisation zu finden, was speziell auf Grund seines stark begegnungsorientierten Therapiekonzertes notwendig ist, soll mit der Formel "grossfamiliäre Organisation" gefasst werden.

Die nachfolgenden (Sub-)Dimensionen werden diese Grundbewegung in *START AGAIN*s Geschichte weiter differenzieren.

- **Zwischen Alltag als Therapie und Therapie als Alltag**

Die Grundlogik dieses Spannungsverhältnisses haben wir in Unterabs. 5.1.6 ausgeführt. Bezüglich der konkreten geschichtlichen Pendelbewegung von *START AGAIN* zwischen Alltag als Therapie und Therapie als Alltag verweisen wir hier speziell auf die Gelegenheiten, Alltag als Therapie ins Zentrum zu rücken, die sich naturwüchsigerweise bei den Umzügen und Neuausstattungen von Räumlichkeiten ergaben.

- **Therapeutische versus betriebswirtschaftliche Perspektive**

Richtete sich grob in den ersten zwei, zweieinhalb Betriebsphasen mehr oder weniger alles nach der therapeutischen Perspektive, so stand im Krisenjahre 1996 und in der ersten Hälfte des Bewältigungsjahres 1997 auf einmal die betriebswirtschaftliche Perspektive des "Auffüllens der Plätze" im Vordergrund. Dadurch wurden auch Kli-

ent/inn/en aufgenommen und in der Einrichtung "gehalten", die von ihrem Persönlichkeitsprofil und ihrer Therapiemotivation her nicht optimal auf die Therapiepraxis von *START AGAIN* passten. Als Folge davon hat sich das therapeutische Erfolgsprofil von *START AGAIN* verflacht (s. Unterabs. 10.2.3), was nicht unbedingt zu einem besseren Verhältnis mit den Versorgern führte und wiederum den Druck auf die Einrichtung von betriebswirtschaftlicher Seite erhöhte. Ausstiegsanstrengungen aus dieser reaktiven Spiralbewegung und ein gesundes Ausbalancieren therapeutischer und betriebswirtschaftlicher Perspektiven kennzeichnen die zweite Hälfte der fünften und aktuellen Betriebsphase. Die Grundformel autonomer Lebenspraxis von: "zur Verfügung stehende Spielräume innerhalb herrschender Rahmenbedingungen optimal zu nutzen", ist heute Programm für die ganze Einrichtung.

- **Zwischen Wandel als Konstante und Konstanz im Wandel**

Gegeben die konkrete Geschichte von *START AGAIN*, so rekonstruieren wir Wandel als ihre vorläufig kennzeichnendste Konstante. Ein Wandel, der angetrieben wurde durch Risikobereitschaft, Mut, strukturellen Optimismus, Flexibilität, persönliches Engagement und Innovativität. Ein Wandel, der umgekehrt aber auch an den Kräften der Mitarbeiter/innen zehrte, da er diese permanent hohen Ansprüchen aussetzte und sie zum Teil latent oder manifest überforderte bzw. kompetente Schlüsselpersonen überlastete.

Die fünfte Betriebsphase mit all ihren Anstrengungen im Zusammenhang mit der Neukonzeption von *START AGAIN* steht im Zeichen der Bewegung in Richtung geordneten Wandels und Konstanz im Wandel, Konstanz speziell im Sinne von: Die Art und Weise, wie mit Wandel umgegangen wird, soll konstant sein, vielfach unter Beweis gestelltes kreatives Handeln im Hier und Jetzt soll in grössere Kontinuitätsbögen eingelassen werden.

Das Thema, dass Lebenspraxis ganz allgemein permanentem Wandel unterliegt, werden wir in Abschnitt 6.3 aus *Vipassana*-Sicht reflektieren. Wir werden dann die scheinbar Paradoxe Gestalt besser fassen können, dass *START AGAIN* als "*Expertin für Umgang mit Wandel*" *beinahe an der Wandlungsdynamik, die im eigenen Betrieb entbunden wurde, scheiterte*: Basaler *struktureller Optimismus* als eine besondere Konsequenz langjähriger *Vipassana*-Praxis hat bei Leitungspersonen zu einem Mut und einer Risikobereitschaft geführt, die potenziell stark scheiterungsfähige Handlungszüge aufgleisten (z.B. Investition BERNER), Handlungszüge, die infolge markant veränderter Rahmenbedingungen (Nachfragerückgang nach stationärer Suchttherapie, restriktive Subventionspolitik infolge öffentlicher Verschuldung etc.) dann tatsächlich auch beinahe entgleisten. In der Rekonstruktion der Krisenbewältigung zeigt sich anschliessend interessanterweise genau der gleiche basale strukturelle Optimismus als tragfähige Grundlage seitens *START AGAIN*, um in nüchterner Zuversicht kreative Problemlösungen zu erarbeiten und in innovativem Handeln die Krise zu schliessen.

- **Orientierung am Ideal der lernenden Organisation**

Für SCHOLZ¹¹ zeichnet sich eine Organisation als lernende Organisation im Wesentlichen dadurch aus, dass sie "kontinuierlich ihre Fähigkeit ausweitet, ihre eigene Zukunft schöpferisch mitzugestalten." Dabei soll das Motto sein: "Gut ist, wer keine Fehler macht. Besser ist, wer aus seinen Fehlern lernt." In der Auseinandersetzung mit der 1996er Krise ist in *START AGAIN* so beispielsweise ein anhaltender Lernprozess in Gang gesetzt worden, der Einsicht und Verständnis bezüglich der wechselseitigen Beeinflus-

¹¹ S. Jahresbericht 1997 von *START AGAIN*.

sung innerbetrieblicher Interaktionen und vermeintlich externer Variablen zum Thema hat.

Als wichtigste Dimensionen, die das Lernfeld *START AGAIN* auf Organisationsebene charakterisiert, rekonstruieren wir die Orientierung an einer **systemischen Führungsperspektive**. Im Gegensatz zu einem hierarchischen Führungsverständnis, das Menschen mit Ausnahme von "Führungspersönlichkeiten" als reaktiv und führungsabhängig sieht, gilt der Mensch aus systemischer Perspektive als "von Natur aus" selbstaktiviert, neugierig und bereit zur Mitgestaltung seiner Welt, wobei die Entwicklung bzw. Verkümmern seiner Ressourcen von der individuellen Biologie, Biographie und aktuellen Rahmenbedingungen abhängt. Entsprechend versteht sich eine Führungspersönlichkeit in einem hierarchischen Kontext als "Kapitän", während aus systemischer Führungsperspektive das Entwerfen und Gestalten von Rahmenbedingungen für partizipative Entscheidungsfindung und Strategieentwicklung und dafür, dass teilautonome Teams als Zellen des Gesamtorganismus und der Projektarbeit fungieren können, im Zentrum stehen. Aus dieser Perspektive haben *leaders* sowohl im Interesse ihrer Teams als auch der ganzen Organisation zu wirken, sie müssen bifokal operieren.

Aus der Analyse der Betriebsgeschichte von *START AGAIN* leiten wir ab, dass während die Orientierung am Ideal des systemischen Führungsverständnisses eindeutig kreativitätsfördernd und damit grundlegend für innovatives Handeln ist, dass auch Gegenbewegungen im Auge zu behalten sind, wie zum Beispiel: Dass eine flexible Vereinbarungskultur bei flacher Hierarchie und dezentralisierter Führung mangels Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit aus dem Ruder läuft; dass es ohne strenges organisatorisches Führungskorsett entweder zu Gefühlen der Verlorenheit oder zur Bildung "persönlicher Königreiche" mit der Kultivierung nicht transparenter Lieblingsideen kommt; oder dass Unterschiede in den individuellen fachlichen und zwischenmenschlichen Kompetenzen in reaktiven Teamprozessen kompensiert werden, weil alle Organisationsmitglieder mit allen in intensiven wechselseitigen Beziehungen und Abhängigkeiten verknüpft sind. Falls diese Gegenbewegungen nicht frühzeitig erkannt werden, droht der Organisation in all diesen Fällen chronische Überforderung der Mitglieder, Desintegration und Qualitätsverlust.

Ein delikates Ausbalancieren von wechselseitigem Führen und Geführtwerden, von Rahmensetzen und Rahmennutzen, von pragmatischer Macht- und Verantwortungsrealität der Leitung einerseits und Konsensfindung im Grossteam andererseits, von transparenten Leistungsstandards und nüchterner Team- und Selbstreflexion und von anderem mehr bestimmt seit der fünften Betriebsphase sehr bewusst das innerbetriebliche Handeln in *START AGAIN*.

Zum Schluss wollen wir gestützt auf die Beobachtungen in *START AGAIN* folgende These festhalten: *Eine Organisation ist in der Masse eine lernende Organisation, wie die Menschen dieser Organisation intrinsisch motiviert sind zu lernen. Rahmenbedingungen, die Lernen fördern, können geschaffen werden, umgekehrt kann Lernwilligkeit aber nicht verordnet werden.*

• **Professionalisierung therapeutischen Handelns**

Eine wichtige Subdimension der Orientierung am Ideal der lernenden Organisation wird in *START AGAIN* durch das vielfache Aufspannen von Räumen zur Professionalisierung des therapeutischen Handelns realisiert. Die Abkehr vom Ansatz des *Ex-Addict-Counseling* zu Gunsten von Beratung und Therapie durch Professionelle ist dafür nur ein vordergründiges Zeichen. Grundsätzlich geht es dabei nicht um eine Expertisierung im Sinne einer Steigerung theoretischen Wissens und einer Zunahme an subsumtionslogisch anzuwendenden "sauberen" Problemlösungen, sondern um die gleichzeitige För-

derung von fallrekonstruktiv-analytischer Kompetenz einerseits und Begegnungsfähigkeit andererseits. Das *START AGAIN* zu Grunde liegende Professionalisierungskonzept wird in Abschnitt 6.1 erörtert.

Wie die Erfahrungen in *START AGAIN* zeigen, besteht im Bereich stationäre Suchttherapie im Allgemeinen ein ausgeprägter Professionalisierungsbedarf therapeutischen Handelns. Dieser Bedarf leitet sich einerseits aus der Vielschichtigkeit und Komplexität des Phänomens Sucht ab, in dem gesamtgesellschaftliche, familiengeschichtliche, biographische, somatische, psychosomatische und geistige Handlungs- und Erfahrungsstränge verwoben sind (s. Abschnitt 7.3) andererseits geht mit der sinnstrukturellen Charakteristik suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis (s. Abschnitt 3.3) einher, dass das Gestalten eines Arbeitsbündnisses und die Begegnungsarbeit bei süchtigen Menschen eine sehr anspruchsvolle Aufgabe ist.¹² Nun, ebenso notwendig Professionalisierung im Bereich stationäre Suchttherapie ist, so langwierig und Ausdauer fordernd ist sie, wie es allgemein bei Prozessen der Habitusformation der Fall ist. Mit anderen Worten: Auf institutioneller Ebene ist eine Voraussetzung für die Professionalisierung therapeutischen Handelns ein klares mittel- und langfristiges Konzept der internen und externen Aus- und Weiterbildung.

- **Zwischen Stadt und Land**

Ein letztes konkretes Gegensatzpaar, das die Geschichte von *START AGAIN* prägt, ist das von Stadt und Land. Während Männedorf ein integriertes Milieu im ländlichen Kontext mit hoher sozialer Kontrolle darstellt, so ist das Grossstadtmilieu von Zürich durch Multikulturalität, Anonymität, durch vielfältiges Kultur- und Sportangebot einerseits und grosses Zerstreuungspotenzial andererseits gekennzeichnet. Mit der Investition in die Liegenschaft BERNER mitten in der Stadt Zürich unterstreicht *START AGAIN* seine Ansicht, *dass für Suchttherapie nicht Ausgrenzung aus, sondern Integration in die Gesellschaft Thema sein muss, da Drogensucht nur als die Spitze des Eisbergs eines gesamtgesellschaftlichen Problems anzusehen ist, jenem von Süchtigkeit*; s. Abschnitt 7.3.

Umgekehrt birgt auch der ländliche Kontext starke Ressourcen für den Genesungsprozess drogenabhängiger Menschen, und zwar speziell am Anfang der Therapie, als Hilfsmittel zur Distanzierung und um zur Ruhe zu kommen. Diese Einsicht unterstreicht *START AGAIN* mit der Suche von Räumlichkeiten für die Eintrittswohngemeinschaft (EWG) in eher ländlichem Kontext. Mit der Neukonzeption des Behandlungsprogramms von *START AGAIN* wird das Nutzungsverhältnis zwischen konkreten Ressourcen von Land und Stadt für den therapeutischen Genesungsprozess je nach geographischer Lage und räumlicher Ausgestaltung der EWG neu zu bestimmen sein.

¹² S. auch die Ausführungen im Vertiefungsunterabs. A2.1.3.

6 Allgemeine Strukturlogik der interventiven Grundelemente von *START AGAIN*

6.1 Professionalisierung therapeutischen Handelns. Professionelle systemische Therapie

6.1.1 Zur Strukturlogik professionalisierten Handelns

Aus funktionalistischer Sicht werden zur Unterscheidung der Professionen von anderen Berufen und Tätigkeiten üblicherweise folgende Merkmale angeführt: (1) systematisches theoretisches und praktisches Wissen, das in akademisch formalisierten und staatlich lizenzierten Bildungsgängen vermittelt wird; (2) eine am Gemeinwohl ausgerichtete Handlungsorientierung (im Falle der "Therapie" haben wir z.B. die Prämisse, dass die körperliche und psycho-soziale Integrität des Lebens zu bewahren sei); und (3) die Habitualisierung der kollegialen Selbstkontrolle auf der Basis einer Professionsethik. Diese Merkmale reichen aber nicht aus, um die strukturlogische Spezifik professioneller bzw. professionalisierungsbedürftiger Berufe und Tätigkeiten zu bestimmen.¹

Im Folgenden referieren wir daher kurz OEVERMANNs strukturtheoretische Konzeptualisierung professionalisierten Handelns. Diese Darstellung verfolgt wiederum, wie die Ausführungen in den Abschnitten 2.2 und 3.1, ein Doppeltes: Einerseits erweitert sie den begrifflichen Bezugsrahmen für die Fallstudie von *START AGAIN*, andererseits liefert sie gleichzeitig eine weitere Explikation der systematischen Wissensbasis, die der Konzeptionalisierung von *START AGAIN* zu Grunde liegt.

Der Kerngegenstand jeder professionalisierten bzw. professionalisierungsbedürftigen Praxis kann begriffen werden als (*partiell*) *stellvertretende Auslegung und Bewältigung von Krisen einer individualen oder kollektiven Lebenspraxis*. Dabei fassen wir Lebenspraxis grundsätzlich als widersprüchliche Einheit von Entscheidungszwang (auch Nichtentscheiden ist eine Entscheidung!) und Begründungsverpflichtung auf, und partiell stellvertretende expertenhafte Krisenbewältigung ist dann gefragt, wenn die "Bordmittel" einer konkreten Lebenspraxis entweder prophylaktisch erweitert werden sollen oder

¹ Eine systematische Darstellung von drei grundlegenden soziologischen Ansätzen der Professionalisierungstheorie (R. STICHWEH: systemtheoretisch, U. OEVERMANN: strukturtheoretisch und F. SCHÜTZE: interaktionistisch in der Theorietradition der Chicagoer Schule) sowie Ausführungen zur Professionalisierung in spezifischen Handlungsfeldern wie Schulpädagogik, Erwachsenenbildung, Sozialpädagogik/Sozialarbeit und Therapie finden sich im kürzlich erschienenen Sammelband *Pädagogische Professionalität*, herausgegeben von A. COMBE und W. HELSPER (Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1996).

aktuell nicht ausreichen, um eine Krise der Geltung von Wissen, Maximen, Praktiken und Prozeduren auf individueller oder kollektiver Ebene zu lösen.

OEVERMANN (1996a, 1998b) unterscheidet allgemein drei gesellschaftsfunktional verschiedene Fokuse der partiell stellvertretenden Krisenbearbeitung:

- (1) den *Fokus der Prophylaxe und Therapie* (Pädagogen, Ärzte, Therapeuten etc.), in dem es um die Bewahrung und Wiederherstellung der somato-psycho-sozialen Integrität von Personen geht;
- (2) den *Fokus der Rechtspflege und Rechtsfindung, der sozialen Kontrolle* (Juristen, Kriminalisten etc.), in dem es um die Bewahrung und Wiederherstellung von sittlicher Integrität und von Gerechtigkeit der politischen Vergemeinschaftung geht; und
- (3) den *Fokus der methodisch expliziten und kontrollierten Überprüfung von Geltungsansprüchen* in den Bereichen von begrifflicher Erkenntnis (Wissenschaft) und sinnlicher Erkenntnis (Kunst).

Strukturlogisch zeichnet sich **professionalisiertes Handeln** allgemein als vieldimensionale widersprüchliche Einheit aus, wo folgende Gegensätze zu binden sind:

- (1) die Gegenpole der *Krisenthematisierung* einerseits und die *Routinisierung ausseralltäglicher (partiell stellvertretender) Krisenbewältigungen* oder die systematische Erneuerung durch Krisenbewältigung andererseits (das im Gegensatz zur Problembeiwältigung durch Routineexekution im bürokratischen oder marktförmigen Handeln); und
- (2) das polare Gegensatzpaar von *Handeln als ganzer Person* und *unpersönlichem Rollenhandeln*, von diffuser und funktional-spezifischer Sozialbeziehung, also von Nähe und Distanz.
- (3) Professionalisierte *klientenbezogene* Praxisformen, die die beiden Fokuse "Prophylaxe und Therapie" und "Rechtspflege und soziale Kontrolle" ausmachen, sind zusätzlich noch dadurch charakterisiert, dass sie gesellschaftliche Orte der praktischen Vermittlung von *Theorie* und *Praxis* darstellen.

Entsprechend leitet sich für das Idealmodell professionalisierten klientenbezogenen Handelns eine Professionalisierung doppelter Art ab: Zum einen ist eine *Einsozialisati-on in den wissenschaftlichen Diskurs* (d.h. in die "unpraktische Praxisform" der methodisch expliziten und kontrollierten Überprüfung von Geltungsansprüchen, die durch die "Logik des unvoreingenommenen Blickes" und die "Logik des besseren Argumentes" gekennzeichnet ist) gefordert, zum anderen ist die *Einsozialisati-on in einen spezifischen Habitus* (Habitusformation) zu vollziehen, in jenen Habitus, der mit der je besonderen Handlungs- und Kunstlehre der professionalisierten Praxisform einhergeht.

Bezüglich der Notwendigkeit der Einsozialisati-on in den wissenschaftlichen Diskurs erinnern wir daran, dass professionalisiertes klientenbezogenes Handeln sich grundthematish mit stellvertretender Deutung und Krisenbewältigung auseinandersetzt. Um nun die für professionalisiertes Handeln stark ausgeprägte polare Spannung zwischen einem einerseits verschärften Entscheidungszwang – da aktuell lebenspraktische Krisen vorliegen – und einer andererseits gesteigerten Begründungsverpflichtung – da mit der Stellvertretung bezüglich der Deutung und Bewältigung existenzieller Probleme auch Verantwortlichkeitsmomente übernommen werden – in einer gegenstandsadäquaten Praxisform gültig zu binden und diese gleichzeitig rational zu begründen, muss auf systematisches, erfahrungswissenschaftlich bewährtes Wissen zurückgegriffen werden können. Dieses Fachwissen ist aber einem steten Anpassungs- und Erneuerungsprozess unterworfen, was *für professionell Handelnde zwingend die Selbstverpflichtung zur permanenten Wissensanpassung und Weiterbildung nach sich zieht*.

Bezüglich **Habitusformationen** halten wir ganz allgemein fest,² dass es sich dabei insofern um Grundformen von "schweigendem Wissen" (*tacit knowledge*) handelt, als "sie ein Urteil der Angemessenheit scharf zuschneiden und generieren, ohne dass die Urteilsgründe vom Urteilenden explizit angegeben werden könnten." Habitusformationen sind gewissermaßen "Verdichtungen der milieuspezifischen Lebensordnung, in die man einsozialisiert wird", und, wenn auch kaum bewusstseinsfähig, so sind sie als tief verankerte Muster der Weltsicht und der Bewältigung von Praxis (und somit von Krisen) stark handlungsleitend. Als solche sind sie zudem "dem expliziten, erst recht dem kodifizierten Wissen vorgeordnet und stehen nicht selten, ohne dass es dem urteilenden Subjekt bewusst ist, diesem entgegen."

6.1.2 Therapie als professionalisiertes Helfen. Fallverstehen in der Begegnung

Als Nächstes wenden wir uns der spezifischen Ausprägung der Strukturlogik professionalisierten Handelns im Fall von "**Therapie als professionalisiertes Helfen**" zu.

Wie wir in Unterabs. 2.2.6 dargelegt haben, stellt *beschädigte Autonomie* den zentralen Bezugspunkt therapeutischen Handelns dar. Diese Tatsache, die insbesondere von *START AGAIN* explizit aufgenommen wird, rückt therapeutisches Handeln sowohl theoretisch-analytisch wie material (d.h. vom konkreten Gegenstand her) ein in den Gesamtzusammenhang: sozialisatorische Genese von Autonomie, wie wir ihn in Abschnitt 3.1 erörtert haben. "Denn wo die Autonomie des Subjekts durch Beschädigung der leiblichen und psychosozialen Integrität eingeschränkt ist und das Subjekt durch Selbstheilung und ohne professionelle Hilfe diese Integrität nicht wiederherstellen kann, muss eine therapeutische oder prophylaktische Intervention zum einen normativ sich letztlich an diesem genetischen Modell von Autonomie orientieren, die es zu achten gilt, und zum anderen in ihrer aktuellen Interventionspraxis sowohl diese genetische Konstellation der Autonomisierung inszenieren als auch darin die konkret-individuelle Vorgeschichte der Beschädigung re-inszenieren."³

Im Zusammenhang von Heteronomie und Autonomie ist Therapie als professionalisiertes Helfen des Weiteren grundsätzlich durch eine *strukturelle Paradoxie* gekennzeichnet:⁴ Durch die Stigmatisierung zur Hilfsbedürftigkeit wird Hilfe suchenden Personen oder Systemen auf der strukturellen Ebene in dem Augenblick ein Stück Autonomie genommen, in dem mit der geleisteten Hilfe auf der inhaltlichen Ebene versucht wird, ihnen ein Stück verlorene Autonomie zurückzugeben bzw. pathologisch eingeschränkte Autonomie zu erweitern. *Das Ziel therapeutischen Handelns muss somit die Beseitigung der Beschädigung einer (individualen oder kollektiven) lebenspraktischen Autonomie sein, ohne dass die Intervention zum Quell neuer Abhängigkeit wird und so zu neuem Autonomieverlust führt. Daher muss "Hilfe zur Selbsthilfe" das Leitprinzip sein.*

Genau im Versuch, diese strukturelle Paradoxie des Helfens aufzulösen, liegt die zentrale Dimension professionalisierten therapeutischen Handelns begründet, die widersprüchliche Einheit von Handeln als ganzer Person und von Rollenhandeln. Die Paradoxie wird einerseits dadurch möglichst gering gehalten, dass sich die professionalisierte therapeutische Praxis an die soziale Nähe und die Praxis in den diffusen Sozialbeziehungen des familialen sozialisatorischen Interaktionssystems anschmiegt, anderer-

² Siehe OEVERMANN (1998b: 46ff.).

³ OEVERMANN (1996a: 114f.).

⁴ Vgl. OEVERMANN (1998a).

seits garantiert die Orientierung an der Ausübung einer spezifischen Rolle, dass die professionalisierte Praxis ihre Leistung universalistisch prinzipiell allen Hilfsbedürftigen gleichermassen zur Verfügung stellen kann, ohne Ansehen der je konkreten Person(en), und dass diese Leistung auf der Basis eines universalistischen Wissens erfolgt.⁵

Die spezifische Beziehungspraxis, die als gleichzeitige Ausgestaltung einer diffusen und spezifischen Sozialbeziehung hilfsbedürftigen Personen oder Systemen gegenüber den Strukturkern therapeutischen Handelns ausmacht, wird **Arbeitsbündnis** genannt. Damit können wir das Arbeitsbündnis als den konkreten Strukturort der für professionalisiertes therapeutisches Handeln charakteristischen praktischen Vermittlung von Theorie und Praxis erachten.

HILDENBRAND und WELTER-ENDERLIN haben nun gemeinsam die allgemeinen professionalisierungstheoretischen Überlegungen OEVERMANNs für den besonderen Handlungszusammenhang systemische Therapie übersetzt und in ihrem Konzept von "**Fallverstehen in der Begegnung**" praxisorientiert weiter ausdifferenziert,⁶ jenem Konzept, das *START AGAIN*, wie wir in Unterabs. 2.2.1 erklärt haben, seinem systemischen Therapieverständnis zu Grunde legt.⁷

Gestützt auf die oben und die in den Kapiteln 2 und 3 eingeführten Begrifflichkeiten können wir dieses Konzept in seiner Übersetzung für *START AGAIN* hier in Kürze darstellen. Das Eigenständige dieses Konzeptes ist seine besondere Realisierung der widersprüchlichen Einheit von Diffusität und Spezifität. Es wird von zwei Achsen ausgegangen, einer *Achse der Begegnung* – d.h. affektive Nähe, Empathie, Versprechen auf Kontinuität, Vertrauen und Diffusität (Begegnung als ganze Personen) – und einer dieser nachgeordneten *Achse des Fallverstehens* – d.h. Distanzierung und Spezifität (Sozialbeziehung als Rollenträger).

Die *Begegnungsachse* wird personal aufgespannt vom Klienten oder der Klientin bzw. von einem (typischerweise familialen) Klientensystem einerseits und dem oder der Professionellen bzw. dem Therapeuten system andererseits. Der Begriff **Begegnung** hat seinen Eingang in den therapeutischen Diskurs nach dem 2. Weltkrieg über die anthropologische Psychiatrie (v. BAEYER, 1955, 1978; v. USLAR, 1969; s. auch WELTER-ENDERLIN und HILDENBRAND, 1996) gefunden. Begegnung heisst Dialog und das, was sich im Dialog zwischen Menschen ereignet. Zentrales Medium der Begegnung ist also die

⁵ Vgl. OEVERMANN (1998a).

⁶ Siehe z.B. HILDENBRAND (1995, 1997); WELTER-ENDERLIN und HILDENBRAND (1996); und HILDENBRAND und WELTER-ENDERLIN (1998).

⁷ Als Kontrastfolie zu den nachfolgenden Ausführungen skizzieren wir vorab kurz die idealtypische Umsetzung der für therapeutisches Handeln konstitutiven widersprüchlichen Einheit von diffuser und spezifischer Sozialbeziehung im Fall der **psychoanalytischen Therapie**; vgl. OEVERMANN (1996a: 116ff.):

Für die Durchführung des Arbeitsbündnisses in der psychoanalytischen Therapie gilt auf der Patienten-Seite die sogenannte "**Grundregel**". Sie fordert den Patienten auf, sich in der therapeutischen Situation gemäss der Strukturlogik der *diffusen Sozialbeziehung* zu verhalten. Der Therapeut seinerseits partizipiert – im Unterschied zum Patienten – allein *innerlich* an der diffusen Sozialbeziehung, indem er in sich bei Übertragung zwar die entsprechenden Gefühle und Empfindungen (d.h. Gegenübertragungs-Gefühle und -Empfindungen) "aufsteigen" lässt, was zum abgekürzten Sinnverständnis der Reinszenierung und der Symptome des Patienten notwendig ist, sie aber nicht "ausagiert".

Für den Therapeuten, dem die professionelle Kompetenz der fachgerechten Behandlung obliegt, gilt also so etwas wie eine "**Abstinenzregel**", deren Einhaltung das praktische Ausagieren von Gegenübertragungsgefühlen verhindert und damit das Belassen der therapeutischen Beziehung im Modell der *spezifischen Sozialbeziehung* sichert. An der spezifischen Sozialbeziehung hat schliesslich auch der Patient Anteil, wenngleich nicht verantwortlich: Er partizipiert an ihr mit seinen gesunden Anteilen in der Rolle des Klienten.

Sprache, und zwar im Sinne des "Ins-Gespräch-Kommens". Begegnung betont das Wir gegenüber einem getrennten Ich und Du und stellt modellhaft eine Alternative zu problematischen, psychische Störungen kennzeichnenden Interaktionsformen dar. *Therapiepraxis-programmatisch setzt die Konzeption des Begegnungsbegriffs, dass psychosoziale Störungen als Störungen des Begegnenkönnens zu lesen sind, und dass Heilung als "Heilung durch Begegnung" zu verstehen ist.*⁸

Aus strukturalistischer Sicht ist das Wesentliche an der Begegnungsachse das, dass die Professionellen als Professionelle in einem je speziellen organisatorischen Kontext, in *START AGAIN* in dem von *stationärer* Suchttherapie im ländlichen Kontext Männedorf bzw. im Grossstadtkontext Zürich, zu sehen sind, und dass die Klientinnen und Klienten in ihrer je individuellen beschädigten Autonomie, also in ihrer je individuellen Verstrickungs- und Traumatisierungsgeschichte bzw. in ihrer je individuellen Genesungsgeschichte, in *START AGAIN* grundsätzlich im Kontext von Drogenabhängigkeit, gesehen werden.

Um genau Letzteres zu leisten, d.h. um die Begegnung *fallverstehend* zu gestalten, wird die affektive Nähe der Begegnung gebrochen durch reflexive Distanz, durch eine Bewegung der Distanzierung, die schon im Wort "Fall" angezeigt wird. Die Distanzierung über methodisch kontrolliertes, rekonstruktives Fallverstehen wirkt dabei einer möglichen Stagnation des therapeutischen Prozesses entgegen, einer Stagnation, die dadurch entstehen könnte, dass man bei ausschliesslicher Ausrichtung auf Begegnung zwar gefühlige Situationen des quasi-familialen Beisammenseins einrichten könnte, diese aber keine Potenz in Richtung Strukturtransformation hätten. Ausserdem dient die Bewegung der Distanzierung im Fallverstehen der Wahrung der Universalität und der funktionalen Spezifität der Therapeut/in-Klient/in-Beziehung.

Um das "Zweiachsenmodell" des Fallverstehens in der Begegnung zu komplettieren, bemerken wir, dass das rekonstruktive Fallverstehen eingelassen ist in die *Wissensachse*, die die Begegnungsachse gewissermassen kreuzt, dieser grundsätzlich aber nachgeordnet ist, d.h. sozusagen im Hintergrund liegt. Die Wissensachse wird aufgespannt durch philosophische Grundlagen (Menschenbild, Weltansicht etc.) und theoretisches Wissen einerseits und durch Handlungsregeln und -techniken andererseits.

START AGAIN umreisst sein Menschenbild summarisch als "freiheitlich, emanzipatorisch und humanistisch." Eine differenzierte Rekonstruktion des latenten "tiefensystemischen" Menschenbildes von *START AGAIN* geben wir im folgenden Kapitel in Unterabs. 7.2.1. Die wichtigsten Elemente des für *START AGAIN* grundlegenden theoretischen Wissens haben wir bereits in den Kapiteln 2 und 3 expliziert, und was die Handlungsregeln und -techniken anbelangt, so ist das methodisch kontrollierte, rekonstruktive Fallverstehen, wie wir es in Kapitel 3 und dem zugeordneten Vertiefungskapitel A3 exemplarisch vorgeführt haben, zentral. Es geht dabei um latente Sinnstrukturen, Fallstrukturgesetzmässigkeiten, um das Erkennen von Handlungs- und Wissensmustern, und zwar stets mit dem Ziel, gemeinsam mit den Hilfesuchenden neue Handlungs- und Wissensmuster zu entwickeln und bei ihnen lebenspraktisch zu festigen.

Die therapiepraxis-relevante Frage ist schliesslich die: Wie setzt man die widersprüchlichen Pole von Fallverstehen und Begegnung, von spezifischer und diffuser Sozialbeziehung zueinander ins Verhältnis, und zwar immer wieder aufs Neue im Rahmen eines fortlaufenden Prozesses?

⁸ Vgl. HILDENBRAND (1995).

Dazu gibt es in *START AGAIN* zwei allgemeine Leitgedanken, die wir kurz ausführen wollen.

1. Leitgedanken: In Unterabs. 2.2.6 haben wir die an SARTRE angelehnte für den Therapieprozess zentrale generative Frage formuliert: "Was macht der Mensch aus dem, was die Verhältnisse aus ihm gemacht haben?" Mit dieser Frage werden Menschen gleichzeitig als Täter *und* Opfer ihrer Verhältnisse gesehen, was speziell im Kontext Suchttherapie bedeutungsvoll ist; vgl. Unterabs. 3.3.3. Nimmt man diese Frage ernst, so wird man sozusagen zwangsläufig dazu geführt, **Biographiearbeit** umzusetzen, d.h. zu Rekonstruieren, was die Menschen aus dem gemacht haben, was die Verhältnisse aus ihnen gemacht haben; s. auch die Bemerkungen in Unterabs. 3.2.2.1. Die Kunst besteht dann darin, den Blick zurück in die Vergangenheit, auf die Wurzeln über die Frage: "Was hätte auch sein können?" zu einem Blick in mögliche Zukünfte werden zu lassen, wobei die generative Frage lautet: "Was wäre wenn?"

Geht man diesen Fragen systematisch nach, so entbinden sie in therapeutischer Begleitung naturwüchsigerweise einen *Gestaltungsprozess von Lebenspraxis, dessen Ziel es ist, Vorgegebenes (heteronome Kontexte) in Aufgegebenes (autonom Ausgestaltbares) zu wandeln, die zwei Momente der Verantwortungszuschreibung bzw. -übernahme (gerichtet auf die Autonomie in der Beschädigung) und der Invalidisierung (Anerkennung einer vorliegenden Beschädigung der Autonomie) auszubalancieren und die rechte Gewichtung zwischen Über- und Unterforderung zu finden.*

2. Leitgedanken: Als Grundmodell für die konkrete Ausgestaltung des Arbeitsbündnisses als sozialer Ort der Verschränkung von diffuser und spezifischer Sozialbeziehung und der praktischen Vermittlung von Theorie und Praxis greift *START AGAIN* auf ein "Dreikreismodell" von HILDENBRAND (1997) zurück, dessen Thema die konkrete Rahmung von Therapieprozessen ist.

Nach dem Dreikreismodell ist jeder therapeutische Prozess gewissermassen dreifach zu rahmen. Zunächst geht es um die Herstellung einer *affektiv positiven Beziehung* zwischen Klient/inn/en und Therapeut/inn/en, diesem folgt die Etablierung des "*sozialen Rahmens*", der klärt, was Therapie ist, und schliesslich kommt es zu einer eher kognitiv ausgerichteten "*Auftragsklärung*". Dazu je ein paar Bemerkungen:

Bevor man mit Klienten oder einem Klientensystem etwas aushandeln kann, bedarf es grundsätzlich, speziell wenn man es mit beschädigter Lebenspraxis zu tun hat, der Vermittlung von Sicherheit. Tom LEVOLD⁹ nennt als Grundlage für die Herstellung einer affektiv positiven therapeutischen Beziehung Prozesse des Verbindens (*joining*), der Spannungsreduktion und der Affektabstimmung.

Um die Notwendigkeit eines "sozialen Rahmens" nachvollziehbar zu machen, stellt HILDENBRAND die Frage: "Wer kann denn garantieren, dass die Klientinnen und Klienten wissen, was das ist, wenn jemand sagt: 'Das ist Therapie'?" In Anlehnung an Erving GOFFMAN (1977) hält HILDENBRAND fest, dass ganz allgemein, bevor Aufträge verhandelt werden können, ein Rahmen definiert werden muss, innerhalb dessen die Aufträge verhandelt werden können. Die grundlegende Beobachtung ist hier, dass Handlungen des täglichen Lebens verstehbar sind wegen eines oder mehrerer Rahmen, die ihnen Sinn verleihen, die sozusagen vorreflexiv Komplexität reduzieren oder Gestaltkompletierung ermöglichen. Soziale Rahmen sind sozial etabliert, sie orientieren das Handeln und setzen Massstäbe dafür. Rahmenverletzungen und Rahmenbrüchen ziehen unweigerlich Korrekturbemühungen nach sich, da es eine allgemeine menschliche Eigenart zu

⁹ T. LEVOLD, "Affekt und System: Plädoyer für eine Perspektivenerweiterung" in HILDENBRAND und WELTER-ENDERLIN (Herbst 1998).

sein scheint, einmal etablierte Rahmen da zu halten, wo sie sind. Die Frage also: Was soll hier geschehen, damit das, was hier geschieht, Therapie ist? darf nicht als beantwortet vorausgesetzt werden, sondern ist immer wieder von neuem zu klären. Der letzte Schritt, die Auftragsklärung, setzt die Beantwortung dieser Frage voraus und ist deshalb der sozialen Rahmung des Therapieprozesses nachgeordnet. Eine Vielzahl an Situationsrekonstruktionen und alltagspraktischen Erfahrungen in *START AGAIN* unterstreicht die Notwendigkeit einer bewussten und klaren sozialen Rahmung therapeutischer Prozesse, und zwar ganz besonders im anomiegeprägten Kontext der Suchttherapie.

Bezüglich des letzten Kreises der sozusagen kognitiven Form der Auftragsklärung zitieren wir Kurt LUDEWIG:¹⁰ "Therapeutische Kommunikation bedeutet in jeder Phase Sinnstiftung oder Themenwahl und damit Reduktion von Komplexität. [...] Erst der ausgehandelte und eindeutig formulierte Auftrag definiert das Hilfesystem als Therapie, Beratung oder Begleitung. Er legt also fest: Ziel und Methoden der Hilfemassnahme, Kriterien für die Durchführung und die Verlaufsprüfung, Entscheidungshilfen für die Beendigung, Erfolgskriterien usw."

Die dreifache Ausgestaltung des Arbeitsbündnisses von der Herstellung einer affektiv positiven therapeutischen Beziehung über die Etablierung des sozialen Rahmens: "Das ist Therapie" bis zur kognitiv ausgerichteten Auftragsklärung ist nun nicht etwas, das, gewissermassen bevor die Therapie losgehen kann, einmal zu bewerkstelligen ist, sondern es handelt sich dabei vielmehr um einen in sich fortlaufenden Prozess, wo manchmal im Bereich der Herstellung einer positiven Beziehung gearbeitet werden muss, wo von Zeit zu Zeit ein entglittener Rahmen wiederhergestellt werden muss und wo periodisch die Auftragsklärung verändert werden muss, weil der therapeutische Prozess vorangegangen ist.¹¹ Summarisch wird dieser dreifache, in sich fortlaufende Prozess der kontinuierlichen Arbeitsbündnisausgestaltung im Begriff **Aushandeln** gefasst.

Zum Schluss wollen wir den Bogen zum Anfang dieses Unterabschnittes zurückspannen, wo wir OEVERMANNs drei Fokuse professionalisierten bzw. professionalisierungsbedürftigen Handelns vorgestellt haben.

Speziell im Fall von "**Therapie statt Strafe**" im Drogensuchtbereich muss die Ausgestaltung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses einen ganz zentralen Aufmerksamkeitspunkt darstellen, da hier ein basales Strukturdilemma vorliegt. Das Strukturdilemma von "Therapie statt Strafe" ist charakterisiert durch die *doppelte Zugehörigkeit – typisch für die Sozialarbeit im Allgemeinen – zum Fokus "Prophylaxe und Therapie" und zum gewissermassen spiegelbildlichen und strukturlogisch scharf getrennten Fokus "Rechtspflege und soziale Kontrolle"*. Um dieses Strukturdilemma greifbarer zu machen, erinnern wir uns daran, dass die zentrale "Gründungsvoraussetzung" des Arbeitsbündnisses auf der Seite der Klientinnen und Klienten der *Leidensdruck* oder, positiv konnotiert, der *Wille zur Genesung* ist. Das Aufsuchen einer Behandlung als Resultat einer autonomen Entscheidung und damit die Anerkennung des Leidens ist der erste Schritt auf dem Weg zur Heilung. Er ist Ausdruck des in der Beschädigung verbleibenden Autonomiepotenzials.

¹⁰ LUDEWIG (1972) zitiert nach HILDENBRAND (1997).

¹¹ Weitere äusserst aufschlussreiche Ausführungen zum Thema Rahmung, die auch für *START AGAIN* ein reiches Entwicklungspotenzial darstellen würden, finden sich in einem schönen Aufsatz von Gregory BATESON: "Eine Theorie des Spiels und der Phantasie", abgedruckt in dessen Buch *Ökologie des Geistes: Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven* (Suhkamp, Frankfurt a.M., 1996⁶). Da geht es letztlich darum, wie HILDENBRAND (1997) zutreffend hervorhebt, dass Therapie prinzipiell nichts anderes ist als Metakommunikation über Rahmen.

Wie sich ein Ausbleiben dieser Gründungsvoraussetzung im Fall von "Therapie statt Strafe", d.h. bei Massnahmeklient/inn/en, auswirken kann, zeigt der im Vertiefungsabschnitt A2.1 wiedergegebene und analysierte Interviewausschnitt von Kurt, der ein eindrückliches Beispiel für das Unterlaufen eines therapeutischen Arbeitsbündnisses wiedergibt.

Professionalisiertes therapeutisches Handeln im Kontext "Therapie statt Strafe" muss somit einerseits, gewissermassen nach innen, stets die Arbeitsbündnisproblematik im Auge behalten, andererseits nach aussen die aktive Zusammenarbeit mit der Justiz, d.h. den kantonalen Ämtern für Straf- und Massnahmenvollzug suchen, damit in problematischen Fällen je fallspezifisch die behütende und schützende Handlungslogik der professionalisierten Hilfe und die zurechtweisende und sanktionierende Handlungslogik der Rechtspflege und sozialen Kontrolle sozusagen fokusgetrennt aber dialogisch zueinander in Bezug gesetzt werden können.

Ein wichtiger Zwischenschritt in der Rehabilitation von Drogenabhängigen im Kontext "Therapie statt Strafe" wird daher gerade durch eine erste klare und verbindliche Aushandlung eines Arbeitsbündnisses oder, mit anderen Worten, der transparenten Klärung der Therapiemotivation markiert. Zwischenschritt und nicht Beginn deshalb, weil das Einhalten eines Arbeitsbündnisses in sich schon eine Einsicht in verdrängte Konstellationen bedeutet, also etwas setzt, was mit dem Ziel therapeutischen Handelns zusammenfällt. Anders formuliert: *Der faktische Anfang der Therapie beruht oft auf einer notwendigen, produktiven "Fiktion der Therapiemotivation" und der therapeutische Prozess muss sich gleichsam am eigenen Schopf aus dem Sumpf ziehen.*

Diesem Umstand entspricht, dass "Therapie als professionalisierte, in sich autonome Praxis sich nicht durch die Implementation von feststehenden Programmen und nicht durch die Subsumtion unter schematisierte oder standardisierte Rezepte realisiert, sondern durch den Vollzug einer lebendigen, zukunfts-offenen Beziehung in einem [schrittweise etablierten und der permanenten Neuaushandlung unterworfenen – UMS] Arbeitsbündnis zwischen ganzen Menschen."¹² *START AGAIN versteht und praktiziert Therapie entsprechend als permanenten Aushandlungsprozess in der Begegnung.*

6.1.3 Milieubegriff und Familientherapie¹³

Der Milieubegriff von *START AGAIN* erwächst der sozialphänomenologischen Tradition und geht theoriegeschichtlich auf Max SCHELER und Alfred SCHÜTZ zurück.¹⁴

SCHELER führt den Begriff des **Milieu** auf einem fundamentalen Niveau ein, indem er sagt, dass wir alltäglich handelnd es mit Dingen zu tun haben, die weder mit dem kantischen "Ding an sich" noch mit wissenschaftlichen Gegenständen unmittelbar etwas zu tun haben. Alltäglich handelnd haben wir es mit "Milieu-Dingen" zu tun, die in der "relativ natürlichen Weltanschauungsrichtung" liegen und als Handlungsgegenstände "Werteinheiten" sind. In diese "relativ natürliche Weltanschauung" gehört folglich alles hinein, was als "fraglos gegeben" gilt, jeder Gegenstand und Inhalt des Meinens in den Strukturformen des ohne besondere spontane Akte "Gegebenen", der allgemein für einer Rechtfertigung nicht bedürftig empfunden und fähig gehalten wird. Entsprechend ist also Milieu *die Gesamtheit dessen, was von einem Individuum als auf es wirksam empfunden wird.*

¹² OEVERMANN (1996a: 122).

¹³ Verfasst von Dr. Gerhard SCHOLZ, Gesamtleiter von *START AGAIN*.

¹⁴ Vgl. hierzu SCHELER (1960) und SCHÜTZ (1971).

Damit nähert sich *START AGAINs* Milieubegriff gleichzeitig dem phänomenologischen Lebensweltbegriff. Unter alltäglicher **Lebenswelt** wird dort jener Wirklichkeitsbereich verstanden, den der wache und normale Erwachsene in der Einstellung des gesunden Menschenverstandes als "schlicht gegeben" vorfindet. Der Unterschied von Lebenswelt und Milieu liegt in der Reichweite, d.h. der Tatsache, dass wir ein Gemeinsames vorfinden im "bis auf weiteres unproblematischen Sachverhalt", mit dem Unterschied aber, dass *die Lebenswelt die Basis dafür liefert, das "bislang Fraglose" in Frage zu stellen.*

Suchttherapie ist der Versuch eine Kette von Selbstverständlichkeiten als Resultat der routinemässigen Abfolge der Erfahrungen, der "relativ natürlichen Weltanschauung" zu unterbrechen, und zwar in der Art, dass die Fraglosigkeit von Erfahrungen "explodiert", wenn erfasste Aspekte eines Gegenstandes bzw. antizipierte Phasen des Bewusstseins, zur Selbstgegebenheit geworden, mit neu gemachten Erfahrungen nicht mehr zur Dekkung gebracht werden können.

Die suchttherapeutische Wirklichkeit fordert den süchtigen Menschen sozusagen zur Neuauslegung seiner Erfahrungen auf und unterbrechen den Ablauf der Selbstverständlichkeitskette. Der Kern seiner Milieuerfahrungen, den er auf Grund seines Wissensvorrates "bis auf weiteres" als selbstverständlich an sich vorbei passieren liess, wird ihm problematisch, und er muss sich ihm neu zuwenden.

In diesem Zusammenhang spielt die systemische Familientherapie in *START AGAIN* eine wichtige Rolle. In gemeinsamen Gesprächen mit Familienmitgliedern werden über die Analyse der Strukturen und Beziehungsmuster der Familien, aus denen die Drogensüchtigen stammen, wichtige Anhaltspunkte für die Entstehung, Aufrechterhaltung und die Therapie der Abhängigkeitsproblematik gewonnen.

6.2 Die behandlungsintegrierte Philosophie der *Anonymen Narkotiker* (NA: Narcotics Anonymous)¹⁵

"Viele Bücher sind über das Wesen der Sucht geschrieben worden. In diesem Buch geht es um Genesung. Wenn Du süchtig bist und dieses Buch gefunden hast, bitte gib Dir eine Chance und lies es!"¹⁶

In dieser Textpassage, die dem Basistext im Buch *Narcotics Anonymous* vorangestellt ist, kommt das zentrale Grundmuster der Orientierung der *Anonymen Narkotiker* (NA) zum Ausdruck: *Nicht ein suchttheoretisches Erklärungsmodell, sondern praxisnahe Genesung steht im Vordergrund.*

¹⁵ Dieser Abschnitt basiert auf dem gleichnamigen Abschnitt in SCHOLZ (1992).

¹⁶ Einleitungstext zum sogenannten Basistext in *Narcotics Anonymous* (1993): Übersetzung der fünften Ausgabe des Buches *Narcotics Anonymous, Zwölf Schritte und Zwölf Traditionen* mit Änderung nachgedruckt mit freundlicher Genehmigung von AA World Services, Inc.

6.2.1 Das Zwölf-Schritte-Programm der NA als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die Genesung von Drogensucht

Im Folgenden geht es darum die Bedeutungsstruktur der Zwölf Schritte der *Anonymen Narkotiker* zu erläutern. Eine feinsequenzielle Analyse der Zwölf Schritte und ihrer Anordnung ist im Vertiefungsabschnitt A6.1 zu finden.

Die Hintergrundphilosophie der *Anonymen Narkotiker* findet – in ständiger Anpassung der konkreten Form; s. Abschnitt 5.2 – im suchtrehabilitativen Verständnis von *START AGAIN* einen sowohl theoretischen als auch praktischen Niederschlag. Das Studium des Programms der *Anonymen Narkotiker* findet in Form von Textlektüre – d.h. vertiefende Wiederholung der Einsicht auf intellektueller Ebene – wie auch als Vorbereitung von konkreten Handlungsanweisungen auf der Alltagsebene und im mehrmals wöchentlichen Besuchen von Zwölf-Schritte-Gruppen ihren Niederschlag.

Das Streben im Genesungsverständnis der *Anonymen Narkotiker* gilt einem *immer tieferen Verständnis* dieser Zwölf Schritte. Dies impliziert ein Doppeltes: Die Schritte bilden in sich einerseits eine Sequenz, ein Fortschreiten, ein Vorankommen. Andererseits müssen die Schritte immer tiefer verstanden werden. Dieses immer tiefer Verstehen impliziert, dass man die Schrittfolge immer wieder durchlaufen muss.

Hier unterscheidet sich die Konzeption der *Anonymen Narkotiker* von einem herkömmlichen Therapieverständnis: Das Streben ist nicht ein Streben *nach* einer konkreten Zielvorstellung, z.B. Verdrängtes zu bearbeiten oder blosser Abstinenz von Drogen zu erreichen (*clean* zu sein), sondern sie nimmt hier den Stellenwert einer spirituell-ethischen Lebensführung an.

Das Bild, immer tieferes Verständnis zu erlangen, impliziert ein ständig zyklisches Wiederholen in einem *prinzipiell nicht abschliessbaren Prozess*. Es handelt sich um eine schrittweise gegliederte Bewegungsform, die die Verschränkung zweier an sich gegensätzlicher Bewegungsmodelle darstellt: *einem auf Vertiefen durch Wiederholen basierenden Spiralmodell und einem linearen Fortschrittsmodell*.

Der Terminus "Schritte" macht nur in einer sequenziellen Anordnung Sinn. Eine willkürliche Reihenfolge müsste begrifflich als 12 Punkte oder als Sammlung von Prinzipien, nicht jedoch als Schritte bezeichnet werden. Das interessante am Zwölf-Schritte-Konzept ist, dass in der Verschränkung eines spiralförmigen und linearen Bewegungsmodells die Sucht (spiralförmiges Verstricken) als auch der Ausstieg aus der Sucht (lineare Bewegung) zueinander in Bezug gesetzt werden.

Das Spiralförmige spiegelt hierbei den zyklischen Wiederholungszwang der Sucht wider: Mit einem in völlige Bindung führenden, abwärtsgerichteten Vorzeichen greift sich die permanente Rückkehr auf das geschlossene System zu einer ihr eigenen Dynamik der zunehmenden Verstrickung voran. Das lineare Fortschreiten im Sinne einer geregelten Vorwärtsbewegung verkörpert genau den Mangel des süchtigen Menschen: geregeltes Voranschreiten.

Dies heisst jedoch auch, dass durch das fortwährende Erreichen eines Anfangspunktes etwas umgesetzt wird, das der Sucht im Prinzip korrespondiert. Mit anderen Worten: Das Zwölf-Schritte-Programm der *Anonymen Narkotiker* macht sich die Suchtstruktur zu Nutze, um gewissermassen die Progression einzuschmuggeln. Das Programm ist somit ein Infiltrat von aussen, das der Süchtige über eine Therapie nicht bekommen würde.

Die suchtrehabilitatorische Therapiepraxis spricht in diesem Zusammenhang vom **Therapieresistenzproblem**. Das Therapieresistenzproblem des Süchtigen meint, dass der Süchtige in seiner Drogensucht die Interaktionsform Therapie sofort an die Gestalt-

struktur der Sucht assimiliert. Er begibt sich sofort wieder in die Position der Abhängigkeit und unterläuft damit das, was die Therapie konstituiert, nämlich die Widerstandsbearbeitung.¹⁷ Deshalb kann bei Süchtigen isolierte professionelle Therapie allein kaum funktionieren.

Das Erfolgsrezept der Anonymen Narkotiker beruht offensichtlich eben darin, dass an die Stelle der Abhängigkeit der Sucht eine "neue Bindung" gesetzt wird, jene der Autonomie der Zwölf Schritte. Dies ist im Allgemeinen erst einmal die Programmatik des Konzeptes.

Die entscheidende Fragestellung ist nun: Läuft die Struktur des Programms der Zwölf Schritte letzten Endes auf Autonomie hinaus oder beinhaltet sie, unter der Bedingung, Inhalte auszuwechseln, eine neue Entmündigung?

Die Basis, um diese Frage zu klären, liefert uns die Sequenzanalyse der Zwölf Schritte, die im Vertiefungsteil (Anh_IV.1) wiedergeben wird.

Bemerkenswert beim Erfahrungskonzept der *Anonymen Narkotiker* ist die erstaunlich logische Anordnung der Schritte und die enorme faktische Parallelität der Prinzipien mit der Konzeption der psychoanalytischen Therapie.

Unterschiedlich ist natürlich die Ausrichtung an eine transzendente Macht. Dennoch: Die Konzeption eines Gottes wird im Konzept der Zwölf Schritte nicht im Sinne einer fremden Instanz eingeführt. Die **Gotteskonzeption der Anonymen Narkotiker** nimmt eine Art Platzhalterfunktion ein, die dann hinterher durch Selbstvertrauen transformiert werden soll. Die Gotteskonzeption ist gewissermassen ein Vorgriff auf das eigene moralische Vollendetsein.

In der Masse, in der man sich nach diesen Prinzipien in seiner Lebensführung verbessert, wird das Göttliche verinnerlicht werden; man wird es sich angeeignet haben. Beim süchtigen Menschen, so die latente Sinnstruktur des Programms, bedarf es erst einmal der Gottesvorstellung als Krücke bzw. Brücke.

Dies ist ein völlig adäquates Erfassen der Grundproblematik der Suchttherapiepraxis. Sucht lässt sich äusserst schwer therapieren, da der Süchtige sofort das Objekt der Abhängigkeit austauscht. Seine Tendenz ist, Therapie einem Symptomwechsel zu unterziehen; vgl. Unterabs. 3.3.3.

Das ungelöste Problem bislang bei den *Anonymen Narkotikern* ist der Übertritt aus dem Modus des blossen Symptomwandels in die Autonomie. Anzustreben ist: *Aus der Sucht heraus, über den Symptomwandel hinweg zur Autonomie zu gelangen.*

Zu thematisieren bleibt daher, unter welchen Bedingungen die Grundkonzeption der *Anonymen Narkotiker* in eine pessimistische Verhinderung von Transformation mündet, in welcher Sucht nicht wirklich bereinigt wird, sondern der einzelne Süchtige auf seine böartigen Symptome zurückfällt. *Ausstieg aus der Sucht würde somit nicht im Sinne blosser Abstinenz von Rauschmitteln beziehungslos um sich selbst rotieren, sondern müsste immer in Bezug zu seinen konstitutiven Rahmenbedingungen gesehen werden, um Klarheit darüber zu erhalten, unter welchen Bedingungen der Übergang zur Autonomie möglich, unter welchen er nicht möglich ist.*

Es gilt hier, Folgendes festzuhalten:

- (1) Drogensucht ist ein Typus von Sucht, in der der Übertritt hin zur Autonomie praktisch erst einmal nicht oder nur schwer vollziehbar ist. Es wäre in dieser Situation

¹⁷ SCHOLZ formuliert dazu treffend: "Süchtige sind Experten darin, dich (als Beratenden, als Therapeuten etc.) zum Experten zu machen." Damit wird Verantwortlichkeit delegiert und der rote Teppich in eine personale Abhängigkeit ausgerollt.

kontraproduktiv, die einzelnen Süchtigen mit dieser Anforderung des Übertritts zu konfrontieren.

Das Umsetzen des Modells "maximale Gesundheit" setzt ein Aufgeben der Krücke im Sinne der Einbettung von Heilung an die Form der Autorität der Gruppe der *Anonymen Narkotiker* voraus. Zu dieser Entbindung des Modells "blosser Symptomwandel von der Suchtmittelabhängigkeit in eine soziale Abhängigkeit", ist der einzelne Drogensüchtige anfänglich nicht in der Lage.

- (2) Gleichzeitig aber wäre diese Erklärung, flächendeckend auf alle Suchtformen hin angewandt, ideologisierend, da sie ein verstecktes Autonomiepotenzial nicht ausschöpfen würde.

Die Schwierigkeit ist die, dass im therapeutischen Prozess, wo es um Widerstandsbearbeitung geht, nur schwerlich festgestellt werden kann, ob es sich um Resistenz oder Verhinderung der Entwicklung des Autonomiepotenzials handelt, da die Arbeitsbündnisfähigkeit bei Süchtigen eingeschränkt ist. Angesichts der Zwölf Schritte als solche ist voraus nicht ausgemacht, dass nicht ein souveräner, situativ angemessener, sondern ein mechanischer, unflexibler Wechsel von symmetrischer zu komplementärer Interaktionsform dominiert,¹⁸ der die Abhängigkeit von der Autorität der Gruppe ein für alle Mal festschreibt.

Prinzipiell kann gesagt werden, dass die Unterordnung unter das Göttliche in Richtung eines platzhalterischen Vorgriffes auf ein Prinzip ausgelegt werden kann, das dann aber nach innen eingenommen das eigene moralische Vollendetsein verkörpert. Aufgrund des mangelnden Selbstvertrauens Drogensüchtiger wäre eine völlige Autonomiezuschreibung eine totale Überforderung. *Das Göttliche fungiert in den Zwölf Schritten, im Sinne einer "Raketenstarthilfe", als Vorgriff auf eine personale Autonomie: Das Göttliche ist gewissermassen ein Sprungbrett, das den Autonomisierungsprozess einleitet.*

Mit Hilfe dieses Platzhalters wird versucht, aus der Bewusstlosigkeit des Drogenabhängigkeitszustandes auszusteigen. Speziell über den 11. Schritt (s. Abschnitt A6.1), in dem intendiert wird, den bewussten Kontakt zu Gott zu intensivieren, d.h. die göttliche Instanz sukzessive in Verbindung mit den sozial praktizierten Formen des Programms zu verinnerlichen, wird dies deutlich. Die Schritte 8 und 9 kennzeichnen genau den Sprung hin zu der Notwendigkeit, die diesseitig praktische Seite selbst in die Hand zu nehmen. Diese Aufforderung zur autonomen Praxis verdeutlicht die prinzipielle Offenheit des Programms: Es ist kein Schwellenpunkt eingebaut, der die direkte Abhängigkeit von der konkreten Autorität der Gruppe setzt.

Erklärungsbedürftig ist, ob nun durch die Konzeption der Zwölf Schritte ein Zustand vorbereitet wird, in welchem die Autorität der Gruppe nach innen genommen wird. Festzuhalten gilt es hierbei zunächst, dass die Gruppe strukturell nicht mit dem "Göttlichen" gleichgesetzt werden kann. Die Gruppe ist eine soziale Realität. Der eingeführte Gott ist eine imaginierte Realität, die in den Schritten explizit im wiederholten "so wie wir Ihn verstanden" (s. Abschnitt A6.1) zum Ausdruck gebracht wird.

¹⁸ Nach BATESON (1996⁶: 417f.) gilt: "Wenn in einer binären Beziehung das Verhalten von A und das Verhalten von B (durch A und B) als *gleichartig* angesehen werden und so verknüpft sind, dass mehr von dem gegebenen Verhalten von seiten A's mehr davon bei B auslöst und umgekehrt, dann ist die Beziehung im Hinblick auf dieses Verhalten 'symmetrisch'.

Wenn dagegen das Verhalten von A und das Verhalten von B *ungleichartig*, aber einander wechselseitig angepasst sind (wie z.B. Voyeurismus zu Exhibitionismus passt) und das Verhalten so verknüpft ist, dass mehr von A's Verhalten mehr von B's dazu passendem Verhalten auslöst, dann ist die Beziehung im Hinblick auf dieses Verhalten 'komplementär'."

Siehe auch die Diskussion in Unterabs. A6.1.1 im Vertiefungsteil A6.

Des Weiteren wirkt der **anonyme Charakter** der Vereinigung zwar einer Kontrolle durch die Öffentlichkeit entgegen – obwohl dies in der Praxis oft schon einer Farce gleicht: Man kennt sich nämlich nach den ersten Meetings und befindet sich nicht mehr im Verhältnis von Fremden zueinander – kann jedoch durch das Gegengewicht des öffentlichen Bekennens: "Mein Name ist ..., ich bin süchtig. (My name is ... and I'm an addict.)" – und der damit einhergehenden Kontrolle durch die Anerkennung der Autorität des Zwölf-Schritte-Programms – nicht verhindern, dass sich in der Praxis Fussangeln und Fallstricke zur Autonomieverhinderung einschleichen.

Eine exemplarische Verdeutlichung dieser Problematik liefert die Anonyme-Narkotiker-Karriere von Mandy, einer ehemals führenden Therapeutin von *CYRENIAN HOUSE*. Mandy war zur Zeit der teilnehmenden Beobachtung von SCHOLZ in Australien (1988) eine der schillernden charismatischen Rednerfiguren der *Anonymen Narkotiker*, litt jedoch gleichzeitig ständig unter dem hintergründig subtilen Druck der Bewegung. In einem Brief im Januar 1989 schreibt sie:

".../ but I strive for it [gemeint ist ein Zustand gesteigerter personaler Autonomie] and with practice I will get there one day – I believe that – but without the help of NA & AA. I now see that these meetings were as much a crutch and a way of life as drugs themselves were [Hervorhebung durch UMS]."

Als langjähriges NA-Mitglied hat Mandy sich – dadurch, dass sie sich Autonomie nahm – mit Hilfe der *Anonymen Narkotiker* aus der Sucht heraus, über die Bewegung hinaus zur personalen Autonomie entwickelt. Auf ihrem letztbesuchten Meeting der *Anonymen Narkotiker* im August 1989 leitete sie ihren Redebeitrag mit den Worten ein:

"My name is Mandy and I'm not anymore an addict."

Das Staunen der Anwesenden war enorm. Nach vielen Jahren Drogensucht und 5-jähriger regelmässiger Teilnahme an NA-Meetings – manchmal 3- bis 5-mal pro Woche – und der, mehr oder weniger, regelmässigen Praxis von *Vipassana*, konnte sie eine persönliche Klarheit und Festigkeit erreichen, die ihr bislang von der durch die Hintertür eingeschmuggelten Autorität der Gruppe und ihrer notwendigen Zugehörigkeit zu dieser losen Vergemeinschaftungsform verhindert wurde, obwohl sie für ihren Ausstieg aus der Sucht zunächst eine ganz elementare und absolut notwendige Rolle gespielt hatte.

Fallbeispiele wie diese lieferten für die Gründer von *START AGAIN* unter anderem den Anstoss sich mit der Frage einer "maximalen Genesung" von Sucht, mit der Möglichkeit den Kern von Sucht – was wir heute "Süchtigkeit" nennen – systematisch aufzuarbeiten, auseinanderzusetzen und in diesem Zusammenhang das alte *Vipassana*-Praxissystem zu untersuchen; s. dazu SCHOLZ (1992), *Vipassana Meditation und Drogensucht. Eine Studie über den Ausstieg aus der Herrschaft der Attraktion Droge*.

Nach einem Überleitungsunterabschnitt werden wir uns diesem Praxissystem und seiner Strukturgesetzlichkeit zuwenden.

6.2.2 Kernphilosophie und Grenzen der *Anonymen Narkotiker*

An die letztendliche Autonomisierung einer suchtgeschädigten Person glaubten nicht einmal die Gründer der Bewegung der *Anonymen Narkotiker* bzw. ursprünglich der *Anonymen Alkoholiker* (AA).

Betrachten wir etwas eingehender die vorgezogene Kernphilosophie der *Anonymen Narkotiker* in ihrer Selbstdarstellung:¹⁹

"Wir können das Wesen der Süchtigen oder der Sucht nicht ändern. Wir können dazu beitragen, die alte Lüge zu widerlegen, 'einmal süchtig, immer süchtig', indem wir danach streben, Genesung zugänglicher zu machen. Gott, hilf uns, an diesen Unterschied zu denken."

so werden sehr schnell die sich in der realen Lebenspraxis nur manifestierenden, im Grundverständnis der *Anonymen Narkotiker* potenziell schon vorbereiteten Problematiken einsichtig.

Der erste Satz der Äusserung liefert ein Doppeltes: Einerseits wird über die Thematisierung des Prinzips "ohne Bekenntnis keine Heilung" die Basis für den Therapieprozess geschaffen. Über das explizite Eingeständnis der persönlichen Niederlage hinaus, wird andererseits jedoch auf das **implizite Suchtverständnis der *Anonymen Narkotiker*** verwiesen, das da lautet: *Die Wurzel der Sucht kann nicht behandelt werden.*

Hieraus entwickelt sich – logisch in sich schlüssig – die Formulierung eines **Lebensstilkonzeptes**: *Die intendierte Sucheindämmung, mit ihrer Vermeidung der völligen Niederlage gegenüber der Macht der Droge – "die alte Lüge (...), 'einmal süchtig, immer süchtig'" – kann im Mühen um den sozialen Dienst im Sinne des missionarischen Verbreitens des Programms höchstens auf der Ebene der rechten Lebensführung wirken.*

Das Programm der Anonymen Narkotiker markiert hiermit eine klare Abkehr vom traditionellen Vorurteil, dass Sucht als solche prinzipiell nicht mehr zu kontrollieren wäre, und setzt gleichermassen eine Motivation dafür, gegen den herrschenden Pessimismus und die Opferlegitimationsfunktion von Sucht seitens der Betroffenen anzugehen.

Im dritten Satz stellt sich die entscheidende Frage nach der impliziten Gottesvorstellung des NA-Programms. In Anlehnung an die Verwendung des Gottesbegriffes in den Zwölf Schritten (s. Unterabs. A6.1.1) ist die Lesart einer individuell ausfüllbaren Platzhalterfunktion plausibel. Der Anschluss von "an diesen Unterschied zu denken" verdeutlicht, in welchem Sinne diese eingeführte "Raketenstarthilfe" für den Autonomisierungsprozess aus der Sucht heraus zu verstehen ist: *Die Macht des Göttlichen kann eigentlich nicht die Sucht als solche beseitigen, sie kann nur darin behilflich sein, die Droge und ihre Auswirkung zu kontrollieren; dafür ist sie aber notwendig.*²⁰

¹⁹ Umschlagtext von *Narcotics Anonymous* (1993).

²⁰ Gewissermassen als Verspottung des Süchtigen, der glaubt, seine Sucht mittels Willenskraft zu besiegen, verwenden die *Anonymen Narkotiker* den Ausdruck "Kapitän der Seele". D.h. im Verständnis der *Anonymen Narkotiker* kann der Süchtige nicht der "Kapitän" seiner Seele sein. Er kann als "Kapitän" anscheinend nur die Abstinenz befehlen und dann die Gefolgschaft verweigert bekommen.

Schon BATESON (1996⁶: 400-435) hebt in seiner Analyse zur Logik der Alkoholsucht und dem ihr Entgegenwirken durch das AA-Behandlungssystem als Strukturkern die Einsicht und Akzeptanz, *nicht mit der eigenen Willenskraft gegen die Macht Sucht ankämpfen zu können*, hervor. Er meint, dass der Geniestreich von Bill W., einem der Mitbegründer der *Anonymen Alkoholiker*, darin bestand, mit den Zwölf Schritten die Strukturierung des Dualismus: bewusster Wille oder "Selbst" (Geist) einerseits und den Rest der Persönlichkeit (Materie) andererseits, aufzubrechen. Der persönliche egozentrierte Wille ist zu Gunsten einer *Relation* zu einem umgebenden System aufzugeben, das notwendigerweise, je nach Standpunkt der einzelnen Personen, verschieden erscheint.

Es ist dies eine klare Absage an eine Möglichkeit, Sucht als solche zu heilen. Das NA-Konzept beabsichtigt, den einzelnen Süchtigen durch ein Programm der Abstinenz zu unterstützen, diese Abstinenz zu stärken und die abwärtsgerichtete Verstrickungsspirale in die Drogensucht mit ihrer Todesgefahr einzufrieren. Dabei wird der übermächtigen Unbekannten, dem Unwissen über die Wurzel der Sucht, der Platzhalter des Transzendenten gegenübergestellt.

Dieses Eingeständnis der eigenen Grenzen bezüglich der Impulskraft des Programms zur völligen Aufarbeitung der Suchtanteile liefert den Nährboden dafür, dass es dem Einzelnen äusserst schwerfällt, das Selbstvertrauen zu entwickeln, um selbst noch den Symptomwandel von der Suchtmittelabhängigkeit hin zur sozialen Autorität der Gruppe zu überwinden.

Dieses umfassende Erklärungsmodell *der Einbindung in die Autorität der Gruppe* entzaubert die zum starken Argument hinsichtlich einer Dauerbindung an die *Anonymen Narkotiker* angewachsene Tatsachenfeststellung, dass viele, die die NA-Gemeinschaft verlassen, wieder in ihre Sucht zurückfallen.

Da die *Anonymen Narkotiker*, aus den Erfahrungen ihrer Gründer heraus, "nur" ein Konzept der richtigen Lebensführung entwickeln konnte, um sich dem unheil drohenden Prozess der weiteren Verstrickung in die Drogensucht entgegenzustemmen, ist ihr Wert für einen Autonomisierungsprozess im Sinne einer echten Aufarbeitung der Verstrickung in die Sucht beschränkt.

Genau auf dieser notwendigen, aber nicht ausreichenden Bedingung des NA-Konzeptes für die praktischen Belange einer echten Aufarbeitung der Drogensucht wird in *START AGAIN* aufgebaut, um den Genesungsprozess um eine weitere Dimension zu ergänzen.

In *START AGAIN* geht es darum, *zumindest vom Modell her*, letztendliche lebenspraktische Autonomie anzustreben, die durch die tatsächliche Beseitigung der Drogensucht – aus dieser heraus und darüber hinaus – bis hin zur Erreichung reifer personaler Autonomie verfolgt werden soll.

Die zusätzliche interventive Dimension von *START AGAIN*, die das ermöglichen soll, ist das Praxissystem von *ānāpāna-sati* und *vipassanā*, kurz *Vipassana*.

6.3 *Vipassana*: Das konkrete Praxissystem von *ānāpāna-sati* und *vipassanā*

6.3.1 Einleitung: Die alte *Vipassana*-Praxis als Neuartiges

Wurde Drogensucht vereinzelt als Suche nach Gegenwart definiert,²¹ so hat SCHOLZ (1922: 52ff.) in der rekonstruktiven Analyse von Interviews mit Drogenabhängigen nachgewiesen, dass dies um eine zweite Dimension ergänzt werden muss, da die Flucht aus der Gegenwart nicht eingefangen wird. Demzufolge müsste Drogensucht in dialektischer Weise definiert werden als: *Suche nach Gegenwart und Gegenwart der Suche*. Sucht meint immer ein Doppeltes: die Suche nach und die Suche weg von etwas.

Diese latente Doppelgestalt nimmt *START AGAIN* auf der Ebene seiner therapeutischen Konzeption gewissermassen auf, indem es das Suchtverständnis und die Praxis der *Anonymen Narkotiker* mit dem Suchtverständnis und der Praxis von *Vipassana* verschränkt.

²¹ Vgl. GERDES und WOLFFERSDORFF-EHLERT (1974).

Den *Anonymen Narkotikern* kommt über ihre Meetings der Sinn zu, über ein intuitives Verstehen der Drogensuchtproblematik den einzelnen Drogensüchtigen zu stabilisieren und ihm über den Lernprozess, sich bei den einzelnen Meetings offen mitzuteilen, sowie durch das Durchlaufen des Zwölf-Schritte-Programms zu einer neuen Identitätsbasis zu verhelfen.

Dieser Prozess liefert dem Süchtigen die Möglichkeit, die Kraft zu gewinnen, über ein pragmatisches Lebensprogramm der Ethisierung der Handlungsebene (*"Nur für heute ..."*²²), sich der Macht der Droge und des Drogenmilieus zu entziehen – d.h. einen Weg *weg von den Drogen* zu gehen.

Dies liefert nun – so die Therapiekonzeption von *START AGAIN* – die Basis für den letztendlich entscheidenden Teil der Suchtaufarbeitung: die *Vipassana*-Praxis. Dabei stellt die *Vipassana*-Praxis im Gesamtkonzept von *START AGAIN* ein Doppeltes dar: Einerseits die letzte Sprosse eines stufenförmigen Ergänzungsprogrammes (systemische Therapie, NA, *Vipassana*), andererseits gleichzeitig eine radikale Neukonzeption von Suchtgenesung. Latent ist hierbei das Streben *nach* voller personaler Autonomie, und das gestützt auf eine konkrete Technik der systematischen Bearbeitung der Wurzel der Sucht.

Im restlichen Teil dieses Kapitels wenden wir uns einerseits der historischen Verortung und der allgemeinen Struktur der *Vipassana*-Praxis zu, andererseits den Strukturmerkmalen des konkreten Vermittlungsrahmens dieser Praxis, d.h. von 10-tägigen *Vipassana*-Kursen. Im nächsten Kapitel diskutieren wir *START AGAIN*'s innovative Neukonzeption von Suchttherapie gestützt auf die *Vipassana*-Praxis.

Zur historischen und traditionellen Verortung von *Vipassana*

Zur groben historischen und traditionellen Verortung von *Vipassana*, so wie es in *START AGAIN* praktiziert wird, zunächst ein paar Erläuterungen. Für detaillierte historische Ausführungen, Begriffsklärungen und Begriffsanalysen verweisen wir speziell auf die Kapitel 8 bis 10 in SCHOLZ (1992) und allgemein etwa auf SCHUMANN (1981³ und 1990³) und die Literaturhinweise dort.

In *START AGAIN* wird auf jene Form der *Vipassana*-Praxis zurückgegriffen, die heute weltweit vom burmesischen Lehrer indischer Abstammung S.N. GOENKA und von mittlerweile über 400 von ihm autorisierten Assistenz- und Volllehrer/inne/n gelehrt wird. Die besagte Form von *Vipassana* beansprucht die originale Meditationstechnik des Siddhatta GOTAMA, des historischen BUDDHA (563-483 v. Chr.), zu sein und als solche die praktische Quintessenz von dessen Lehre darzustellen. Diese Praxistradition verortet sich damit historisch selbst in die Schule der *Theravādins*, die "Anhänger der Lehre der Alten".

²² Typische Affirmationen der *Anonymen Narkotiker* sind in diesem Zusammenhang zum Beispiel:

"Nur für heute keine Drogen.

Nur für heute werden meine Gedanken bei der Genesung sein, beim Leben und bei der Freude am Leben ohne Drogen.

Nur für heute werde ich einem Mitglied von NA vertrauen, das mir vertraut und mir in meiner Genesung helfen will.

Nur für heute werde ich ein Programm haben. Ich werde versuchen, ihm so gut wie möglich zu folgen.

Nur für heute werde ich durch NA versuchen, ein besseres Verhältnis zu meinem Leben zu gewinnen."

Dabei wird die Schule des *Theravāda* allgemein als älteste Schule des Buddhismus anerkannt. Sie blieb erhalten in den südasiatischen Ländern Sri Lanka, Myanmar (Burma), Thailand, Kambodscha, Laos und Ostbengalen.²³ Ihr Kanon, die *Tipiṭaka*, verfasst in der altindiarischen Sprache *Pāli*,²⁴ der Sprache Nordindiens zur Zeit des historischen *BUDHA*, ist vollständig erhalten. Laut SCHUMANN (1981³) ist der *Pāli*-Kanon, obwohl er als Schrift einer buddhistischen Schule nur Teilautorität besitzt, für die Erforschung des frühbuddhistischen Systems eine verlässliche Quelle. Durch Vergleiche mit Fragmenten anderer Übersetzungen des Kanons konnte gezeigt werden, dass sachliche Abweichungen kaum die zentralen Lehrinhalte betreffen.

Nach Aussagen von S.N. GOENKA ist das Wesentliche an *Vipassana* jedoch, *dhamma* ("Gesetz" im Sinne von: "fundamentale Gesetzmäßigkeiten der verschiedenen Daseinsfelder und Phänomene von Geist-und-Materie") und keine Form des "ismus" zu lehren; wobei natürlich der Terminus *dhamma* innerhalb der verschiedenen Schulen, die sich historisch ausformierten, recht unterschiedlich verstanden wurde und wird.

Im Folgenden beschränken wir uns aber auf das Verständnis und die Lehrdarstellung von S.N. GOENKA – dem geistigen Erben des grossen burmesischen *Vipassana*-Meditationslehrers Sayagi U BA KHIN – mit ihrem speziellen, jedoch nicht ausschliesslichen Zuschnitt auf die Belange von Laien (d.h. von Nicht-Mönchen).²⁵ Für Ausführungen zu anderen Lehrtraditionen verweisen wir auf die obengenannte Literatur.

²³ Im Gegensatz dazu bezeichnet *Mahāyāna* jene Grossform des Buddhismus, die sich einige Jahrhunderte nach *BUDHAS* Tod in Indien entwickelte und nordwärts nach Tibet, der Mongolei, China, Vietnam, Korea und Japan ausbreitete.

²⁴ Für die lateinische Schreibweise von *Pāli* gelten die folgenden Ausspracheregeln: Vokale "a", "i", "u" werden kurz ausgesprochen; "ā", "ī", "ū" werden lang betont; "e" und "o" erhalten ebenfalls eine lange Betonung, ausgenommen wenn sie vor Doppelkonsonanten stehen.

Der Konsonant "c" wird weich ausgesprochen, etwa wie "tsch", und alle gehauchten Konsonanten werden mit einem hörbaren Atemausstoss ausgesprochen, der dem normalen ungehauchten Ton folgt.

Bei der Aussprache der retroflexen Konsonanten "ṭ", "ṭh", "ḍ", "ḍh", "ṇ" rollt man die Zungenspitze nach hinten und berührt dabei leicht den Gaumen, während bei den dentalen Konsonanten "t", "th", "d", "dh", "n" die Zungenspitze leicht an die oberen Vorderzähne stösst.

Der gutturale Nasallaut "ṅ" wird ausgesprochen wie "ng" in "Finger"; "ṅh" klingt wie das "nj" in "Anja"; "ṁ" ist ein Nasallaut, der dem "ṅ" sehr ähnlich ist, ihm geht jedoch immer ein Vokal voraus, wie etwa in "Ring". Das "v" ist im *Pāli* ein weiches "v" oder "w", und "l" wird retroflex, mit der zurückgesetzten, von oben nach unten rollenden Zungenspitze ausgesprochen, wobei es fast wie ein kombinierter "rl"-Laut klingt.

²⁵ U BA KHIN (1899-1971), nach der Unabhängigkeit Burmas von Grossbritannien im Januar 1948 zum Vorsteher des Rechnungshofes berufen, später mehrere unabhängige Posten als Abteilungsleiter gleichzeitig bekleidend, praktizierte selbst unter der Leitung von Saya THET GYI, einem sehr bekannten Laienlehrer der Meditationsschule von LEDI Sayadaw (1846-1923), jenem Ehrwürdigen Mönchen, von dem die meisten Impulse für die vielfältigen Meditationssysteme in Burma ausgingen.

U BA KHIN begann mit der Praxis von *Vipassana* im Jahre 1937. Schon vier Jahre später, 1941, begann U BA KHIN, von dem berühmten Mönch WEBU Sayadaw – den viele für einen *arahant* (d.h. einen vollkommen Erleuchteten) hielten – ermutigt, auf privater Ebene zu lehren. Von 1950 an unterrichtete er offiziell seine Mitarbeiter im Rechnungshof in *Vipassana*, gab damals jedoch noch keine vollständigen 10-tägigen Kurse. Dies war erst 1952 mit der Erbauung des *International Meditation Centre* in Rangun möglich.

Hierdurch eröffnete sich U BA KHIN auch die Möglichkeit, Lehrer auszubilden, die damals behilflich waren, die rasch steigende Anzahl von Schüler/inne/n zu instruieren, Praktizierende, die heute nicht selten als Lehrer seine Meditationstradition – nicht nur in Burma, sondern weltweit – verbreiten und aufrechterhalten.

Der herausragendste Exponent dieser Lehrmeister ist S.N. GOENKA. Er wurde 1924 in Burma in einer konservativen Hindufamilie geboren, zeichnete sich früh als Kaufmann und Industrieller aus und begann 1955 mit der Praxis (*paṭipatti*) und Textstudium (*pariyatti*) von *Vipassana* bei U BA KHIN. Im Jahr 1969 kehrte er nach Indien, in das Land seiner Vorfahren zurückkehrte und von dort aus verhalf er *Vipassana* als einer universellen, d.h. unabhängig von Sozialstatus, Alter, Religions-, Rassen- und Ge-

Den Gründern von *START AGAIN* war es, gestützt auf Erfahrungen in *CYRENIAN HOUSE* in Australien, von Anfang an klar, dass volle 10-tägige *Vipassana*-Meditationskurse ohne vorbereitende Hinführung für den einzelnen Drogensüchtigen nur schwerlich Gewinn bringend zu bewältigen sind.

Es wird daher seit Beginn von *START AGAIN* im Rahmen der rehabilitatorischen Behandlung auf die Vorübung zur eigentlichen *vipassanā*-Meditation zurückgegriffen: Dies ist die *ānāpāna-sati*-Übung, d.h. Achtsamkeit (*sati*) auf die Ein- und Ausatmung (*ānāpāna*).

Dabei bildet die *ānāpāna-sati*-Übung mit ihrem dreieinhalbtägigen Übungsanteil an der Gesamtheit eines 10-tägigen *Vipassana*-Kurses die Voraussetzung für die wesentlich tiefer greifende *vipassanā*-Praxis,²⁶ hat aber allein praktiziert und in einen therapeutischen Kontext eingewoben für sich schon ausserordentlich stabilisierende Wirkung, wie wir in Abschnitt 8.3 darlegen werden.

Der *Pāli*-Begriff *vipassanā* wird üblicherweise²⁷ mit "Einsicht (*insight*)" übersetzt, wörtlich wäre er mit "genau (*vi*) sehen oder schauen (*passanā*)" wiederzugeben und die Schule von S.N. GOENKA übersetzt ihn gerne mit "die Dinge so sehen, wie sie sind (*to see things as they really are*)".²⁸

In *START AGAIN* bildet nun die tägliche Praxis von *ānāpāna-sati* ein verbindlicher Bestandteil des Therapieprogramms: In Phase I eine halbe Stunde morgens und eine viertel Stunde abends; in Phase II eine Stunde am Morgen und eine halbe Stunde am Abend; und in Phase III eine Stunde am Morgen und am Abend nach freier Gestaltung mit der Empfehlung von einer Stunde.

Der Besuch von 10-tägigen *Vipassana*-Kursen geschieht in *START AGAIN* auf freiwilliger Basis und wird grundsätzlich zwischen einer interessierten Klientin bzw. einem interessierten Klienten, der entsprechenden Bezugsperson und der für die Meditation verantwortlichen Person von *START AGAIN* ausgehandelt. Nach dem Besuch eines 10-tägigen Kurses kann die Klientin oder der Klient während den morgendlichen und abendlichen Meditationszeiten nach eigener Wahl *ānāpāna-sati* oder *vipassanā* praktizieren.

schlechtszugehörigkeit ausübbarer Praxisform zu einer heute bedeutsamen weltweiten Verbreitung. 1976 wurde in Igatpuri nahe Bombay in Indien die *Vipassana International Academy* gegründet, und seither sind weltweit mehrere Dutzend *Vipassana*-Zentren etabliert worden.

Aus all diesem leitet sich schliesslich insbesondere ab, dass sich der Anspruch auf Authentizität der Originalität der Praxisinstruktionen von BUDDHA in der Lehrtradition von LEDI Sayadaw über U BA KHIN bis zu S.N. GOENKA auf ein Zweifaches stützt: auf die Kombination von traditioneller Überlieferung und Anweisung *und* von eigener praktischer Erforschung und Erfahrung.

Die *Vipassana*-Praxis wird heute gelehrt und vertieft im Rahmen von 10-tägigen Kursen, in längeren Kursen von 20, 30 und 45 Tagen und in praktisch-theoretischen *Satipaṭṭhāna Sutta*-Kursen von 8 Tagen. Eine Einführung in die *Vipassana*-Praxis, so wie sie von S.N. GOENKA gelehrt wird, findet sich im Buch *Die Kunst des Lebens* von William HART (1987; dt. 1996), das im Wesentlichen auf den Vorträgen, die S.N. GOENKA während einem 10-tägigen *Vipassana*-Kurs hält, basiert.

²⁶ In den Lehrreden (*Suttas*) des BUDDHA wird die *ānāpāna-sati*- oder *samatha*-Übung an verschiedenen Stellen des *Pāli*-Kanons erläutert: Kurz in der 22. *Sutta* der Sammlung der langen Reden (*Dīgha Nikāya*) und in der 10. *Sutta* der Sammlung der mittellangen Reden (*Majjhima Nikāya*), ausführlich in der 62. und in der 118. *Sutta* der *Majjhima Nikāya*. Die *vipassanā*- oder *satipaṭṭhāna*-Praxis ist textmässig ausführlich in den zwei praktisch identischen *Suttas* des *Pāli*-Kanons über die *satipaṭṭhāna*-Übung verankert: in der 22. *Sutta* der *Dīgha Nikāya* und in der 10. *Sutta* der *Majjhima Nikāya*.

Gemäss Kennern der *Rigveda*, der Sammlung der ältesten indischen Opferhymnen, der ältesten zu den heiligen Schriften des Hinduismus zählenden Literatur (bis 1200 v.Chr.), soll *vipassanā* bereits darin Erwähnung finden.

²⁷ Siehe *ŪYĀNATILOKA* (1980⁴).

²⁸ Siehe HART (1987, dt. 1996).

SCHOLZ (1992: 123ff.) hält schliesslich bezüglich der Anwendung von *ānāpāna-sati* und *vipassanā* im suchtrehabilitativen Kontext von *START AGAIN* Folgendes fest:

"Ziel der *ānāpāna-sati*-Übung ist es, über die Achtsamkeit der Atmung den Geist zu sammeln und die Konzentration zu fördern. Die eigenen Gedanken werden, als Beiprodukt der Übung, beruhigt, und gleichermassen lernt der Drogensüchtige ein tendenziell ablenkungsfreies Beobachten des Flusses der eigenen inneren Erfahrungen. Über diese Konzentrationspraxis einer ausschnittsweise gesammelten Aufmerksamkeit – der Atembeobachtung im Bereich des erweiterten Nasengebietes – schult der Übende seine Fähigkeit, die Aufmerksamkeit ohne grössere Ablenkung stetig bei einem Objekt zu halten. Im Wesentlichen ist es diese Reduzierung der Achtsamkeit auf *ein* Beobachtungsobjekt, was diese Übung von der tieferen – aber auch anspruchsvolleren und deshalb von Drogensüchtigen erstmals kaum zu leistenden – Einsichtsübung (*vipassanā*) im Sinne eines direkten Erfahrens des Präprädikativen und einer Operationen des Geist-Materie-Komplexes unterscheidet.

In *vipassanā* ist es die Vielzahl der Empfindungen, auf welche die Achtsamkeit ausgedehnt wird; im Bereich der Atembeobachtung liegt die Konzentration verengt und gesammelt auf dem Objekt der Ein- und Ausatmung.

Gleichermassen ist die Architektur der Logik im Konzentrationsprozess eine völlig andere: Über das blosses Beobachten des Atems wird die Meisterschaft über den bewussten Teil des Geistes angestrebt. Bei der *vipassanā*-Meditation wird die Aufgabe der Wahrnehmung des Bewusstseinsstroms direkt im Unbewussten angesiedelt mit der zusätzlichen – und eigentlich entscheidenden – Zielsetzung, auf die eingeschliffenen, blinden Reaktionsmuster des Geistes zu verzichten; die gefühlten Empfindungen auf der körperlichen Ebene sollen ohne Wertung, Urteil, Auswahl bzw. ohne Kommentar sowie ohne kognitive und emotionale Aufarbeitung in blosser Aufmerksamkeit beobachtet werden.

Diese Art blosser Aufmerksamkeit meint also ein nicht-deutendes und urteilendes Gewahrsein der eigenen realisierten Empfindungen bzw. Erfahrungen²⁹ von Augenblick zu Augenblick. Die Bewegungsgesetzmassigkeit dieser Kontinuität des nicht wählenden Bewusstseins der physischen Empfindungen ist die Dialektik des individuell erfahrenen Inhalts und des Prozesses, durch den ein bestimmtes Geschehnis eintritt."

Im folgenden Unterabschnitt wenden wir uns einer strukturanalytischen Betrachtung des Praxissystems von *ānāpāna-sati* und *vipassanā*, so wie dieses von S.N. GOENKA im Rahmen eines 10-tägigen *Vipassana*-Kurses gelehrt wird, zu.

²⁹ Diese Erweiterung des Feldes der Empfindungen durch den Begriff der Erfahrungen soll hier auf Zuständlichkeiten verweisen, in welchen es den einzelnen Übenden nicht möglich ist, den Strom von Empfindungen – der permanent existiert – aufgrund emotionaler Verstrickungen oder ähnlicher Formen von innerlicher Unruhe wahrzunehmen. Der Geist ist zu grob und unruhig, um sensibel zu sein.

6.3.2 Zur Fallstrukturgesetzlichkeit eines 10-tägigen *Vipassana*-Kurses

Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich auf ein Doppeltes: Einerseits auf direkte persönliche Erfahrungen beim Ausüben der Praxis (*paṭipatti*) von mir [UMS] als Studienleiter,³⁰ andererseits auf die Analyse (*pariyatti*) von Texten des *Pāli*-Kanons, von Praxisanweisungen, Regeln und Vorträgen, die S.N. GOENKA via Video- und Tonbandaufzeichnungen während diesen Kursen gibt. Zudem wurde mir gestattet, während dem 10-tägigen *Vipassana*-Kurses im Ming-Te Branch Prison in Tainan County auf Taiwan (im Juli 1996) alle Dialoge (sogenannte *checkings*) zwischen dem erfahrenen, kursleitenden Assistenzlehrer und den Schülern (*students*) auf Tonband aufzuzeichnen. Weiteres kontrastierendes Fallmaterial liegt in der Form mehrerer Interviews vor, die ich auf Taiwan mit S.N. GOENKA und mit dem Assistenzlehrer des dortigen "Gefängnis-Kurses" führen konnte. In sozialwissenschaftlichen Begriffen stützt sich die nachfolgende Analyse also auf teilnehmende Beobachtung am Pol des ethnomethodologischen *becoming the phenomena* und auf sinnstrukturanalytische Textuntersuchungen nach dem Methodenschema der objektiven Hermeneutik.

Wir beginnen die Analyse mit einem Blick auf den Tagesablauf eines 10-tägigen *Vipassana*-Kurses:

4:00	Gong – Aufstehen
4:30 - 6:30	Meditation in der Halle oder auf dem Zimmer
6:30 - 8:00	Frühstückspause
8:00 - 9:00	Gruppenmeditation in der Halle
9:00 - 11:00	Meditation in der Halle oder auf dem Zimmer
11:00 - 12:00	Mittagessen
12:00 - 13:00	Ruhepause
13:00 - 14:30	Meditation in der Halle oder auf dem Zimmer
14:30 - 15:30	Gruppenmeditation in der Halle
15:30 - 17:00	Meditation in der Halle oder auf dem Zimmer
17:00 - 18:00	Teepause
18:00 - 19:00	Gruppenmeditation in der Halle
19:00 - 20:30	Vortrag des Lehrers in der Halle
20:30 - 21:00	Gruppenmeditation in der Halle
21:30	Nachtruhe – Licht aus

Der Tagesablauf beginnt also mit dem Gong um 4 Uhr morgens und endet mit der letzten Meditationssitzung des Tages von ca. 20:30 bis 21:30 Uhr. Dazwischen wird während 10 Stunden Meditation praktiziert, und zwar zu festen Zeiten in gemeinsamen Gruppensitzungen in der Meditationshalle und zu anderen festgelegten Zeiten nach individueller Wahl oder nach Anweisung des Lehrers in der Halle oder im Zimmer (oder von erfahrenen Schüler/inne/n in zugeteilten Einzelzellen, falls infrastrukturell vorhanden).

Jeden Abend gibt es einen ein- bis eineinhalbstündigen Vortrag des Lehrers (d.h. die Videoaufzeichnung eines Vortrages von S.N. GOENKA im Originalton auf Englisch oder die Übersetzung davon ab Tonband in der jeweiligen Landessprache). Diese Vorträge

³⁰ Im Rahmen der vorliegenden Studie habe ich drei 10-tägige *Vipassana*-Kurse besucht – davon einen im Ming-Te Branch Prison in Tainan County auf Taiwan (cf. STUDER, 1997) – sowie einen praktisch-theoretischen *Satipaṭṭhāna Sutta*-Kurs.

bringen, gestützt auf die praktische Erfahrung des jeweiligen Tages, auch theoretische Aspekte zur Sprache und stellen die ganze Praxis in einen grösseren sinnlogischen Zusammenhang, in den Zusammenhang eines sukzessiven und sich stetig in die Struktur- und Bewegungsgesetzlichkeit des Feldes von Geist-und-Materie (*nāma-rūpa*) vertiefenden Voranschreitens auf einem Weg des Heraustretens aus eingeschliffenen, stummen aber mächtigen Reaktionsmustern des Geistes (*saṅkhāra*) hin zur vollständigen Erleuchtung (*nibbāna*), d.h. hin zu einem Punkt des "Verlöschens", wo letztendlich jegliche Form von Konditionierung überschritten wird.

Die Vorträge werden von S.N. GOENKA in einer sehr lebhaften und humorvollen Weise gehalten, die die harte Meditationsarbeit während dem ganzen Tag maximal kontrastiert, und er lässt viele überlieferte Begebenheiten aus dem Leben des BUDDHA in sie einfließen; vgl. die auszugsweisen Vortragszusammenfassungen in HART (1987; dt. 1996). Die thematische Grundausrichtung dieser Vorträge ist dabei stets ausgesprochen nüchtern-universalistisch und nicht sektiererisch-bekehrend. Im Gegenteil die Praxis von *Vipassana* setzt weder das Konvertieren von irgend einer Konfession oder Religion zum Buddhismus voraus noch ist irgendeine derartige Konversion ihr Ziel.

Die restliche Zeit während dem Tagesablauf steht schliesslich zum Ausruhen, für Mahlzeiten, Körperpflege und Kleiderwaschen zur Verfügung. Während den Mahlzeiten wird den Meditierenden eine einfache vegetarische Kost angeboten.

Als wichtigste, jedem Meditierenden vor Kursbeginn bekannte **allgemeine Regelungen** erwähnen wir, dass von den Meditierenden erwartet wird, dass sie sich für die ganze Dauer des Kurses genau an die Anweisungen des Lehrers halten, dass sie das Kursgelände ohne Erlaubnis des Lehrers nicht verlassen und dass sie während dem Kurs jegliche Riten, Rituale sowie andere Techniken der Meditation bzw. der Leibesübung unterlassen. – Die Meditierenden können sich während dem Kurs durch Spazierengehen auf dem Kursgelände körperlich betätigen. – Weiter ist während dem Kurs eine vollständige Trennung der Geschlechter einzuhalten und jeglicher Körperkontakt ist zu unterlassen. Die Kleidung sollte einfach, schlicht und bequem sein, und nicht entblösend oder aufreizend. Lesen, Schreiben, Musikmachen etc. sind während dem Kurs zu unterlassen.

Bereits der Tagesablauf und die allgemeinen Regelungen eines 10-tägigen *Vipassana*-Kurses übersetzen sich in die Hypothese, dass *der Besuch eines solchen Kurses eine ernsthafte Angelegenheit ist, die sowohl physische wie psycho-mentale Ausdauer voraussetzt. Im Zentrum steht das Erlernen und Praktizieren einer bestimmten Meditationstechnik und nicht das Vermitteln von intellektuellem Wissen und philosophischen Weisheiten – so gibt es beispielsweise keine eingeplanten regelmässigen Diskussionszeiten.*³¹

Sinnlogisch adäquat zur zentralen Intention eines *Vipassana*-Kurses, die gesamte Anstrengung auf das Erlernen und Praktizieren einer bestimmten Meditationstechnik zu richten, wird stets von "Lehrer/inne/n und Schüler/inne/n (*teachers and students*)" gesprochen, was charakteristisch ist für einen *allgemeinen Schulungs- oder Trainingskontext* – ein Kontrast dazu böte etwa das Begriffspaar "Meister und Schüler".

Überblicken wir die Ablaufsgestalt der ganzen 10 Tage eines *Vipassana*-Kurses, so lassen sich vier Hauptphasen unterscheiden, die wir nachfolgend kurz erläutern wollen.

³¹ Dass es keine expliziten Diskussionszeiten gibt heisst aber nicht, dass Schüler/innen, die Verständnisfragen zur Meditationstechnik haben oder sich durch die Praxis in ernsthafte persönliche Probleme oder Nöte hineinbewegt sehen, diese nicht stellen bzw. vorbringen können. Dazu gibt es zwei Gesprächsgelegenheiten mit dem/der Lehrer/in oder Assistenzlehrer/in: Einzelnd während der Mittagspause oder am Abend in quasi-öffentlichem Kontext nach dem Vortrag.

Phase I

Der Beginn des Kurses wird durch ein Doppeltes markiert: Als Erstes verpflichten sich alle Schüler/innen, während der gesamten Dauer des Kurses **fünf Vorschriften oder Kardinalregeln** einzuhalten:

1. Nicht zu töten.
2. Nicht zu stehlen.
3. Keine sexuellen Aktivitäten auszuüben.
4. Nicht zu lügen.
5. Keine Rauschmittel zu benutzen.³²

Ausserdem gilt die Regelung, dass von Kursbeginn an bis um 10:00 Uhr vormittags des 10. Tages alle Schüler/innen die **edle Stille** einhalten.

"Edle Stille heisst Stille und Schweigen des Körpers, der Sprache und des Geistes. Jede Art von Kommunikation, ob durch körperliche Gesten, geschriebene Notizen, Zeichensprache usw. ist untersagt. Der Schüler kann jedoch mit dem Lehrer sprechen, wann immer dies notwendig ist. Bei Schwierigkeiten mit der Unterbringung, dem Essen usw. kann er sich an das Management wenden. All diese Kontakte sollten sich jedoch auf ein Minimum beschränken. Die Schüler sollten das Gefühl entwickeln, dass sie in Isolation arbeiten."³³

Von "alten Schüler/inne/n", d.h. von solchen, die bereits mindestens einen 10-tägigen *Vipassana*-Kurs besucht haben, wird zudem das Einhalten von **drei weiteren Vorschriften oder Kardinalregeln** erwartet:

6. Keine Nahrung nach 12:00 Uhr mittags zu sich zu nehmen.³⁴
7. Sinnliche Vergnügungen und Körperschmückungen zu unterlassen.
8. Keine hohen und luxuriösen Betten zu benutzen.

Der zweite Punkt, der den Kursbeginn markiert, besteht in einer **formellen Anfrage an den Lehrer oder die Lehrerin**, von ihm oder ihr in die Übung von *ānāpāna-sati* eingeführt zu werden, in die Übung des ununterbrochenen, aufmerksamen Beobachtens des natürlichen – d.h. nicht manipulierten oder irgendwie kontrollierten – Atems im dreiecksförmigen Gebiet gebildet von der Oberlippe und der Nase.

Indem man die fünf bzw. acht Vorschriften befolgt, sich an die Kursregelungen und den Tagesablauf hält und strikte die Edle Stille einhält, soll man "sich dessen bewusst bleiben, dass sittliches Handeln (*sīla*) die Basis eines guten Lebens ist (*stay aware of morality – sīla – as the basis of a wholesome life*)".³⁵

Die Bedeutung dieser Eröffnung, so rekonstruieren wir, ist: *eine Atmosphäre der Ernsthaftigkeit und der Achtung – der Achtung anderer, der eigenen Person und der zu üben den alten Praxisform – sowie einen hohen Grad an Selbstfokussierung zu erzeugen.*

³² Dies schliesst insbesondere das Rauchen oder andere Formen des Genusses von Tabak ein.

³³ Aus dem Faltblatt *Einführung in die Vipassana Meditation in der Tradition von Sayagyi U BA KHIN, gelehrt von S.N. GOENKA und seinen Assistenzlehrern*, deutsche Übersetzung von *Introduction to Vipassana Meditation*.

³⁴ Alte Schüler/innen beachten diese Vorschrift, indem sie in der 17:00-Uhr-Pause nur Zitronenwasser trinken, während neue Schüler/innen Milch, Tee und Obst bekommen. Die Lehrperson kann eine/n alte/n Schüler/in aus gesundheitlichen Gründen von dieser Vorschrift befreien.

³⁵ Wir geben in diesem Abschnitt bei zentralen Begriffen jeweils in Klammern den entsprechenden *Pāli*-Ausdruck und stellenweise auch die originale englische Übersetzung oder Umschreibung, die S.N. GOENKA in den abendlichen Vorträgen gibt.

Phase II

Durch das ununterbrochene und schrittweise verfeinerte methodische Beobachten des eigenen **natürlichen Atems** (*ānāpāna*) während den ersten dreieinhalb Tagen soll ein "ruhiger und stiller Geist (*calm and quiet mind*)" etabliert werden und es sollen "immer tiefere Zustände der Konzentration (*samādhi – deeper and deeper states of concentration*) erreicht werden." In der Kontrastierung dieser programmatischen Vorgabe, die S.N. GOENKA wiederholt in seinen Anweisungen während dieser Phase äussert, mit eigenen unmittelbaren praktischen Erfahrungen als teilnehmender Beobachter,³⁶ halten wir die folgende doppelte metaphorische Charakterisierung der latenten Sinnstruktur und entsprechend des Potenzials der *ānāpāna-sati*-Übung fest:

Vergleichen wir einen Teil unseres Geistes mit dem Wasser in einem tiefen See und den anderen Teil mit einem Beobachter, der dieses mit Hilfe eines Mikroskops untersucht, dann könnten wir sagen, dass diese Übung (1) das Potenzial hat, das Wasser zu beruhigen, so dass man tiefere und tiefere Ebenen in diesem See untersuchen kann, und (2) sie kann gewissermassen die Lichtstärke und Auflösung des Mikroskops vergrössern, so dass man feinere und feinere Inhalte und Bewegungsgesetzlichkeiten des Wassers wahrnehmen kann.

Phase III

Am vierten Tag werden die Schüler/innen, nachdem sie eine formelle Anfrage um Einführung in die *vipassanā*-Technik an den Lehrer oder die Lehrerin gerichtet haben, in eben diese Technik eingeführt, um sie dann in schrittweiser Verfeinerung während den letzten sechs Tagen eines 10-tägigen *Vipassana*-Kurses zu praktizieren.

Die eigentliche *vipassanā*-Technik richtet die ganze Aufmerksamkeit auf **das Fühlen körperlicher Empfindungen** (*vedanā – feeling sensations within the framework of one's body*),³⁷ wobei es darum geht, diese methodisch angeleitet, in systematisch sich verfeinernder Weise ununterbrochen zu beobachten; d.h., so wie die Praxis voranschreitet, so passt sich die Art und Weise der Beobachtung der Körperempfindungen mehr und mehr der spezifischen Natur der augenblicklich wahrgenommenen Empfindungen an. Ziel der fortgesetzten Praxis ist es, die Übung mit mehr und mehr Gleichmut (*upekkhā – with a more and more equanimous mind*) auszuführen, was im Speziellen bedeutet, dass man nicht mit Abneigung oder Aversion (*dosa – aversion*)³⁸ reagiert, wenn man im Körper unangenehme Empfindungen fühlt, und umgekehrt, dass man nicht mit Verlangen (*lobha – craving*)³⁹ reagiert, wenn man angenehme Empfindungen fühlt. Die Programmatik ist in Worten von SCHOLZ (s. oben): "Die gefühlten Empfindungen auf der körperlichen Ebene sollen ohne Wertung, Urteil, Auswahl bzw. ohne Kommentar sowie ohne kognitive und emotionale Aufarbeitung in blosser Aufmerksamkeit beobachtet werden."

In den Anweisungen während dieser Phase wiederholt S.N. GOENKA immer wieder, dass Sinn und Zweck der *vipassanā*-Praxis ist, "aus dem eigenen Elend und Leiden herauszufinden, indem man in Erfahrung gründende Weisheit (*paññā*) entwickelt (*to come out of*

³⁶ An dieser Stelle wäre es eigentlich angemessener von "beobachtender Teilnahme" als von "teilnehmender Beobachtung" zu sprechen.

³⁷ Wir unterstreichen hier, dass S.N. GOENKA mit der Formel "Fühlen der Empfindungen" auf die doppelte Natur von *vedanā* hinweist: Die *Gleichzeitigkeit* eines kognitiv-geistigen (*nāma*) und eines körperlichen (*rūpa*) Prozesses.

³⁸ "Abneigung" umfasst hier das ganze Spektrum von violenter Rage über Ärger bis hin zur subtilsten Irritation.

³⁹ "Verlangen" umfasst hier das ganze Spektrum von Habgier und intensivster Leidenschaft über selbststüchtiges Wünschen, Sehnsucht und Binden zu subtilstem Gernhaben und Anhaften.

one's misery and suffering by developing experiential wisdom – paññā)." Konkret wird diese befreiende Weisheit dadurch entwickelt, *dass man auf der Ebene der unmittelbaren Selbsterfahrung Zeuge davon wird und somit versteht, was die "drei Charakteristika" (tilakkhaṇa) oder die drei universellen Struktureigenschaften aller Phänomene im Daseinsfeld von Geist-und-Körper (nāma-rūpa) sind, nämlich: Vergänglichkeit (anicca – impermanence), Leidhaftigkeit (dukkha – suffering) – infolge von Identifikation mit Vergänglichem oder des Festhaltens am Vergänglichen – und Nicht-Selbstheit des empirischen Ichs (anattā – ego- or selflessness).* Mit anderen Worten: Alles Dasein, alle geistig-körperlichen Formationen sind vorübergehend, sind letztlich Leiden unterworfen und entbehren jeglicher Form von "unsterblicher Seele" oder "ewigem Selbst". Des Weiteren ist bezüglich der Strukturgesetzmäßigkeit der *vipassanā*-Praxis die widersprüchliche Einheit von Besonderem in der unmittelbaren, individuellen Selbsterfahrung und von Allgemeinem im Erkennen der universellen Struktureigenschaften aller Daseinsphänomene zu unterstreichen.

Die herausragende Bedeutung, die dem *Fühlen körperlicher Empfindungen (vedanā)* in der Lehrtradition von Sayagyi U BA KHIN und S.N. GOENKA zukommt, leitet sich aus einer fundamentalen Einsicht des historischen BUDDHA ab, die, gewissermassen als mental-somatische Grundformel gefasst, folgendermassen lautet:

*vedanā-samosaraṇā sabbe dhammā.*⁴⁰

Was soviel besagt wie: "Mit allem, was im Geiste entsteht, gehen Empfindungen einher (*everything that arises in the mind flows along with sensations*)."

In der Kontrastierung dieser Ausführungen, die sich auf die abendlichen Vorträge stützen, mit der eigenen Praxiserfahrung während dieser Kursphase kann folgende metaphorische Charakterisierung der *vipassanā*-Praxis formuliert werden: Das kontinuierliche und aufmerksame Führen des eigenen Gewahrseins oder Bewusstseins (*awareness*) über bzw. durch alle Stellen des physischen Körpers und das gleichmütige, wissensklare Beobachten aller lokalen Empfindungen könnte verglichen werden mit dem Führen (im Habitus des Forschers) eines Vergrößerungsglases über alle Stellen des Körpers, wobei Energie auf jede Körperstelle fokussiert wird und dadurch sozusagen lokal eine Mannigfaltigkeit von Schmelzprozessen induziert wird. Von Zeit zu Zeit kombinieren sich zudem lokale Schmelzprozesse über ausgedehntere Regionen des Körpers bis hin zu Prozessen, die den ganzen Körper erfassen, und "feste geistig-körperliche Strukturen oder Muster" beginnen zu schmelzen und zu verdampfen. Bleiben wir innerhalb dieser Metapher, so könnten wir sagen, dass sich das Abziehen kontinuierlicher Aufmerksamkeit vom Fühlen von Empfindungen vergleichen lässt mit dem Abziehen der Energiefokussierung durchs Vergrößerungsglas, was in der Folge wieder zu globalen und lokalen "Kristallisationen" führt.

Zusammenfassend halten wir als Hypothese fest, dass, *technisch gesprochen, die vipassanā-Praxis das Potenzial besitzt, Strukturtransformation auf seelisch-geistiger (psycho-mentaler) und körperlicher (somatischer) Ebene – und damit letztlich auch auf der Ebene sozialen Handelns – zu induzieren. Dabei ist die grundlegende Voraussetzung dafür, dass sich solche Transformationsprozesse einstellen können, die, dass die praktizierende Person eine geistige Haltung des Gleichmutes (upekkhā) realisiert, d.h. eine Haltung der Ausgeglichenheit, der Distanziertheit und Unvoreingenommenheit gegen-*

⁴⁰ Aus der Sammlung der kurzen *Suttas*, der *Āṅguttara Nikāya*, in der *Dasaka Nipāta*, Paragraph 58 im Buch III der *Chattha Sangayana* Edition der *Tipitaka* (Vipassana Research Institute, Igatpuri) oder im Buch IV, p. 107 der *Pāli Text Society* Edition (London).

über jeglicher Art von wahrgenommenen Empfindungen (vedanā), die sich innerhalb des physischen Körpers realisieren können.

Phase IV

Am 10. Tag wird der Kurs mit einer letzten, gegenüber den Vorgängerinnen ganz anders gearteten Übung beendet, mit der **Praxis von mettā**, d.h. von selbstloser Liebe und Wohlwollen (*loving-kindness*). Bei dieser Praxis geht es darum, die Empfindungsqualität von selbstloser Liebe und Wohlwollen (*mettā*) sowie von würdigender Freude (*muditā – appreciative joy*) und Mitgefühl (*karuṇa – compassion*) gegenüber allen Lebewesen in sich zu generieren, so dass sich Frieden und Harmonie in allen Bereichen von Geist-und-Körper verbreiten möge.

Als Praxisempfehlung an alle Schüler/innen, die ernsthaft die *Vipassana*-Praxis vorantreiben wollen, schlägt S.N. GOENKA am Ende des Kurses schliesslich vor, dass täglich eine Stunde am Morgen und eine Stunde am Abend *Vipassana* praktiziert werden soll, und dass etwa einmal jährlich ein 10-tägiger oder längerer *Vipassana*-Kurs besucht werden möge.

Hypothese: Die mettā-Praxis stellt den initialen Schritt auf der Rückkehr von einem idealtypischen Zustand der vollständigen Selbstfokussiertheit und Abkehr von der sozialen Alltagswelt zurück in die lebendige Partizipation an eben dieser Welt, in ein soziales Handeln und Interagieren mit anderen Menschen, wobei dieses geprägt sein sollen durch hohe ethische Orientierungen – nämlich: selbstlose Liebe und Wohlwollen (mettā), Mitgefühl (karuṇa), würdigende Freude (muditā) und Gleichmut (upekkhā).

Die Praxisempfehlung des täglichen zweimaligen Übens antizipiert die Figur der Veralltäglichen des Ausseralltäglichen eines Vipassana-Kurses sowie die lebenspraktische Integration der gewonnenen Erfahrungen als Basis für ein sukzessives Heraustreten aus dem allgemeinen, durch Unwissenheit bedingten Leiden.

Abschliessend noch eine Bemerkung zur **Finanzierung** von *Vipassana*-Kursen in der Lehrtradition von S.N. GOENKA. Nach der Tradition des "reinen *dhamma*" dürfen weder Lehrer/innen noch Organisierende auf irgendeine finanzielle Weise von *Vipassana*-Kursen profitieren, und die Kosten dieser Kurse (Unterkunft, Nahrung etc.) werden auf der ganzen Welt ausschliesslich über Spenden (*dāna*) finanziert, wobei Spenden nur von alten Schüler/innen, die mindestens einen 10-tägigen Kurs mit S.N. GOENKA oder einer/einem seiner (Assistenz-)Lehrer/innen besucht haben, akzeptiert werden. Der Grund dafür ist, dass eine Spende nur von jemandem angenommen werden soll, der selbst die positive und wohltuende Wirkung des reinen *dhamma* erfahren hat. Das Motto ist: "So wie ein anderer die Kosten für meinen Kurs getragen hat, so möchte auch ich mit rechtem Verstehen (in Abhängigkeit meiner Mittel) etwas für den Kurs eines anderen geben." Spenden und Geben stellt einen integralen Teil der *Vipassana*-Praxis dar.

Zusammenfassung

Von seiner Ablaufsgestalt her und aus sinnstrukturaler Sicht kann ein 10-tägiger *Vipassana*-Kurs als idealer pragmatischer Rahmen dafür gesehen werden, gestützt auf eigene unmittelbare Erfahrung – und zwar auf der Ebene der Strukturierungs- und Bewegungsgesetzlichkeiten von Empfindungen –, die Quintessenz der Lehre des historischen BUDDHA, nämlich im Allgemeinen die "**vier edlen Wahrheiten**" (*ariya-sacca*) und im Speziellen den Inhalt der vierten Wahrheit, den "edlen, achtfachen Pfad" (*ariya-aṭṭhanga-magga*) zu verstehen und Schrittweise zu realisieren.

Dabei ist zu betonen, dass die Praxis von *Vipassana* das Glauben oder Akzeptieren der vier edlen Wahrheiten nicht voraussetzt – auch wenn umgekehrt dieses Praxissystem klar durch diese strukturiert wird. Es gilt ganz im Gegenteil: Die *Vipassana*-Praxis soll

gerade jenes konkrete Instrument darstellen, mit dessen Hilfe diese Wahrheiten in vollständiger personaler Autonomie auf der Basis eigener unmittelbarer Erfahrung geprüft werden können.

Die **erste edle Wahrheit** besagt, kurz gefasst, dass jegliche Form des Daseins letztendlich vergänglich, unbefriedigend und dem Leiden (*dukkha*) unterworfen ist.

Die **zweite edle Wahrheit** lehrt, dass alles Leiden – und damit nach der ersten Wahrheit alle Daseinsformen – durch Verlangen und Abneigung, zusammengefasst im Begriff des Begehrens (*taṇhā – craving*), bedingt sind. Sie umfasst die Lehre von "Wiedergeburt und *kamma*" sowie des bedingten Entstehens, auf das wir im nächsten Kapitel noch eingehen werden.

Die **dritte edle Wahrheit** hält fest, dass die Auflösung des Begehrens (*taṇhā*) und der damit verbundenen Verblendung/Unwissenheit (*avijjā*) naturwüchsigerweise zur Aufhebung (*nirodha*) des Leidens und letztendlich des Wiedergeburtenskreislaufs (*samsāra*), d.h. zum Verlöschen in *nibbāna*, führt.

Die **vierte edle Wahrheit** legt schliesslich den edlen, achtfachen Pfad aus, der die konkreten Mittel angibt, die zur Erreichung der Erlöschung des Leidens führen. D.h. diese Wahrheit impliziert die gesamte *theravāda*-buddhistische Ethik und Geistesschulung.

Der **edle, achtfache Pfad** gliedert sich in die folgenden 8 Glieder:

III. Weisheit/Einsicht (paññā – wisdom):

1. Rechte Erkenntnis/Rechtes Verstehen (*sammā-ditṭhi – right understanding*)
2. Rechte Gesinnung/Gedanken (*sammā-saṅkappa – right thought*)

I. Tugendwandel/Sittlichkeit (sīla – morality):

3. Rechte Rede (*sammā-vācā – right speech*)
4. Rechtes Handeln (*sammā-kammanta – right action*)
5. Rechter Lebensunterhalt (*sammā-ājīva – right livelihood*)

II. Sammlung/Konzentration (samādhi – concentration):

6. Rechte Anstrengung/Bemühung (*sammā-vāyāma – right effort*)
7. Rechte Aufmerksamkeit/Rechtes Gewahrsein (*sammā-sati – right awareness*)
8. Rechte Konzentration/Sammlung (*sammā-samādhi – right concentration*)

Streng genommen ist der edle, achtfache Pfad kein Pfad, denn die Aufgabe besteht nicht darin, ein Glied nach dem anderen abzuschreiten, um nach sukzessivem Durchlaufen aller Stationen ans Ziel *nibbāna* zu gelangen. Wäre dem so, so müsste man streng von der rechten Erkenntnis über die rechte Gesinnung zu den nächstfolgenden Gliedern bis letztendlich zur rechten Konzentration im Sinne des Höhepunktes gelangen. Dem ist aber nicht so, da das angestrebte Ziel nicht Sammlung sondern befreiende Weisheit (*paññā*) ist. Von dieser Tatsache her muss entweder auf eine gedankliche Unschärfe oder eine bewusste Konstruktion eines zirkulären oder spiralförmigen Verfahrens geschlossen werden.

Die Praxis des Pfades gibt darüber sehr schnell Aufschluss: Auf der praktischen Ebene – siehe die vier Phasen eines 10-tägigen *Vipassana*-Kurses oben – nimmt die Verwirklichung der einzelnen Pfadglieder bzw. der Dreiergruppen Weisheit (*paññā*), Sittlichkeit (*sīla*) und Konzentration (*samādhi*) eine andere Verlaufsform, als dies aus der kanonischen Anordnung der Glieder zu vermuten wäre: Zunächst wird die Sittlichkeit (*sīla*) durch die verbindliche Übernahme der fünf bzw. acht Vorschriften umgesetzt (Phase I), dann folgt die Geistesschulung der Konzentration oder Sammlung (*samādhi*) mit Hilfe

der *ānāpāna-sati*-Übung (Phase II), dem folgt dann die Entwicklung von in Erfahrung gründender, befreiender Weisheit (*paññā*) mittels *vipassanā*-Praxis (Phase III).

Über die schliessende Figur der *mettā*-Praxis und die Empfehlung zur täglichen Praxis von *Vipassana* (Phase IV) wird auf der praktischen Ebene zudem der Bogen zurück in die Alltagswelt gespannt, wird das Ausseralltägliche eines *Vipassana*-Kurses in Bezug gebracht zur Alltäglichkeit des praktischen Lebens und letztlich die individuelle Alltagspraxis als Schauplatz und Prüffeld der lebenspraktischen Integration von *Vipassana*-Erfahrungen gesetzt.⁴¹

Auf der Ebene der *Bewegungsgesetzlichkeit der Pfadwanderung* haben wir somit, ganz ähnlich wie im Zwölf-Schritte-Programm der *Anonymen Narkotiker*, die Verschränkung zweier gegensätzlicher Bewegungsmodelle: hier, auf der einen Seite, einer *zyklischen oder spiralförmigen Bewegung* in der Vertiefung und praktischen Festigung aller Glieder durch (im Idealfall tägliches) Wiederholen der *Vipassana*-Praxis, wobei alle Glieder des Pfades als miteinander in Wechselwirkung stehend und sich prinzipiell gegenseitig unterstützen zu erachten sind, und, auf der anderen Seite, einem *hierarchisch gestuften Realisierungsmodell*, wo die Glieder der Sittlichkeit (*sīla*) als Basis für jene der Konzentration (*samādhi*) und wo die Glieder der Konzentration als Basis für jene der Weisheit, des befreienden Verstehens (*paññā*) vorangetrieben werden, damit befreiendes Verstehen zu seiner Vollendung gebracht werden kann, was letztlich die Voraussetzung für das Verlöschen in *nibbāna* ist.⁴²

Abschliessend halten wir aus strukturalistischer Sicht fest, dass ein 10-tägiger *Vipassana*-Kurs durch eine *dreifach universalistische Orientierung* gekennzeichnet ist:

- (1) Natürlicher Atem und körperliche Empfindungen sind *universelle Beobachtungsobjekte*, d.h. sie können unabhängig von Geschlecht, Alter, Rasse, Sozialstatus, von religiösem und kulturellem Hintergrund etc. genutzt werden;
- (2) Zentraler Erfahrungs- und Erkenntnisgegenstand sind die postulierten drei *universellen Charakteristika* aller Daseinsformationen im Felde von Geist-und-Körper: Vergänglichkeit (*anicca*), Leidhaftigkeit (*dukkha*) und letztendliche Ich- oder Selbstlosigkeit (*anattā*);
- (3) Das Potenzial der *Vipassana*-Praxis wird als *universell transformatorisch* in dem Sinne gesetzt, als dass sie bei kontinuierlicher Ausübung prinzipiell jede Form des durch Verlangen (*lobha*), Abneigung (*dosa*) und Unwissenheit (*avijjā*) bedingten Leidens zu überschreiten gestattet, d.h. letztendlich zum Verlöschen in *nibbāna* führt.

⁴¹ Der Buchtitel *Die Kunst des Lebens. Vipassana-Meditation nach S.N. GOENKA* von William HART (dt. 1996) bringt genau dies zum Ausdruck.

⁴² Gemäss den alten *Pāli*-Texten (14. und 15. *Sutta* in der *Khuddaka Nikāya*, *Pāli Text Society* (London)) bestimmt sich der individuelle Realisierungsgrad der Pfadwanderung (über ganze Sequenzen von Inkarnationen hinweg) aus dem jeweiligen Mass an rechter Verwirklichung der **zehn Vollkommenheiten** (*pāramitās*): (1) Entsagung (*nekkhama – renunciation*), (2) Tugendwandel/Sittlichkeit (*sīla – morality*), (3) richtige Anstrengung (*virīya – right effort*), (4) Einsicht/Weisheit (*paññā* im Sinne von *bhāvanā-mayā paññā*, siehe später im Text – *wisdom*), (5) Toleranz (*khanti – tolerance*), (6) grosse Entschlossenheit (*adhiṭṭhāna – strong determination*), (7) Gleichmut (*upekkhā – equanimity*), (8) allgemeines Wohlwollen (*mettā – loving-kindness*), (9) Wissen/Wahrheit (*sacca – truth*), (10) Teilen mit anderen (*dāna – perfection in sharing*).

6.3.3 Die Lehrer-Schüler-Beziehung in *Vipassana*-Kursen. Zum Verhältnis von *Vipassana* und professioneller Therapie

Wenn wir uns vor dem Hintergrund der Ausführungen in Unterabs. 6.1.1 der Frage zuwenden, wie das Verhältnis zwischen *Vipassana* und professioneller Therapie zu verstehen ist, dann interessiert als Erstes: Welche Form von sozialer Beziehung wird zwischen dem/der kursleitenden (Assistenz-)Lehrer/in und den Schüler/inne/n eingerichtet?

Zu diesem Zwecke haben wir alle während dem Gefängniskurs im Ming-Te Branch Prison auf Taiwan aufgezeichneten Dialoge zwischen dem erfahrenen leitenden *Vipassana*-Lehrer und den Schülern analysiert und dann mit eigenen sowie mit von *START AGAIN*-Klient/inn/en berichteten Erfahrungen kontrastiert.

Nüchterne Technikorientierung

Den wichtigsten regelmässigen Rahmen für einen persönlichen Kontakt zwischen Lehrer/in und Schüler/inne/n bilden die sogenannten "*checkings*" während den Gruppensitzungen. Dabei werden etwa einmal pro Tag – bei alten Schüler/inne/n geschieht es weniger häufig – der Reihe nach je drei bis vier Schüler/innen zusammen nach vorn zur Lehrer/in gerufen, um da nach dem Fortgang der Praxis befragt zu werden.⁴³

Hier das vollständige Transkript eines typischen derartigen, "quasi-öffentlichen" Dialoges zwischen einem *Vipassana*-Lehrer (T) und einem Schüler (S). Vom pragmatischen Rahmen her ist vorgängig wichtig anzufügen, dass es sich im wiedergegebenen Beispiel seitens des Schülers um das allererste *checking*, das er erlebt, handelt, wir uns also grundsätzlich in der Situation befinden, wo es um die gegenseitige Abstimmung und Angleichung des sozialen Rahmens von "das heisst persönlicher Kontakt im Rahmen von *Vipassana*-Kursen" geht; s. Unterabs. 6.1.2.

- 1 T: mind is cheerful (?)
- 2 S: [ohne klares nonverbales Zeichen von "Ja" oder "Nein"] I have a question (,)
- 3 [S zeigt auf seine Schultern, den Nacken und die Brust] when I breathe I have a pain here (.) does that matter (?)
- 4 T: it means (,) your mind gets tension (,) so relax (,) relax and the pain will go away
- 5 (,) and you can make movements like this (.) [während der Lehrer auf seinem Meditationskissen sitzt bewegt er seinen Oberkörper ruhig nach links und nach rechts, nach vorne und nach hinten]
- 6 T: are you aware of respiration (?)
- 7 S: yes (.)
- 8 T: did you get a good sleep yesterday night (?)
- 9 S: yes (.)
- 10 T: so let us practice (.)

Eine ausführliche feinsequenzielle Analyse dieses *checkings* ist in STUDER (1997a: 19ff.) zu finden. Wir verweisen hier nur auf die wichtigsten Strukturelemente dieses Dialoges: Auf die Frage des Lehrers (Zeile 1): "mind is cheerful (?)", die philosophisch-allgemein oder persönlich beantwortet werden kann, reagiert der Schüler, ohne die Frage zu be-

⁴³ Neben den "*checkings*" gibt es, wie bereits erwähnt, als persönliche Kontaktmöglichkeiten mit der Lehrerin oder dem Lehrer die "Einzelinterviews" während der Mittagspause sowie die Fragegelegenheit am Abend nach der letzten Gruppensitzung. Ausserdem kann die Lehrperson von sich aus, eine/n Schüler/in zu sich rufen, falls sich ein problematischer Eindruck einstellt. Die für die meisten Schüler/innen einzigen persönlichen Kontakte mit der Lehrperson realisieren sich jedoch im Rahmen der *checkings*.

antworten, mit einer Gegenfrage (Zeile 2): "I have a question". D.h., latent geht es zu Beginn des *checkings* um Konkurrenz hinsichtlich der Rahmendefinition.

Die Frage des Schülers (Zeile 3) "when I breathe I have a pain here (.) does that matter (?)" zeigt dann aber, dass der Schüler die Rahmung "Experte-Laie/Lehrer-Schüler" annimmt und gewillt ist, den Anweisungen des Lehrers zu folgen, dass er jedoch unter Handlungsdruck steht "I have a pain here".

Für den Lehrer wird hier der rote Teppich ausgelegt, um die Situation als Situation der Begegnung (der emphatischen Nähe und des Vertrauens) zu rahmen. So könnte er etwa im Rahmen von Begegnung antworten mit: "Nun lieber Schüler, schau, gerade die Tatsache, dass du Schmerzen empfindest, zeigt uns, dass dein Geist (mind) alles andere als fröhlich (cheerful) ist. Er muss unter Spannung (tension) stehen ...", und dann könnte er leicht den zweiten Teil der Schülerfrage: "does that matter (?)", aufgreifen mit: "ja, in diesem Sinne kann man sagen, deine Schmerzen spielen eine Rolle. Ohne ausgeglichenen Geist kannst du nämlich deine Aufmerksamkeitsfähigkeit (*sati*) nicht schulen ..."

Die Antwort des Lehrers in Zeile 4, "it means (,) your mind gets tension (,) so relax (,) relax and the pain will go away (.)", ist nun inhaltlich eindeutig schülerorientiert, auf der Ebene von Begegnung wird aber keine Bereitschaft zu emphatischer Nähe, zu affektiver Resonanz signalisiert. Die Antwort ist distanziert und unpersönlich.

Ähnliches lässt sich für die Zeilen 5 und 6 rekonstruieren, und mit der kurz und bündigen Antwort "yes" in Zeile 7 äussert der Schüler, dass er "verstanden" hat, dass "*checkings*", wie der Namen sagt, *checkings* sind, d.h., dass es da nicht um die Etablierung einer persönlichen Beziehung, einer Beziehung der Begegnung geht, sondern dass die Technik, das Verstehen der Technik im Zentrum steht.

Erst in der dritten Frage des Lehrers: "did you get a good sleep yesterday night (?)" (Zeile 8), wird die Person des Schülers adressiert. Diese Frage wäre eine geeignete erste Frage, wollte man einen Kontext der Begegnung aufspannen, was hier nun offensichtlich nicht die Intention ist.

Zusammenfassend halten wir fest, dass *checkings* auf der interaktionalen Ebene folgendermassen zu charakterisieren sind: *Der Terminus "checking" ist in seinem Verweisen auf eine Form der Inspektion ganz wörtlich zu nehmen, d.h. es geht nicht um das Einrichten einer persönlichen Sozialbeziehung zwischen Lehrer und Schüler im Rahmen von Begegnung. Zentral ist die klare Vermittlung der Meditationstechnik und nicht die Person des Schülers.*

In der Kontrastierung dieses Resultates mit anderen *checkings* im gleichen Rahmen (Gefängniskurs) sowie mit anderen Lehrer/inne/n im Rahmen üblicher 10-Tage-Kurse lässt sich für die Interaktion zwischen *Vipassana*-(Assistenz-)Lehrer/inne/n und Schüler/inne/n eindeutig die Dimension *nüchternen Technikorientierung ohne grosse Begegnungsgestaltung* herauschälen.

Um jedoch die Arbeitsatmosphäre in einem 10-tägigen *Vipassana*-Kurs zu charakterisieren, reicht diese eine Dimension der Interaktionsgestaltung nicht aus. Eine weitere charakterisierende Dimension bildet allgemeines Wohlwollen (*mettā*) und allgemeines Mitgefühl (*karuṇa*).

Allgemeines Wohlwollen (*mettā*) und allgemeines Mitgefühl (*karuṇa*)

Ein Beispiel dafür, was damit bezeichnet wird, finden wir dann, wenn wir analysieren, wie der Lehrer im obigen *checking* mit dem Schüler spricht, und zwar auf der nonverbalen und körpersprachlichen Ebene (d.h. Mimik, Gestik, Atmung, Haltung etc.) sowie auf der Ebene der paraverbalen Signale (d.h. Intonation, Modulation, Sprachtempo, Pausen

etc.). Zu diesem Zwecke habe ich [UMS] unmittelbar nach dem *checking* folgende Notiz der teilnehmenden Beobachtung festgehalten:

"Während dem checking mit dem Schüler neigt sich der Lehrer nach vorne zum Schüler hin, hält seinen Kopf etwas nach links geneigt und schaut den Schüler direkt an. Der Lehrer spricht mit leiser und freundlicher Stimme, er atmet sehr ruhig und regelmässig. Intensions- und gestikmässig spricht er mit dem Schüler wie "ein gütiger Vater zu seinem Sohn"; er ist offenherzig und unaufdringlich. Intuitiv gestalterschliessend ist die Atmosphäre durch echtes Wohlwollen charakterisiert."

Kontrastieren wir diese Beobachtung dazu, *wie* der Lehrer spricht, mit der Rekonstruktion der latenten Sinnstruktur dessen, *was* er sagt, so finden wir einen *maximalen Kontrast*. Diesen wollen wir zu verstehen versuchen.

Um eine entsprechende Hypothese zu formulieren, greifen wir einerseits exemplarisch ein wiederholt auftauchendes Thema während den abendlichen Vorträgen auf, andererseits ziehen wir eine teilnehmende Beobachtungen im Zusammenhang mit der Eröffnung und Schliessung jeder Gruppenmeditationssitzung durch S.N. GOENKA bei.

Als Erstes also ein Ausschnitt aus jenem Vortrag von S.N. GOENKA, der am Abend des ersten Tages eines 10-tägigen *Vipassana*-Kurses als Videoaufzeichnung wiedergegeben wird:

"... / one has to explore the reality about the mind about the matter within oneself (.) all the sages (.) all the wise persons have said (.) know thyself (.) /...

... / the path is to explore the reality pertaining to yourself (.) you can call it a path of self-realization (.) you can call it a path of truth realization (.) truth pertaining to your own self (.) within yourself (.) to be realized by yourself (.) /...

.../ merely imagining won't help (.) merely accepting this truth at the intellectual level or devotional level will not help (.) one has to experience it at the actual level [experience it within the framework of your body] (.) and this is what this technique [the technique of Vipassana] will lead you to do (.) /...

... / [but] don't believe it just because Buddha said so (.) or your teacher says so (.) or any Scripture says so (.) with your own experience [you have to know it] (.) /..."⁴⁴

Dieser exemplarische Auszug aus einem Vortrag von S.N. GOENKA mag andeuten, dass eine wichtige Aufgabe der abendlichen Vorträge, neben einem erläuternden Zurückblicken auf die spezifischen Praxisanweisungen des Tages und einem einführenden Vorausschauen auf jene des Folgetages, darin besteht, die Schüler/innen zu inspirieren und zu motivieren, den (achtfachen) Pfad auch tatsächlich zu gehen (*to actually walk the path*).

Mit anderen Worten: Das zentrale Thema ist weder nur vom Pfad gehört zu haben (auf *Pāli* wird "gehörtes Wissen" *suta-mayā paññā* genannt) noch nur über ihn nachgedacht zu haben ("durch intellektuelle Analyse gefundenes Wissen" wird mit *cintā-mayā paññā* bezeichnet), sondern das Ziel ist, letzte Weisheit durch unmittelbare Pfad-Erfahrung zu erlangen ("letztes, befreiendes Erfahrungswissen" wird auf *Pāli* *bhāvanā-mayā paññā* genannt).

Als Zweites ist eine teilnehmende Beobachtung – oder besser, eine durchdringende Erfahrung als beobachtender Teilnehmer – zu erwähnen, die sich auf die von

⁴⁴ In eckige Klammern gesetzte Bemerkungen stammen wie üblich (s. Unterabs. 2.1.2.3) nicht direkt vom Textproduzent. Sie wurden eingefügt, um das explizit zu machen, worauf sich Satzaussagen gemäss Kontext beziehen.

S.N. GOENKA zu Beginn jeder Gruppenmeditationssitzung gegebenen Praxisanweisungen bezieht:

"Die Anweisungen sind auf der einen Seite charakterisiert durch äusserste Klarheit, den Brustton der Überzeugung einer Person, die erfahren hat, was sie lehrt, und durch kompromisslose Entschlossenheit, die Rahmenbedingungen und Regelungen des Kurses aufrecht zu erhalten, auf der anderen Seite schwingt in der Stimme, ein starkes allgemeines Wohlwollen und "egoloses" Mitgefühl mit."

Zur Verdeutlichung der nüchternen Bestimmtheitsseite hier die Sequenz, mit der in nur geringfügig variiertes Form praktisch jede Gruppenmeditationssitzung eröffnet wird:

"(mit ruhiger, getragener und klangvoller Stimme) start again .. start again with a calm and quiet mind (,) with an equanimous and balanced mind + /..."

Die Gestalt dieser Eröffnung "start again" ist direkt, klar und ohne Umschweife, im Gegensatz beispielsweise zu einem möglichen "let us start again".

Was die allgemeine Wohlwollens- und Mitgefühlsseite anbelangt, so findet diese ihren besonders deutlichen Ausdruck in der "durchdringend, in dreifacher Wiederholung vorgetragenen" Beschlusformel jeder Gruppenmeditationssitzung:

"bhavatu sabba maṅgalaṃ – was bedeutet: Mögen alle Wesen glücklich sein."

Vor dem Hintergrund der zwei obigen Bemerkungen sowie den Erläuterungen zu Phase IV (*mettā*-Praxis) eines *Vipassana*-Kurses formulieren wir folgende **Hypothese bezüglich dem Lehrideal** einer *Vipassana*-Lehrerin, eines *Vipassana*-Lehrers oder des "Principal Dhamma Teachers" S.N. GOENKA:

*Das Vipassana-Lehrideal besteht darin, geduldig und ununterbrochen den Pfad, der zur "letzten Befreiung vom Leiden" führt, darzulegen, mit anderen Worten, die Vipassana-Praxis in einfacher, klarer und für jedermann verständlicher Sprache zu erklären. Dabei ist die Maxime – eingedenk dessen, dass jeder Mensch den Pfad selbst, Schritt für Schritt und in vollständiger Autonomie gehen muss – die, von jeglicher Form der möglichen Verstrickung in ein Schüler/innen-Ego ("Ich") und seine Sphäre (das "Mir" und "Mich") Abstand zu nehmen und vielmehr in einem "reinen" geistigen Zustande des Gleichmutes (*upekkhā*) und der würdigenden Freude (*muditā*) die basalen Qualitäten: eine universelle Form der Liebe und allgemeines Wohlwollen (*mettā*) sowie egoloses, allgemeines Mitgefühl (*karuṇa*), zu generieren.*⁴⁵

In Bezug auf die aktuelle Lehrsituation einer (Assistenz-)Lehrerin oder eines (Assistenz-) Lehrers hält S.N. GOENKA fest, "dass diese stets daran sind zu lernen, gute Lehrer/innen zu sein, genau so, wie die Schüler/innen stets daran sind zu lernen, gute Schüler/innen zu sein." Unsere Strukturhypothese bezüglich der aktuellen Lehrtätigkeit von *Vipassana*-Lehrer/innen, die alle auf der Basis von Freiwilligkeit arbeiten, ist daher folgende:

*Die aktuelle Hauptaufgabe von Laien-Vipassana-Lehrer/innen ist das Ausbalancieren einer nüchternen Technikorientierung und das Generieren einer "Hintergrundschiwung" von allgemeinem Wohlwollen (*mettā*) und allgemeinem Mitgefühl (*karuṇa*).*

Insbesondere soll und kann das kunstvolle Ausgestalten eines Rahmens der Begegnung oder der sozialen Nähe im Rahmen einer quasi-therapeutischen Begegnung von *Vipassana*-Lehrer/innen im Allgemeinen nicht erwartet werden, es mag allenfalls als indivi-

⁴⁵ das Adjektiv "allgemein" vor Wohlwollen und Mitgefühl verweist hier auf vorurteilsloses, nicht auf ein spezifisches Wesen oder eine besondere Wesensgruppe fokussiertes, gewissermassen wie fein zerstäubtes Wasser ebenmässig allen Wesen zukommendes Wohlwollen und Mitgefühl.

duelle Sonderleistung von einer in dieser Hinsicht besonders geschulten Person erbracht werden.⁴⁶

Wie sind *Vipassana*-Kurse im Kontext Therapie zu rahmen?

Das obige Analyseresultat zieht die wichtige Konsequenz nach sich, dass falls man die potenziell wirkungsvollen *Vipassana*-Kurse, in der Form wie diese zur Zeit weltweit durchgeführt werden, im Kontext des therapeutischen Arbeitens mit beschädigter Autonomie nutzen möchte, drei **Rahmungsbedingungen** erfüllt sein müssen:

- (1) *Eine systematische Vorbereitung auf den Kurs.* In *START AGAIN* wird dies heutzutage in mehreren Schritten umgesetzt: Zunächst werden alle Klient/inn/en gleich zu Beginn der Behandlung in die *ānāpāna-sati*-Übung eingeführt, und diese Übung wird dann täglich am Morgen und am Abend für mit der Aufenthaltszeit sukzessiv längere Zeiten praktiziert. Weiter wird regelmässig einmal im Monat ein *ānāpāna-sati*-Tag durchgeführt, der den Klient/inn/en die Möglichkeit gibt, sich an die Praxis von Meditation während einem ganzen Tag heranzutasten. Punktuell wurden auch schon 3-tägige *ānāpāna-sati*-Kurse in der Einrichtung organisiert, etwas, was in Zukunft ebenfalls auf eine regelmässige Basis gestellt werden soll.

Wichtige Vorbereitungs momente stellen zudem die vielen Gespräche über *Vipassana*-Kurse und mögliche *Vipassana*-Erfahrungen zwischen Betreuungspersonen und Klient/inn/en sowie zwischen den Klient/inn/en untereinander dar. Diesbezüglich ist auch die unmittelbare, eigene *Vipassana*-Erfahrung seitens der Therapeut/inn/en als wichtige Vorbereitung zu erachten.

Schliesslich steht es nach etwa einem halben Jahr Therapieaufenthalt jeder Klientin und jedem Klienten offen, an einem 10-tägigen *Vipassana*-Kurse teilzunehmen. Der Wunsch zur Teilnahme muss dabei klar von der Klientenseite herkommen und der konkrete Teilnahmeentscheid wird dann gemeinsam mit der Bezugsperson und der für die Meditation verantwortlichen Person der Einrichtung ausgehandelt.

- (2) *Die Begleitung von Klient/inn/en, die frühzeitig abbrechen.* Organisatorisch ist dies im Kontext von stationärer Therapie im Allgemeinen einfach zu gewährleisten. Im Fall von *START AGAIN* bildet es die Aufgabe der meditationsverantwortlichen Person der Einrichtung und der jeweiligen Bezugsperson.

Auf der therapeutischen Ebene ist bei frühzeitigem Kursabbruch typischerweise ein Bearbeitungsabschnitt notwendig, wo versucht wird, die partielle Kurserfahrung, die Gründe für den Abbruch (spezifisch suchtdynamische oder allgemein körperliche oder psychische Gründe etc.) und die Konsequenzen des Abbruchs zum Beispiel für das Selbstwertgefühl, die Stellung in der Gruppe und den weiteren Genesungsverlauf in therapeutischer Begleitung aufzuarbeiten.

Das Ziel der sorgfältigen Vorbereitung und Aushandlung der Teilnahme besteht gerade darin, das Abbruchrisiko möglichst tief zu halten.

- (3) *Die Nachbetreuung nach dem Kurs.* Hier gilt es – gestützt auf die Erfahrung in *START AGAIN* – grundsätzlich zwei Situationen zu unterscheiden. In der ersten Situa-

⁴⁶ Auf die therapeutische Nicht-Professionalität aller auf freiwilliger Basis arbeitenden *Vipassana*-Lehrer/inne/n wird übrigens bei der Anmeldung zu einem 10-tägigen *Vipassana*-Kurs klar hingewiesen: "*Vipassana* kann sehr segensreich sein für jeden durchschnittlichen, normalen, gesunden Menschen, es ist jedoch kein Ersatz für medikamentöse oder psychiatrische Behandlung. Wir empfehlen *Vipassana* deshalb nicht für Menschen mit ernsten geistigen oder psychischen Störungen." – Aus dem Faltblatt *Einführung in die Vipassana Meditation in der Tradition von Sayagyi U BA KHIN, gelehrt von S.N. GOENKA und seinen Assistenzlehrern*, deutsche Übersetzung von *Introduction to Vipassana Meditation*.

tion besteht seitens der Klientin oder des Klienten das ausgesprochene Bedürfnis, die Kurserfahrung gemeinsam mit der Bezugsperson zu besprechen und zu "verdauen". Es entspinnt sich unter dieser Voraussetzung typischerweise ein inhaltsreicher und wirkungstiefer therapeutischer Prozess, wobei dem Besuch des *Vipassana*-Kurses gewissermassen die Bedeutung einer Initialerfahrung oder eines "Krisenexperimentes" zukommt, wo Krise, ganz im Sinne von Unterabs. 2.2.4, jenen Zustand bezeichnet, in dem gewohnte Orientierungs- und Handlungsmuster nicht mehr greifen oder nicht mehr länger als adäquat erachtet werden können. Neuauslegungen der eigenen Weltsicht, des Verständnisses der eigenen Person, der eigenen Geschichte und der Beziehung zu anderen Menschen können induziert werden und sind in ihrer Keimhaftigkeit im therapeutischen Prozess so zu pflegen, dass Schritt für Schritt Strukturtransformation realisiert werden kann.

Die zweite Situation zeichnet sich dadurch aus, dass die in die Einrichtung zurückkehrende Person nicht über ihre Kurserfahrung sprechen möchte. Seitens der Therapie sind in diesem Fall zwei Momente zu berücksichtigen und miteinander auszubalancieren. Einerseits gilt es, den Autonomieschritt der Person, die den Kurs durchlaufen hat, zu achten und sich in seiner individuellen lebenspraktischen Integration festigen zu lassen. Der Kurs ist also als "persönliche Erfahrung" zu rahmen, wo es seitens der Therapeuten wenig oder gar nichts nachzufragen gibt. Auf der anderen Seite ist gerade die lebenspraktische Integration der Erfahrungen, die während einem *Vipassana*-Kurs aufsteigen können, eine subtile und anspruchsvolle Tätigkeit, die ein gerüttelt Mass an gesunder Autonomie voraussetzt, ein Mass, das jedoch bei vielen Klient/inn/en noch nicht unbedingt vorliegt. Seitens der Bezugsperson ist es dann wichtig, misslungene "Integrationsversuche" (z.B. eine Verlängerung der suchtstrukturell typischen Doppellebensproblematik im Sinne von: hier Meditation, dort alltägliches Leben, oder eine allfälligen Instrumentalisierung der Meditation zum Unterlaufen eines therapeutischen Arbeitsbündnisses (vgl. dazu den Vertiefungsabschnitt A2.1), etc.) zu erkennen und angemessen in therapeutischen Gesprächen zu thematisieren und zu bearbeiten.

Kontrastierung der Strukturmerkmale von *Vipassana* und professioneller Therapie

Die nachfolgende Tabelle fasst schliesslich die wichtigsten Dimensionen der vieldimensionalen Komplementarität der beiden strukturtransformatorischen Handlungszusammenhänge *Vipassana*-Kurs und professionelle Therapie zusammen, so wie sich diese aus den obigen Ausführungen und jenen in Unterabs. 6.1.2 zur Strukturlogik professionalisierten Helfens ergeben.

Tabelle 6.3.3-1 Kontrastierung der Strukturmerkmale der beiden strukturtransformatorischen Handlungszusammenhänge (10-tägige) Vipassana-Kurse und professionelle (systemische) Therapie

10-tägige Vipassana-Kurse	professionelle (systemische) Therapie
Ziel und Reichweite der Praxis	
<p>Ziel ist die sukzessive Vervollkommnung einer autonomen Lebenspraxis der Sittlichkeit (<i>sīla</i>), der Konzentration des eigenen Geistes (<i>samādhi</i>) und der Realisierung von Einsicht und Weisheit (<i>paññā</i>) i.S. von erfahrungsmässigem Verstehen der universellen Struktureigenschaften aller Daseinsformationen: Vergänglichkeit (<i>anicca</i>), Leidhaftigkeit (<i>dukkha</i>) und Nicht-Selbstheit (<i>anattā</i>)</p> <p>Autonomie-Steigerung heisst: Befreiung aus Konditionierungen, die auf dem ununterbrochenen, unbewussten Wechselspiel von Begehren (<i>taṇhā</i> – Verlangen und Abneigung gleichermaßen) und körperlichen Empfindungen (<i>vedanā</i>) beruhen</p>	<p>Ziel ist die (Wieder-)Herstellung der Integrität einer (individualen oder kollektiven) autonomen Lebenspraxis im Falle, wo diese auf sozialer, psychomentaler und/oder somatischer Ebene beschädigt ist und die (Wieder-)Herstellung ihrer Integrität aus eigenen Mitteln nicht leisten kann</p> <p>Autonomie-Steigerung heisst: Zugewinn an Gestaltungsvermögen des allgemeinen Spannungsfeldes von Vorgegebenem und Aufgegebenem, von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung</p>
Strukturkern der Praxis	
<p>Dialektik von Verstehen letzter Wirklichkeit in der Selbstbegegnung (Verstehen allgemeiner Strukturgesetzmässigkeiten des Daseins vor dem Hintergrund individueller Erfahrungen)</p>	<p>Dialektik von Fallverstehen in der Begegnung (Verstehen individueller lebenspraktischer Problematiken vor dem Hintergrund allgemeinen Wissens)</p>
wesentliche Voraussetzung	
<p>eine durchschnittliche normale Intelligenz und Gesundheit und der Wunsch, "sich selbst" und "das Leben" immer tiefer zu verstehen und sich aus Autonomie schmälernenden Konditionierungen zu befreien</p>	<p>der Leidensdruck einer beschädigten Autonomie oder der Wille zur Genesung</p>
zentrales, den Transformationsprozess treibendes Instrument	
<p>ununterbrochenes, gleichmütiges, wissensklares und methodisches Beobachten des eigenen natürlichen Atems (<i>ānāpāna-sati</i>-Übung) und der Körperempfindungen (<i>vipassanā</i>-Praxis) in weitestgehender sozialer Isolation</p>	<p>Sprachhandeln in diffusen und rollenförmigen Sozialbeziehungen: einerseits der bewertungsfreie, geburtshelferische (sokratische) Dialog, andererseits das Aushandeln von gegenseitigen Vereinbarungen zwischen Therapeut/inn/en und Klient/in/en</p>
konstitutiv für den Praxisrahmen	
<p>Maxime seitens Lehrer/in: verständliche und präzise Anleitung zur methodischen Selbstfokussierung und Selbstbeobachtung</p> <p>Lehrer/innen sind auswechselbar, keine persönliche Bindungen (stark rollenförmige Sozialbeziehung)</p> <p>Lehrer-Schüler-Dialoge werden typischerweise in quasi-öffentlichem Rahmen durchgeführt</p>	<p>Maxime seitens Therapeut/in: Hilfe zur Selbsthilfe</p> <p>Therapeut/innen müssen mindestens für eine bestimmte Zeit Kontinuität und Verlässlichkeit versprechen, handeln im Spannungsfeld von diffusen und rollenförmigen Sozialbeziehungen</p> <p>Klienten-Therapeuten-Gespräche werden in einem abgeschirmten, geschützten, quasi-privaten Rahmen durchgeführt</p>

<p>die <i>Vipassana</i>-Praxis ist prinzipiell nicht auf einen zeitlichen Abschnitt beschränkt, vielmehr soll sie integraler Bestandteil der individuellen autonomen Alltagspraxis werden</p> <p><i>Vipassana</i>-Kurse sind grundsätzlich kostenlos, sie werden ausschliesslich auf der Basis von Spenden finanziert: Logik des Spendens, des Verzichtes (auf Ansprüche) und der Dankbarkeit</p>	<p>der therapeutische Prozess soll vorübergehend sein, sein Ziel ist es, sich selbst abzuschaffen</p> <p>Therapiesitzungen oder stationäre Therapieaufenthalte sind von privater Seite oder durch die öffentliche Hand zu entgelten: Logik der Anspruchsbefriedigung und der finanziellen Honorierung</p>
---	---

6.4 Zusammenfassung: Die Fallstruktur von *START AGAIN* als Ganzes

"Er [der Widerspruch – UMS] [...] ist die Wurzel aller Bewegung und Lebendigkeit; nur insofern etwas in sich selbst einen Widerspruch hat, bewegt es sich, hat Trieb und Tätigkeit."

Georg Wilhelm Friedrich HEGEL (1770-1831)
Wissenschaft der Logik II, 1,2,C,2 Anm. 3

Vor dem Hintergrund der Ausführungen dieses Kapitels zu den Strukturlogiken der drei zentralen interventiven Grundelemente von *START AGAIN*: (1) Professionelle systemische Therapie, (2) Selbsthilfe orientiert am Programm der Anonymen Narkotiker und (3) das Praxissystem von *ānāpāna-sati* und *vipassanā*, sowie vor dem Hintergrund der Ausführungen zu den strukturellen Bestimmungsmomenten und Entwicklungslinien der Geschichte von *START AGAIN*, zusammengefasst in Abschnitt 5.3, formulieren wir die **These**, dass *der Strukturkern von START AGAIN der einer vielschichtigen und vieldimensionalen widersprüchlichen Einheit ist, wo die verschiedenen Dimensionen untereinander nach ihrer spezifischen genesungsprozess-logischen Reichweite geordnet sind.*

Als den Gesamtbetrieb und die Gesamtorganisation von *START AGAIN* prägende Bestimmungsmomente haben wir in Kapitel 5 die produktive Gleichzeitigkeit verschiedener strukturlogisch entgegengesetzter Pole rekonstruiert. Wir erinnern an das Gegensatzpaar von Stadt (Zürich) und Land (Männedorf), was die konkrete geographische und sozio-kulturelle Verortung der beiden Einrichtungsteile von *START AGAIN* anbelangt, sowie an die dynamische Vermittlung der einander entgegengesetzten Strukturpole von Alltag und Therapie, Grossfamilie und Organisation, die eine Betriebsgeschichte hervorgerufen haben, die durch konstanten Wandel, therapeutische Innovation und latentes bis teilweise manifestes Scheitern auf der einen Seite und auf der anderen Seite durch stete Bestrebungen nach Konstanz im Wandel und nach Konsolidierung betriebswirtschaftlicher und organisatorischer Rahmenbedingungen gekennzeichnet ist.

Auf der Ebene des therapeutischen Intervenierens stehen sich paarweise professionelle Therapie und Selbsthilfe, professionelle Therapie und das *Vipassana*-Praxissystem sowie das Zwölf-Schritte-Programm der *Anonymen Narkotiker* und das *Vipassana*-Praxis-

system gegenüber, und zwar jeweils sowohl mit Strukturgleichheiten wie auch mit unversöhnlichen Strukturgegensätzen, wie oben beschrieben. Schliesslich haben wir in diesem Kapitel dargelegt, wie jedes interventive Grundelement in sich selbst eine vieldimensionale widersprüchliche Einheit darstellt.

Von seiner Konzeptionalisierung und von seiner konkreten Geschichte her ist das Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige START AGAIN als vielschichtige und vieldimensionale "Sowohl-als-auch-Gestalt" zu verstehen; und wir schliessen, dass im Realisierungsfalle dieser Gestalt das entsprechende "Sowohl-als-auch-Denken, -Fühlen und -Handeln" der Einrichtung maximal mit dem pathologischen entweder dichotom aufgespaltenen oder kurzgeschlossenen "Entweder-oder-Denken, -Fühlen und -Handeln" seiner Klientel kontrastiert. Umgekehrt haben wir im Falle des Auseinanderbrechens der dialektisch gebundenen Pole von START AGAIN gewissermassen auf der Gesamtebene der Einrichtung eine Reproduktion der Strukturlogik süchtigen Handelns.

Wir fügen an dieser Stelle zur Vervollständigung des entwickelten Bildes unsere **Kernthese zur therapeutischen Wirkungsweise von START AGAIN** an; für weitere Ausführungen s. Kapitel 8 und 10:

Metaphorisch gesprochen realisiert START AGAIN als Ganzes eine (partiell) permanent scheiterungsfähige Gratwanderung zwischen einer Vielzahl von einander entgegengesetzten Handlungs- und Orientierungsmomenten. Diese Gratwanderung provoziert dabei beständig ein ausgeprägtes Klima der Transformation, was seinerseits seitens der Klientel nachhaltig Selbstheilungspotenziale zu wecken vermag, die Basis, auf der der gesamte therapeutisch begleitete Genesungsprozess aufruhet. Das notwendige Mass an strukturellem Optimismus, das Voraussetzung ist, um sich täglich aufs Neue ganz bewusst dem anspruchsvollen und potenziell scheiterungsfähigen Vermittlungshandeln zwischen unaufhebbaren Gegensätzen zu stellen, speist sich schliesslich in mehr oder weniger direkter Weise sowohl auf der Ebene des Klientels wie des Personals – wenn auch in individuell ganz unterschiedlicher Masse – aus der Praxis von Vipassana.

Als roter Faden, entlang dem sich die therapeutische Vermittlungsarbeit der verschiedenen, einander strukturell entgegengesetzten Handlungs- und Interventionsformen konkret organisiert, dient auf der einen Seite die Rekonstruktion der je spezifischen Fallstruktur einer Klientin oder eines Klienten und auf der anderen Seite das Suchtverständnis von START AGAIN, das – zumindest vom Modell her – einen ganzheitlichen, therapeutisch-geistigen Genesungsprozess skizziert, der grundsätzlich auf die vollständige Rückgewinnung bzw. Nachentfaltung lebenspraktischer Autonomie gerichtet ist.

Im folgenden Kapitel werden wir das "tiefensystemische" Menschenbild und das spezifische Suchtverständnis von START AGAIN explizieren. In diesem Erklärungsmodell wird die Entstehung und die Aufrechterhaltung von Sucht – und in umgekehrter Logik grundsätzlich auch eine mögliche Genesung von der Sucht – verstanden als ein *gekoppelter Verstrickungsprozess, in dem sich ein spezifisch beschädigter sozialisatorischer und individualbiographischer Entwicklungsprozess und eine entgleiste mental-somatische Reaktionsdynamik zwischen Begehren und körperlichen Empfindungen problematisch verschränken*. Beim letzteren Prozess spielt die physiologische Impulskraft und die nachhaltige neurobiologische Wirkung von Drogen eine wichtige, aber nicht ausschliessliche Rolle. Im Rahmen dieses Modells wird der grundlegende Begriff der Autonomie – neben seiner bisherigen, lebenspraktischen Bestimmung – um eine psycho-mentale Dimension erweitert werden, die Dimension des gleichmütigen, wissensklaren Umgangs mit körperlichen Empfindungen.

7 Die Innovation von *START AGAIN*: Tiefensystemische Suchttherapie

7.1 Einleitung. Bemerkungen zu heute geläufigen Suchtmodellen

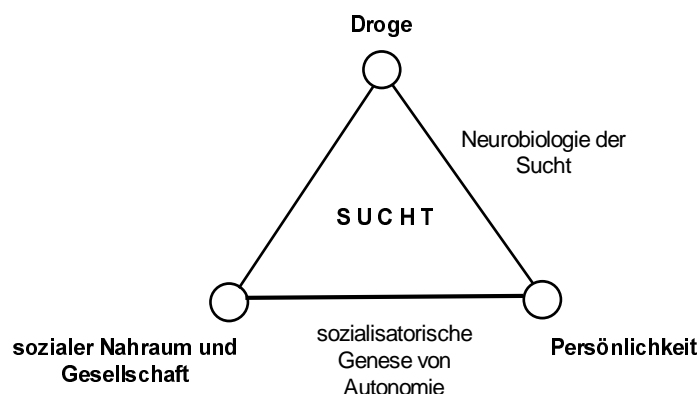
Die zahlreichen Analysen von Familien- und Lebensgeschichten, von "Sucht- und Genesungskarrieren" drogenabhängiger Menschen, die im Rahmen dieser Studie durchgeführt wurden, untermauern die allgemeine Erkenntnis, dass Drogensucht ein äusserst komplexes und vielschichtiges Phänomen ist, das sich in allen Dimensionen der sozialen, körperlichen, psychischen und geistigen Existenz eines Individuums niederschlägt und umgekehrt von all diesen Dimensionen her in systemischer Rückgekoppeltheit beeinflusst wird. Die Erfahrung in der Arbeit mit süchtigen Menschen zeigt, dass es sich entsprechend bei den Ursachen für den Drogenkonsum und die sukzessive Verstrickung im Feld der völligen Suchtmittelabhängigkeit um ein komplexes Verursachungsgefüge handelt, in das die verschiedensten Faktoren eingehen, Faktoren, die auf den unterschiedlichsten Ebenen ansetzen und von unterschiedlichster Reichweite sind.

Die einheitliche Ursache für Drogensucht gibt es ebensowenig wie *den* typischen Drogenkonsumenten, was nicht besagt, dass es auf der Ebene von Strukturmerkmalen und auf der Ebene der Bewegungsgesetzlichkeit und der Strukturierungsmechanismen der Lebenspraxis von Menschen, die in die Sucht einsteigen oder süchtig sind, nichts Allgemeingültiges zu formulieren gäbe (vgl. dazu Unterabs. 3.3.3), sondern dass die Mannigfaltigkeit möglicher unterschiedlicher Gewichtungen und Ausprägungen von Verursachungs- und Begünstigungsfaktoren auf den unterschiedlichen Ebenen, die zur Genese und Aufrechterhaltung von Sucht führen können, sehr gross ist und für den Einzelfall adäquat nur in der sorgfältigen Rekonstruktion seiner individuellen Geschichte erschlossen werden können.

Ohne an dieser Stelle einen ausführlichen Überblick über die Vielzahl der etwa seit den 30er/40er Jahren (zunächst vor allem in den USA und ab den 70er Jahren verstärkt auch in Europa) entwickelten Modelle zum Verständnis von Drogensucht sowie ihre impliziten Rehabilitationskonzeptionen zu geben,¹ erwähnen wir hier zunächst das heute sozusagen als allgemeine Orientierungshilfe am häufigsten beigezogenen "multifaktorielle

¹ Ausführliche und wertvolle Gesamtübersichten über heute aktuelle Suchttheorien finden sich etwa in LETTIERI und WELZ (1983) und in SCHMERL (1984); für eine Zusammenfassung s. auch SCHOLZ (1992: Kap. 4).

Suchtursachenmodell", das auf die Definitionsbemühungen der WHO in den 60er Jahren zurückgeht (EDDY *et al.*, 1965; KIELHOLZ und LADEWIG, 1972). Das multifaktorielle Modell geht beim Syndrom Sucht von einem dynamischen Ineinandergreifen und wechselseitigen Konstituieren von mehreren unterschiedlichen Faktoren aus, die es in der Ursachen-Trias: "Droge", "Persönlichkeit" und "Gesellschaft" (oder "sozialer Nahraum und gesellschaftliches Umfeld") ordnet.



**Abb. 7.1-1 Multifaktorielles Modell der Suchtursachen-Trias:
Droge-Persönlichkeit-Gesellschaft**

Anhand dieses Modells wollen wir nun stichwortartig ein paar der heute geläufigsten suchttheoretischen Positionen erläutern.² Dies erlaubt uns, eine Hintergrundfolie aufzuspannen, vor der das spezifisch Andere oder Innovative von *START AGAIN* klarer zum Ausdruck gebracht werden kann.

Rein biologische Suchtmodelle. Der Einflussfaktor Droge

Zweifelsohne ist eine Droge eine chemische Substanz, die nach Einnahme den Stoffwechsel im ganzen Körper, speziell im Gehirn, stark verändert; vgl. dazu das Vertiefungskapitel A7. Rein biologische Modelle aber, die Sucht ausschliesslich als Resultat der überwältigenden inhärenten Impulskraft der Droge erachten, werden heute kaum mehr hochgehalten, dennoch besteht die Gefahr, dass, mit der starken Förderung der neurobiologisch orientierten Suchtforschung – so erkenntnistief deren Einsichten auch sind³ – und der heute ausgeprägten Tendenz zur Medizinalisierung des Suchtrehabilitationsfeldes, persönlich-lebensgeschichtliche Erfahrungen und sozial-situative Einflüsse nur noch als Lippenbekenntnisse nebenbei genannt werden, sozusagen um das Bild abzurunden, aber ohne dass das dynamische Ineinandergreifen der verschiedenen Faktoren zureichend analytisch durchdrungen und adäquat in Rechnung gesetzt wird.

Im Zusammenhang mit dem Einflussfaktor Droge wird häufig auf die folgenden zwei Subfaktoren verwiesen:

² Wir lehnen uns dabei z.T. an die zusammenfassenden Ausführungen in SCHOLZ (1992: Kap. 4) an.

³ Vgl. dazu das Vertiefungskapitel A7 und die Literaturhinweise dort sowie z.B. BRUST (1993).

- (1) Die notwendige Verfügbarkeit oder Zugänglichkeit von Drogen. Es spielen hier im Besonderen die Profitinteressen illegaler Händler, aber auch der marktwirtschaftlich künstlich angeheizte, überhöhte Konsum von sogenannten legalen Drogen (insbesondere von psychoaktiven Aufputsch- und Beruhigungsmitteln) durch die Pharmaindustrie eine mitentscheidende Rolle im komplizierten Wechselgeflecht der Genese von Drogenabhängigkeit.
- (2) Gewissermassen auf der Achse zwischen Droge und Gesellschaft stellt sich die wichtige Frage nach der spezifischen rassischen, ethnischen, soziokulturellen oder subkulturellen Toleranz bzw. Intoleranz gegenüber Drogengebrauch, wobei z.B. eine allfällige traditionelle Einbindung von Drogengebrauch in ausseralltäglichen Ritualen und religiösen Riten eine wichtige Rolle spielt.

Persönlichkeitszentrierte Erklärungsmodelle

Persönlichkeitszentrierte Ansätze richten ihren Fokus hauptsächlich auf die Persönlichkeits- und Charakterstruktur von Drogenkonsument/inn/en und dominieren die psychiatrischen, psychoanalytischen und klinisch-psychologischen Erklärungsmodelle. Ihnen allen ist gemeinsam, dass sie von einer vorab existierenden pathologischen Disposition zum Drogenmissbrauch – ob biologisch-genetisch bedingt oder früh erworben bzw. geprägt – ausgehen. Dieser Disposition wird dann wahlweise entweder das Modell der unangepassten Persönlichkeit, die versucht mittels Drogen einer sie überfordernden Umweltwahrnehmung zu entfliehen, zuweilen das Modell der gestörten Persönlichkeit, die ihrer innerpsychischen Konfliktsituation zu entkommen sucht oder das Modell des lustbetonten Menschen, der permanent euphorische Zustände sucht, zu Grunde gelegt; s. auch Unterabs. 3.3.4.

Sozialisationszentrierte Modelle

Gewissermassen auf den Gesellschaftspol des multifaktoriellen Modells fokussieren die soziologischen oder sozialisationszentrierten Modelle. Sie legen den Schwerpunkt ihrer Ursachenanalyse auf die soziale Hintergrundsituation, die in einen spezifischen soziokulturellen und sozialpolitischen Kontext eingebunden ist, und auf das familiäre Herkunftsmilieu, wo Variablen wie Erziehungsstil, *broken-home*-Konstellation, sozioökonomischer Status etc. betrachtet werden.⁴ Während diese Modelle potenziell wichtige Anhaltspunkte etwa für präventive Massnahmen hervorbringen, so z.B. im Erkennen von Belastungsfaktoren wie:

- (1) Ohnmachtserfahrung des Individuums gegen herrschende gesellschaftliche Kräfte,
- (2) zunehmender Leistungs- und Konkurrenzdruck zu Ungunsten sozialer Qualitäten,
- (3) Erfahrung der Veradministrierung in einer voll durchorganisierten Sozialwelt,
- (4) die problematische Ausbildungs- und Arbeitssituation,
- (5) Verlogenheit der Erwachsenenwelt, die traditionelle Werte hochhaltend, Drogen verbietet, selbst jedoch Alkohol und Psychopharmaka konsumiert,
- (6) die allgemein problemverdrängende Elterngeneration, etc.,

so erweisen sich diese Modelle in praktischen Arbeitszusammenhängen dann als problematisch, wenn die erhobenen und als einflussreich erachteten Variablen als quasi-statistische Einflussgrössen betrachtet werden, deren kumulative Aufaddierung ab einem bestimmten Punkt mehr oder weniger sicher zum Drogenkonsum und zur anschliessenden Sucht führt. SCHOLZ (1992: 80) hält hier zu Recht fest:

⁴ Siehe neben den Beiträgen in LETTIERI und WELZ (1983) etwa auch GERDES und WOLFFERSDORFF-EHLERT (1974), sowie die Ausführungen in den Kapiteln 4 und 9 in dieser Studie.

"Die Verkettung von Ursachen und Wirkungen ist differenzierter, als dass man sie [Drogenabhängige – UMS] als sozial vorprogrammierte Fälle in ein deterministisches Wirkungsgefüge pressen könnte. Dennoch, sozial einflussnehmende mikro- und makrosoziologische Faktoren lösen sich auch sicherlich nicht im Nichts interaktionistischer Beliebigkeit auf. Das gehäufte Zusammentreffen negativer sozialer Merkmale weist auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit und somit auf ein erhöhtes Risiko hin, in Strukturierungszusammenhänge zu geraten, die zum Drogengebrauch und zur potentiellen Sucht nach Drogen führen können."

Die exemplarischen Fallrekonstruktionen in Kapitel 3 und im zugehörigen Vertiefungskapitel A3 mögen aufzeigen, wie ein rekonstruktives Deuten und Verstehen der spezifischen sozialisatorischen Genese einer individuellen, beschädigten lebenspraktischen Autonomie – im Gegensatz zu einem subsumtionslogischen Einsortieren eines Falles unter vorgegebene Beschädigungskategorien – genau diesen komplexen Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang so aufschliessen kann, dass die dynamische Verschränkung und wechselseitige Beeinflussung von soziokulturellen, makrosozialen und familialen Strukturmomenten mit den individuellen Handlungs- und Deutungsmustern, die sich im Rahmen eines individualbiographischen Entwicklungsprozesses sukzessive ausdifferenzieren, voll eingefangen werden kann.

Aus rehabilitationspraktischer Sicht realisiert dieses sorgfältige rekonstruktive Fallverstehen zudem einen konkreten und wirkungsvollen Weg des methodischen Erschliessens individueller Ressourcen oder Autonomiepotenziale, was absolut grundlegend ist für jeglichen Genesungsprozess. Der Leitgedanke ist: Im gemeinsamen Rückblick mit Klientinnen und Klienten und ihren Familien, Partnern und/oder Partnerinnen über die Exploration von historisch umgesetzten wie auch nicht umgesetzten Handlungsoptionen – im Sinne von "was macht der Mensch aus dem, was die Umstände aus ihm gemacht haben" –, die Fraglosigkeit inadäquater Deutungs- und Handlungsmuster "explodieren" zu lassen, um so "Raum" zu schaffen für das Sammeln neuer Erfahrungen, für die Entwicklung neuer Orientierungen und Strategien und damit letztlich für nachhaltige Transformation auf der Strukturebene der jeweiligen familial-kollektiven sowie der eingebetteten individualen Lebenspraxis.

Klassisches lernpsychologisches Erklärungsmodell und seine Erweiterung durch neue neurobiologische Erkenntnisse

Weitere nicht-eindimensionale Suchtmodelle, die die Genese und Aufrechterhaltung von Drogensucht als dynamischen Entwicklungsprozess sowohl auf individueller wie auch auf sozialer Ebene sehen, bilden prozess- und interaktionsorientierte Erklärungsansätze.⁵

Der gewichtigste Vertreter davon bildet die (klassische) lernpsychologische Suchttheorie. In ihr wird auf die drei lerntheoretischen Hauptprinzipien der klassischen Konditionierung, der instrumentellen oder operanten Konditionierung sowie des Imitationslernens zurückgegriffen, um die Entstehung von Drogenkonsum und Sucht aus dem Blickwinkel eines universellen Mechanismus der Abhängigkeitsentwicklung – jenseits irgendwie gelagerter Persönlichkeitsdispositionen – zu verstehen:

1. Der Einstieg und die erste Applikation erfolgt in Übernahme eines Vorbildes, d.h. ohne dass ein besonderes Verlangen nach Drogen besteht, spielen zunächst positive Verstärker, wie Zugehörigkeitsgefühl zur bewunderten Clique, Geltungswünsche und Anerkennungsstreben etc., die bedeutende Rolle.

⁵ Wir folgen hier den zusammenfassenden Darstellungen in SCHOLZ (1992: 82ff.).

2. Unmittelbar anschliessend an den Drogenkonsum sind es die durch die Droge selbst hervorgerufenen physiologischen Wirkungen lustbetonter, euphorischer Zustände, die durch starke Körperempfindungen als primäre positive Verstärker zur Wiederholung des so beeindruckend belohnten Handelns, also zu weiterem Drogenkonsum, führen.
3. Durch die Wiederholung setzt der Mechanismus der Erzeugung *körperlicher Toleranz* ein. Der positive Verstärkungsmodus des Drogengebrauchs beginnt sich allmählich in einen negativen Verstärkungsmodus umzuwandeln. Die vorübergehende Befreiung von Leidensdruck, von Entzugssymptomen nach wiederholter Drogeneinnahme wirkt als weiterer Reiz zu erneutem Gebrauch.
4. Die durch die Droge verstärkende Wirkung besteht nun vorwiegend in der Umsetzung der Vermeidung negativer Empfindungen, d.h. in "negativer Verstärkung". Um das ursprünglich erlebte Hochgefühl (*flash, rush, kick*) wieder zu erreichen, kommt es zudem gleichzeitig zu einer zusätzlichen *Dosiserhöhung*.

Innerhalb der Lernpsychologie findet in der Skizzierung des *Rückfallmechanismus* die Dynamik der Trias Drogenwirkung, Persönlichkeitsstruktur des Konsumenten sowie sozial-situativer Einfluss eines Vorbildes und der Drogenszene klar ihren Niederschlag: Die gelernte Verbindung von Drogenkonsum und positiven Empfindung (d.h. Abundanzmotivation) bzw. von Drogenkonsum und Erleichterung von negativen Empfindungen (d.h. Defizienzmotivation) mündet in eine psychische Qualität, die auf der Handlungsebene generalisierbar ist.

Der Lerninhalt wird in Zeiten der Krise – und für Drogenabhängige ist dies sehr schnell die Anwesenheit nahezu jeglichen negativen Erlebnisses – als generelles Heilmittel angewandt, der speziell in der alten Umgebung sofort wieder aktualisiert wird. Der beim Rückfall produzierte angenehme Effekt treibt dann über seine positive Verstärkung des alten Habitus als fundamental fatale Verknüpfung, die Entwicklung der Drogensucht voran.

Während in lerntheoretischen Kreisen der obige Mechanismus prinzipiell allgemein akzeptiert wird, gibt es bezüglich der Gewichtung der Rollen sowie des Zusammenwirkens von positiver und negativer Verstärkung unterschiedliche Auffassungen.⁶

In jüngster Zeit haben neue neurobiologische oder verhaltensneurochemische Untersuchungen zur Suchtgenese die Auseinandersetzung um die Rolle von positiver und negativer Verstärkung in den Hintergrund treten lassen,⁷ und die von praktisch allen wichtigen addiktiven Drogen geteilte Einwirkung auf das "mesolimbische Dopaminsystem" ist ins Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt worden. Das dopaminerge System ist wesentlich an jenem Prozess beteiligt – inzentives Lernen genannt –, der äussere Reize oder mentale Repräsentationen (allgemein Stimuli) mit Anreizqualitäten versieht, so dass die Stimuli attraktiv werden und belohnend wirken; man spricht von einer *Anreiz-Sensibilisierungstheorie*; s. speziell ROBINSON und BERRIDGE (1993), DI CHIARA (1995a,b) und WISE (1996) und für allgemeinverständliche Darstellungen auch CONCAR (1994), MIRENOWICZ und SCHULTZ (1996), PULVIRENTI und KOOB (1996) und NASH (1997). Detailliertere Ausführungen dazu geben wir in Unterabs. 7.3.3 und im Vertiefungskapitel A7, wo wir zeigen, wie sich die Implikationen dieser neurobiologischen Position und das Verständnis von Suchtgenese aus *Vipassana*-Sicht zu einem neuen Verständnis der

⁶ Klassisch ist hier etwa die Auseinandersetzung zwischen LINDESMITH (1947, 1968, 1976) und MC AULIFFE und GORDON (1974).

⁷ Beide können nämlich etliche Aspekte von Drogenmissbrauch nicht schlüssig erklären; so kennt man heute etwa das Phänomen der Abhängigkeit sowohl von Drogen, die keine euphorisierende Wirkung haben, wie auch von Drogen, die keine Entzugssymptome hervorrufen; s. Vertiefungskapitel A7.

Bewegungsgesetzlichkeit und der Strukturierungsmechanismen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Sucht zusammenfügen lassen.

Prozessorientierte Erklärung auf sozialpsychologischer und soziologischer Ebene

Prozessorientierte Suchttheorien mit einem sozialpsychologischen Erklärungsschwerpunkt nehmen zumeist die (klassischen) lerntheoretischen Ansätze auf, die auf der Mikroebene des Individuums die biochemischen und physiologischen Eigengesetzlichkeiten der Drogenwirkung und das Zusammenspiel von positiver und negativer Verstärkung betonen, bauen jedoch das Konzept einer sozialen Ansteckung im Sinne einer Initiation von Neulingen, des sozialen Modelllerns und einer sozialen Ausbreitung entlang sozialer Subkulturen aus; s. speziell AKERS (1992) und auch KAMPE und KUNZ (1983).

Innerhalb der prinzipiellen Voraussetzung der Verfügbarkeit von Drogen ist es heutzutage – so die sozialpsychologischen Lerntheoretiker – die durch den subkulturellen Weg⁸ eröffnete Drogenabhängigkeit, die mit ihrem Mechanismus des sozialen Modelllerns aus dem anfänglichen Kontakt mit der Droge und dem Probieren einen regelmäßigen Gebrauch mit potenzieller Sucht entstehen lässt. Es ist die soziale Gruppe, die zunächst einmal den Konsum von Drogen möglich macht, ihn prinzipiell positiv definiert und weiterhin attraktive sinnstiftende Modelle zur Imitation bereitstellt. Gepaart mit den durch Wiederholung des Drogenkonsums einsetzenden biochemischen und physiologischen Verstärkungsmechanismen der Droge selbst, steigt die Wahrscheinlichkeit sehr schnell, abhängig zu werden.

Zum Zusammenspiel positiver und negativer Verstärkungsmechanismen gesellt sich bei den sozialpsychologischen Lerntheoretikern noch das Prinzip der intermittierenden Verstärkung hinzu: Da sich beim drogenabhängigen Menschen der eigene Handlungsentwurf nur noch um die Beschaffung und den kurzzeitigen Besitz von Drogen dreht und alle anderen Probleme nebensächlich werden, wird ein homogenisierter Lebensstil entlang einer einzigen, in ihrer subjektiven Wirkung stets verlässlichen Gegenalternative zum komplizierten, problematischen und frustrierenden Leben einstudiert.

Die Gewöhnung an diesen von der Droge produzierten sozialen Schutzschild verhindert ihrerseits rückwirkend wiederum die Möglichkeit, den Unannehmlichkeiten und den widersprüchlichen Anforderungen des sozialen Alltags ins Gesicht zu schauen. Da der lebenspraktische Denkschmerz des grauen Alltags mit all seinen Implikaten nicht mehr verkraftet wird, erscheint die subjektiv Abhilfe verschaffende Droge in neuem, positivem Licht; vgl. dazu auch die Bemerkungen zum Therapieresistenzproblem von Drogenabhängigen in Unterbs. 6.2.1.

Im Zusammenhang mit der Frage nach den Verursachungsfaktoren für das epidemische Ansteigen von Drogen wurde die Dynamik von Prozessen zur Entwicklung und Beibehaltung des Drogenkonsums schon in den 50er und 60er Jahren von prozessorientierten Soziologen erarbeitet, insbesondere von Howard S. BECKER (1963; dt. 1981) im Rahmen seiner Studien – in der Tradition der Chicagoer Schule – über deviantes Verhalten von Marihuana-Rauchern. Die Grundthese ist da: Normabweichendes Handeln entsteht durch sukzessive Interaktion, die sich ihrer Qualität nach von Interaktionsprozessen des sogenannten "normalen Verhaltenserwerbs" nicht unterscheidet.

⁸ Zwei weitere mögliche Wege – so AKERS – sind der durch medikamentöse Behandlung bedingte therapeutische Weg und der durch berufliche Zugänglichkeit von Drogen bei medizinischem Personal entstandene Weg.

Um gesamtgesellschaftlich epidemische Tendenzen hin zum Drogengebrauch und zur Drogensucht zu erklären, werden von Seiten einer prozessorientierten Soziologie neben allgemein anerkannten Devianz konstituierenden Elementen – wie Faktoren von gesellschaftlichem Stress der modernen Industriegesellschaft und von persönlicher Freiheit beschränkenden Reglements, die sich hauptsächlich in Rollendruck und Anpassungsstreben niederschlagenden – der erleichterte Zugang zu Drogen und das vermehrte Angebot als Ursachen angesehen.

Damit schliesst sich der Bogen zurück zu den Bemerkungen zum Einflussfaktor Droge.

Was folgt daraus für die Praxis?

Für die therapeutische Praxis im Drogenrehabilitationsbereich stellt sich vor diesem Hintergrund – dies betont auch die Leitung von *START AGAIN* – grundsätzlich ein doppeltes Problem:

- (1) Die Strukturiertheit oder Architektur des Suchtrehabilitationsprogramms muss versuchen die Komplexität des Verursachungsgefüges und der Verstrickung hinein in die Sucht einzuholen, das aber mit klarem Blick darauf, dass die verschiedenen Einflussebenen und Problembereiche in ihrer spezifischen Impulskraft und Reichweite hierarchisch geordnet sind.
- (2) Die Drogensucht selbst führt bei den Konsumentinnen und Konsumenten zu Veränderungen und Beeinträchtigungen ihrer kognitiv-mental und affektiv-emotionalen Verarbeitungsfähigkeiten von Innenwelt- und Umwelteinflüssen – letztere schließen insbesondere therapeutische Einflüsse ein –, die wesentlich dazu beitragen, dass die grundlegenden Voraussetzungen für eine allenfalls erfolgreiche therapeutisch-rehabilitatorische Behandlung im Allgemeinen nicht gewährleistet sind. Der suchtherapeutische Prozess muss sich gewissermassen am eigenen Schopf aus dem Sumpf ziehen bevor er im eigentlichen Sinne beginnen kann, dabei sind die zentralen Strukturmerkmale suchtspezifischer beschädigter Lebenspraxis, wie wir sie in Abschnitt 3.3 rekonstruiert haben, adäquat in Rechnung zu setzen.

Für suchttherapeutisch Tätige, die unmittelbar mit der Aktualität des problematischen Ist-Zustandes und problematischer Orientierungs- und Handlungsmuster von Rehabilitanden konfrontiert sind, ist nicht das allgemeine Gerangel um *die* richtige Suchtheorie relevant, vielmehr ist die sinnvolle, sich den praktischen Anforderungen entsprechend verändernde Komposition gegenseitig sich ergänzender Perspektiven von Suchtverständnis entscheidend sowie ein ausreichendes analytisches Durchdringen des spezifischen dynamischen Ineinandergreifens verschiedener Einflussgrößen beim jeweiligen Einzelfall.

In den nächsten zwei Abschnitten rekonstruieren wir das multiperspektivische Menschenbild und Suchtverständnis von *START AGAIN* und zeichnen dabei den Kern der innovativen Interventionskonzeption der Einrichtung nach.

7.2 Das tiefensystemische Menschenbild von *START AGAIN*

7.2.1 Darlegung des Menschenbildes

Aus systemischer Sicht sind Menschen stets Individuen in verschiedenen sozialen Kontexte, Kontexten verschiedener Komplexitätsgrade und Reichweiten. Sie sind hineingeboren in den weitreichenden Rahmen einer geographischen und historisch-soziokulturellen Konstellation, darin gehören sie einer spezifischen sozialen Schicht, Klasse oder Kaste an, sie sind Mitglieder eines bestimmten regional-lokalen sozialen Subsystems, eines familialen Systems und in einem letzten, gewissermassen konzentrischen Kreis sind sie geprägt durch eine genetisch vererbte biologische Konstellation. In diesem Sinne können wir auch sagen, dass die Biographie eines Menschen – ganz im Sinne eines Prozesses der Wirklichkeitskonstruktion (s. Unterabs. 3.2.2.1) – weit vor dessen Geburt beginnt und entsprechend müssen die vorgeburtlichen sozialen Konstellationen in jeden Versuch des Verstehens einer individuellen Lebenspraxis eingehen.

Veranschaulichen wir schematisch alle diese verschiedenen, miteinander in permanenter Wechselwirkung stehenden Kontexte – innerhalb derer ein Individuum wahrnimmt und handelt (Ort der Autonomie) und die umgekehrt alle unaufhaltsam auf das Individuum zurückwirken (Wurzel von Heteronomie) – als verschiedene Sektionen von so etwas wie einem Kegel, dann ist das tiefensystemische Menschenbild von *START AGAIN* zu vervollständigen durch einen zweiten, nach oben geöffneten Kegel; s. Abb. 7.2-1 unten.

Die Sektionen des nach oben geöffneten Kegels stellen bildhaft verschiedene seelisch-geistige oder psycho-mentale Ebenen, "Komponenten" oder Dispositionen eines Menschen, einer individualen Lebenspraxis dar. Der Ort der Berührung oder des gemeinsamen Durchschnittes der beiden Kegel – also der Ort der Berührung der Welt der Praxis und der Welt der Subjektivität (s. Unterabs. 2.2.2) – wird vom biologischen Körper realisiert. Das Modell zeichnet also *den biologischen Körper als das Bindeglied, als den Ort der dynamischen Vermittlung der Welt der Praxis und der Welt der Subjektivität* aus.

Die Welt der Praxis, der Ort der Sozialisation und des sozialen Handelns, d.h. den unteren Kegel dieses multiperspektivischen Menschenbildes haben wir in Kapitel 3 ausführlich verhandelt. Um den oberen Kegel, die Welt der Subjektivität, *START AGAIN*-gemäss strukturell und inhaltlich zu explizieren, greifen wir auf das *theravāda*-buddhistische Menschenbild zurück, das in grosser Detailliertheit im scholastischen Teil des *Pāli*-Kanon, der *Tiṭṭaka*, in der *Abhidhamma Piṭaka* gewissermassen in mathematisch präziser und systematisch vollständigen Weise ausgebreitet wird.⁹ Hier besprechen wir jedoch

⁹ Für eine umfassende Darlegung der Sammlung der *Abhidhamma Piṭaka* verweisen wir auf Bhikkhu BODHI (Hrsg.), *A Comprehensive Manual of Abhidhamma, The Abhidhammattha Sangaha of Ācariya ANURUDDHA, Pāli Text, Translation and Explanatory Guide* (Buddhist Publication Society, Kandy, Sri Lanka, 1993):

Um das Verstehen von "letzter Wirklichkeit" (*paramattha*) – im Gegensatz zum Verstehen von "konventioneller Wirklichkeit" (*sammuti*) – auf der Ebene von Erfahrung zu fördern, breitet die philosophische, psychologische und ethische Abhandlung der *Abhidhamma Piṭaka* eine elaborierte Analyse von Geist-und-Materie (*nāma-rūpa*) und dem dies überschreitenden Zustand des *nibbāna* aus, so wie sich diese dem Geiste eines vollständig Erleuchteten, eines *sammā-sambuddha*, präsentieren.

Die *Abhidhamma Piṭaka* klassifiziert 89 – bzw. in einer noch feineren Klassifikation 121 – Typen oder Zustände von Bewusstsein (*citta – consciousness*), wobei jeder Typ durch eine spezifische Kombination von "geistigen Faktoren" (*cetasikas – mental factors*) bestimmt wird, Faktoren, von denen es total 52 verschiedene gibt. Sie gibt die Funktion und Bedeutung jedes Bewusstseinszustandes, setzt sie in Bezug zu den ihnen entsprechenden Objekten und körperlichen Sinnesorganen und dadurch, dass sie

nur die elementarsten Kategorien des *theravāda*-buddhistischen Menschenbildes, jene Kategorien, die auch oft in den allgemein verständlichen Lehrreden des BUDDHA, in der *Sutta Piṭaka*, erklärt werden und die insbesondere auch in den Abendvorträgen von S.N. GOENKA während einem 10-tägigen *Vipassana*-Kurs eingehend erörtert werden: die **"fünf Kategorien oder Daseinsgruppen"** (*pānca-khandha*).

Nach *theravāda*-buddhistischem Verständnis ist ein menschliches Wesen ein Kompendium geistig-körperlicher Prozesse (*nāma-rūpa*), die fünf Kategorien oder Daseinsgruppen zugeordnet werden können, die von Moment zu Moment alle einem ständigen Entstehen und Vergehen unterworfen sind und in je spezifischer Relation zueinander stehen. Die fünf Prozesskategorien sind:

1. die Kategorie des Körpers oder der Materie (*rūpa-khandha*),
2. die Kategorie der Empfindung (*vedanā-khandha*), d.h. des Fühlens körperlicher Empfindungen; s. Bemerkungen zu Phase III eines 10-tägigen *Vipassana*-Kurses in Unterabs. 6.3.2),
3. die Kategorie der Wahrnehmung und des Erkennens (*saññā-khandha*),
4. die Kategorie der Reaktionsmuster und der willentlichen Aktivität, der geistigen "Faktoren", Formationen oder Konditionierungen (*saṅkhāra-khandha*), und
5. die Kategorie des Bewusstseins oder der reinen Kognition (*viññāṇa-khandha*).

An dieser Stelle ist es äusserst aufschlussreich, die Kommentare zu den fünf *khandha* durch S.N. GOENKA während einem 10-tägigen *Vipassana*-Kurs mit Erkenntnissen aus den modernen kognitiven Neurowissenschaften zu kontrastieren. Aus prozessstruktureller Sicht finden wir dabei eine erstaunlich weitreichende Übereinstimmung der beiden Verständnisse von Wahrnehmung und Handeln.

die Bezüge dieser Zustände untereinander sowie zu materiellen Prozessen expliziert, zeigt sie, wie diese Zustände den Prozess der Erfahrung, den Prozess des Lebens konstituieren.

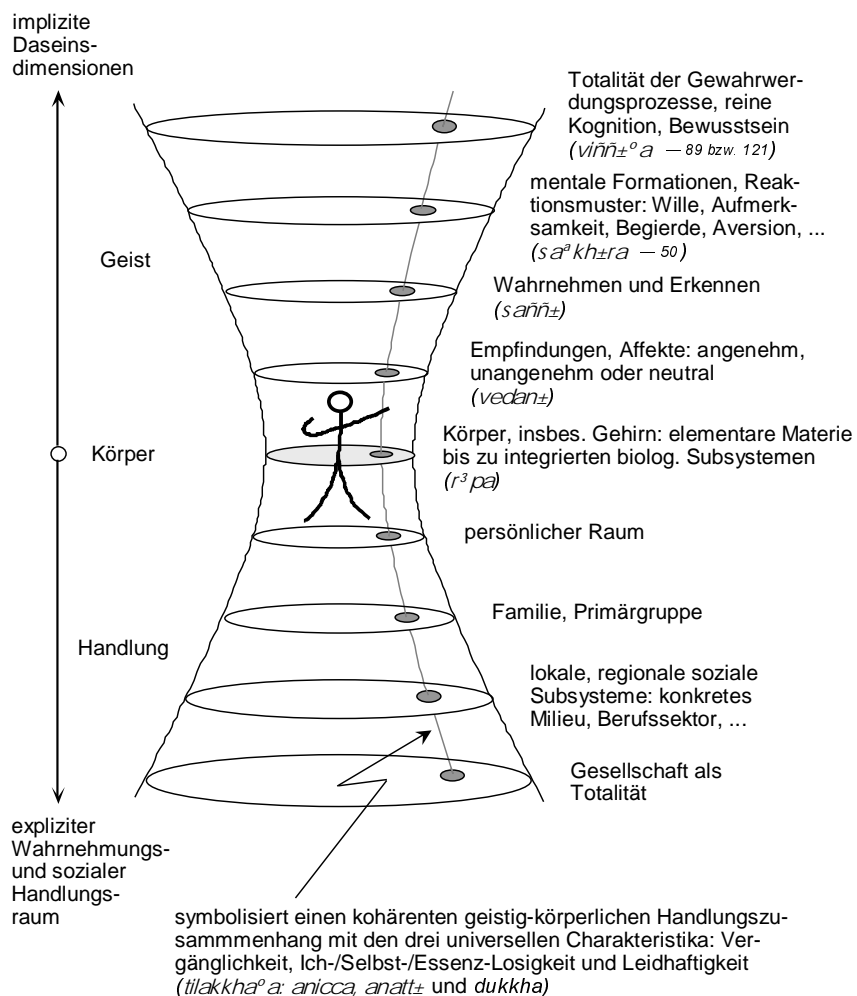
In ihrer systematischen Kategorisierung der "Wirklichkeitskomponenten" (*dharmā – component of actuality*) liefert die *Abhidhamma Piṭaka* eine Verfeinerung der Logik der "fünf Kategorien oder Daseinsgruppen" (*pānca-khandha*), die wir in diesem Abschnitt soeben erläutern werden. Um dies etwas verständlicher zu machen, nehmen wir vorweg, dass die Kategorie des Bewusstseins oder der reinen Kognition (*viññāṇa-khandha*) in der *Abhidhamma Piṭaka* in die eben erwähnten 89 bzw. 121 Bewusstseinstypen (*citta*) aufgefächert wird, wohingegen die zwei Kategorien des Fühlens von Empfindungen (*vedanā-khandha*) und der Wahrnehmung und des Erkennens (*saññā-khandha*) als geistige Grundoperationen zwei der 52 geistigen Faktoren (*cetasikas*) darstellen. Die restlichen 50 geistigen Faktoren der *Abhidhamma Piṭaka* werden schliesslich in der Logik der fünf Kategorien in der Kategorie der Reaktionsmuster und der willentlichen Aktivität (*saṅkhāra-khandha*) zusammengefasst.

In der *Abhidhamma Piṭaka* wird jeder der 52 geistigen Faktoren eindeutig spezifiziert durch (1) sein Charakteristikum, d.h. seine hervorstechende Qualität, (2) seine Funktion, d.h. die Realisierung einer bestimmten Aufgabe, (3) seine Manifestation, d.h. die Art und Weise, wie er sich auf der Erfahrungsebene präsentiert, und (4) durch seine unmittelbare Ursache, d.h. die geistig-körperliche Hauptbedingung von der er abhängig ist.

Reflektieren wir diese grundlegende Orientierung der *Abhidhamma Piṭaka*, so überrascht es nicht, dass der grosse amerikanische Psychologe und Pragmatiker William JAMES (1842-1910) zu Beginn des 20. Jahrhunderts spekulierte, dass die buddhistische Philosophie, Psychologie und Ethik jene Psychologie sein wird, die im Westen ab Mitte des 20. Jahrhunderts gelehrt und studiert werden wird; s. FIELDS (1981: 135).

Auch wenn sich diese Vorhersage von JAMES bis heute noch nicht erfüllt hat, so scheint mir, dass gerade eine Vermittlung von modernen westlichen kognitiv neurowissenschaftlichen und strukturalistisch sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen in den Prozess der Konstruktion von Wirklichkeit auf der einen Seite und von alten östlichen Einsichten in den Prozess des Wahrnehmens und Handelns, wie sie ausgebreitet werden in der *Abhidhamma Piṭaka*, auf der anderen Seite ein vielversprechendes Forschungsunterfangen bedeuten würde und dass die Vision von JAMES keinesfalls an Berechtigung und Kraft verloren hat – im Gegenteil, die Zeit für eine Verwirklichung ihrer mag noch nie so reif gewesen sein wie heute.

**Abb. 7.2-1 Das tiefensystemische Menschenbild von START AGAIN.
Eine Organisation von Perspektiven**



7.2.2 Kontrastierung zentraler Elemente der *theravāda*-buddhistischen und einer kognitiv neurowissenschaftlichen Wahrnehmungs- und Handlungstheorie

S.N. GOENKA führt aus,¹⁰ dass sobald ein Sinnesobjekt mit einem der sechs "Sinnestore" (*dvāra*) – d.h. Auge (optischer Reiz), Ohr (akustischer Reiz), Nase (olfaktorischer Reiz), Zunge (gustatorischer Reiz), Körper (somatosensorischer, d.h. propriozeptiver oder taktiler Reiz) oder Geist (mentaler Reiz) – in Kontakt kommt, ein entsprechender Bewusstseinszustand (*viññāṇa*) entsteht, der die Funktion des Bemerkens, des reinen Gewahrwerdens eines Sinnesobjektes (*cognizing a sense object*) trägt.

Diesem Prozess folgt unmittelbar die Operation des Erkennens oder Evaluierens (*saññā* – *recognizing the sense object*) und das Fühlen von Empfindungen (*vedanā* – *feeling body sensations*), und zwar so, dass körperliche Empfindung und das Resultat des Erkennens korrespondieren: Angenehme Empfindungen gehen mit dem Evaluationsresultat "das habe ich gern" und unangenehme Empfindungen gehen mit dem kognitiven Bewertungsergebnis "das habe ich nicht gern" einher.

Dieser zweifache affektiv-kognitive Prozess des Erkennens und des Fühlens von Empfindungen liefert dann die Basis für die Anregung "mentaler Formationen" oder von Reaktionsmustern (*sankhāra*), die sich schliesslich in Worte und Taten, also in lebenspraktisches Handeln übersetzen. Bei Personen, die sich der allgegenwärtigen körperlichen Empfindungen nicht bewusst sind bzw. diese nicht auflösen können, ist dieses Handeln – nach S.N. GOENKA – grundsätzlich wie folgt ausgerichtet: Entweder wird angestrebt das, was zu angenehmen Empfindungen geführt hat, fortzusetzen, zu intensivieren oder zu wiederholen oder man versucht das, was zu unangenehmen Empfindungen geführt hat, zu meiden, ihm auszuweichen oder es aus dem Praxisfeld auszuräumen.

Erinnern wir uns hier an die Diskussion der Strukturlogik von Phase III, der *vipassanā*-Phase, eines 10-tägigen *Vipassana*-Kurses in Unterabs. 6.3.2, so schliesst sich der Erörterungskreis. Die Programmatik dieser Phase ist es ja, die eigene Fähigkeit zu schulen, feinere und feinere körperliche Empfindungen (*vedanā*) zu erfahren und diese in einer geistigen Haltung des stetig wachsenden Gleichmutes (*upekkhā*) – d.h. ohne Reaktion des Verlangens oder der Aversion – zu beobachten. Resultat genauso wie Voraussetzung für die weitere Schulung dieser Fähigkeit liefert das Weisheitsmoment (*paññā*) eines sich stetig vertiefenden, erfahrungsmässigen Durchdringens der letzten Struktureigenschaft aller geistig-körperlichen Phänomene, nämlich der Eigenschaft der Vergänglichkeit, des permanenten Entstehens und Vergehens (*anicca*).

Aus kognitiv neurowissenschaftlicher Sicht wird der Wahrnehmungs-Handlungs-Zyklus (*cognition-action-cycle*), was seine Prozessstrukturiertheit angeht, folgendermassen verstanden.¹¹ Ein optischer, akustischer, olfaktorischer, gustatorischer oder somatosensorischer Reiz wird unmittelbar von neuronaler Aktivität im entsprechenden primären sensorischen Cortexareal begleitet. Es folgt dann Aktivität in verschiedenen posterioren Assoziationscortex-Regionen, die einem höheren Prozessieren von Sinnesreizen entsprechen und im Zusammenhang stehen mit den kognitiven Funktionen der unimodalen und der supramodalen Informationsintegration und des Erkennens (*recognition*). Als Nächstes folgt neuronale Aktivität im hochgradig mit anderen Cortexregionen vernetzten frontalen Cortex (Stirnlappen), die – insbesondere im präfrontalen Cortex – mit der

¹⁰ z.B. während dem vierten Abendvortrag eines 10-tägigen *Vipassana*-Kurses

¹¹ Siehe z.B. SCHULTZ (1995); HOUK, DAVIS und BEISER (Hrsg.) (1995); DAMASIO (1994; dt. 1996); und DAMASIO, DAMASIO und CHRISTEN (Hrsg.) (1996).

Aktivierung von grossen Verhaltensstrukturen oder -muster, d.h. der groben zeitlichen und räumlichen Schematas oder Pläne von Handlungen.

Auch wenn die heutigen Neurowissenschaften es als wenig wahrscheinlich erachten, dass es so etwas wie einen neuralen Lokus des "Willens" – oder der primären "Gedankenwahrnehmung" – gibt, besteht kein Zweifel daran, dass die Handlungsübersetzung (*enactment*) aller vorsätzlichen Entscheidungen mit neuronaler Aktivität im frontalen Cortex einhergeht, Aktivität, die in der zeitlichen Auflösung im präfrontalen Cortex (vorderen Stirnlappen) beginnt und sich über den prämotorischen Cortex bis hin zum motorischen Cortex (der corticalen Region vor der Zentralfurche) bewegt; s. Abb. 7.3.3-1 unten.

Im Zusammenhang mit unseren Überlegungen ist als wichtigste und bemerkenswerteste Entwicklung in der jüngsten Neuropsychologie die **Hypothese somatischer Marker** (*somatic marker hypothesis*) zu nennen, die wesentlich aus den Arbeiten von Antonio R. und Hanna DAMASIO und Mitarbeitenden hervorgegangen ist.¹² Die Hypothese besagt Folgendes:

"Decisions whose outcome could be potentially harmful, or potentially advantageous, and that are made in circumstances similar to previous experience, prompt a somatic response. This response involves autonomic, endocrine, visceral and musculoskeletal routes of expression, and is used to mark future outcomes that are important to the organism, and to signal their danger or advantage. Signaling proceeds in several ways: the somatic marker focuses attention on the situation and probably promotes working memory; and the valence of the feeling signified by the somatic marker signals the merit of the option-outcome ensemble. We may have a good or a bad feeling about something, but in either case the feeling alerts us as to the nature of the future facing us, and serves to guide our subsequent behavior."¹³

Aus neuroanatomischer Sicht scheint die corticale Region, die hauptsächlich in der dynamische Integration von körperlichen (somatischen) Zuständen und ihren begleitenden Empfindungen (Gefühle und Emotionen) in den Prozess des Denkens und der Entscheidungsfindung – d.h. in den mentalen Prozess des Wählens zwischen möglichen Reaktionsmustern – involviert ist, die Region des ventromedialen frontalen Cortex zu sein. Diese Region liegt an der Basis des Stirnlappens (frontaler Cortex) gegen die Mitte hin; s. Abb. 7.3.3-2 unten.

Die Verträglichkeit der Hypothese somatischer Marker mit der fundamentalen *theravāda*-buddhistischen Erkenntnis, dass es *keinen* geistigen Prozess gibt, der nicht mit körperlichen Empfindungen einhergeht (*vedanā-samosaraṇā sabbe dhammā*),¹⁴ scheint schliesslich in der Tat äusserst bemerkenswert zu sein und stellt das methodische Arbeiten mit Körperempfindungen im Rahmen der *Vipassana*-Praxis als eben der Basis für die Befreiung aus vielschichtigen geistigen Konditionierungen und reaktiven Verstrickungen in ein für das westliche Forschen und Verstehen interessantes neues Licht.

¹² Siehe speziell Antonio R. DAMASIO, *Descartes' Error. Emotion, Reason, and the Human Brain* (Putnam's Sons, New York, 1994), dt., *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn* (List, München, 1996).

¹³ ADOLPHS *et al.* in DAMASIO, DAMASIO und CHRISTEN (1996: 158).

¹⁴ *Aṅguttara Nikāya, Dasaka Nipāta*, Paragraph 58.; s. Unterabs. 6.3.2.

7.3 Sucht und Süchtigkeit. Das Suchtverständnis von *START AGAIN* und seine therapeutische Innovation

Die Ausführungen in diesem Abschnitt sind weitgehend als Synthese des ursprünglichen Suchtverständnisses von *START AGAIN* – so wie es in dessen Konzeptionalisierung eingeflossen war – und von Resultaten, die im Verlaufe der vorliegenden Studie erarbeitet wurden, zu sehen.

Verträglich mit dem tiefensystemischen Menschenbild des vorangehenden Abschnittes lässt sich das Suchtverständnis von *START AGAIN* aus verschiedenen Perspektiven erläutern, womit dieses als Komposition verschiedener, sich gegenseitig ergänzender Perspektiven von Suchtverständnis (s. Abschnitt 7.1) eingefangen werden kann. Wir unterscheiden und adressieren im Folgenden vier Perspektiven:

- (1) soziokulturelle und individualbiographische Aspekte von Sucht;
- (2) universelle Strukturelemente der Genese und Aufrechterhaltung von Sucht. Süchtigkeit;
- (3) neurobiologische Aspekte von Sucht; und
- (4) Sucht und Suchttherapie aus der Sicht von *Vipassana*.

7.3.1 Soziokulturelle und individualbiographische Aspekte von Sucht

Die allgemeinen Strukturmomente der sozialisatorischen Genese von lebenspraktischer Autonomie in einem familialen Milieu – das stets eingebettet ist in verschiedene soziale Kontexte unterschiedlicher Reichweite – haben wir ausführlich in Kapitel 3 dargelegt und an Hand von Fallbeispielen exemplarisch veranschaulicht. Wir haben dort die Klippen herausgearbeitet, an denen der Sozialisationsprozess und entsprechend der individuelle biographische Gestaltungsprozess tendenziell in Richtung von Suchtgenese kippen kann, und wir haben dort als allgemeinen Strukturkern suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis die Gestalt eines *entweder dichotom aufgespaltenen oder eines gewissermassen kurzgeschlossenen "Entweder-oder-Denkens, -Fühlens und -Handelns"* herausgearbeitet. Dies haben wir getan vor dem Hintergrund der Konzeptionalisierung von autonomer Lebenspraxis als eines dynamischen, zukunfts offenen Gestaltungsprozesses zwischen den Polen von Krise und Routine, der konstituiert wird durch die produktive Gleichzeitigkeit des unaufhebbaren widersprüchlichen Gegensatzpaares von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung.

Der Autonomiebegriff dieser Perspektive fasst somit als zentrales lebenspraktisches Gestaltungsmoment die Wahrnehmungs- und Handlungskompetenz eines Menschen, die sich darin äussern, Vorgegebenes in Aufgegebenes zu wandeln, und das immer wieder von neuem.

Es ist wichtig an dieser Stelle zu unterstreichen, dass auch wenn *START AGAIN* auf die Bedeutsamkeit der Vergangenheit – insbesondere der kindlichen Vergangenheit im Rahmen der familialen Sozialisation – verweist, sich das Verhältnis zwischen dem Vergangenen und dem Zukünftigen stets als *Beziehung der Integration, als Beziehung des Teils zum Ganzen* darstellt. Damit ist gemeint, dass wenn auch jede individuelle Lebenspraxis fraglos wesentlich durch ihre sozialisatorische Vergangenheit geprägt ist, diese umgekehrt die Lebenspraxis keinesfalls vollständig bestimmt oder determiniert. Vielmehr ist jeder Gegenwartspunkt als Ort der potenziellen Erneuerung, der Rekonstruktion und Neukonstruktion von Wirklichkeit zu verstehen, wobei die gesamte lebenspraktische Erfahrung sowohl als Grundlage wie auch als Rahmenbedingung in diesen Prozess ein-

geht. Jede Lebensphase – insbesondere in ihren krisenhaften Momenten – sammelt und bearbeitet daher die Beiträge der vorangegangenen Lebensphasen, und das dadurch, dass sie permanent neue Teilerfahrungen in Bezug zur Totalität der individuellen Lebenspraxis setzt und über diese Bezugsetzung Neues "integriert" und Altes umgestaltet.

Als Nächstes wenden wir uns exemplarisch einem eindrücklichen **Beispiel für die Verschränkung soziokultureller Bestimmungsmomente und individualbiographischer Gestaltungsprozesse** zu, das aus der systematischen Kontrastierung des familialen Hintergrundes¹⁵ der Insassen des Ming-Te Branch Prison in Taiwan und der männlichen Subklientel von *START AGAIN* (zwischen 1992 und 1997) hervorgegangen ist. Das Beispiel kann als Illustration unserer Grundthese gelesen werden, dass allgemein *soziale Kontexte, die durch gespaltene oder kurzgeschlossene widersprüchliche Einheiten, also durch unvermittelte, dichotom aufgespaltene Extreme oder nicht ausdifferenzierte widersprüchliche Einheiten gekennzeichnet sind, die Genese von Sucht begünstigen.*

Als Resultat der Analyse des familialen Hintergrundes der Insassen des Ming-Te Branch Prison (Drug Rehabilitation Center) in Taiwan finden wir, dass von 48 Insassen – die alle wegen vormaligem Drogenkonsum oder -besitz inhaftiert waren und entweder am 10-tägigen *Vipassana*-Kurs (im Juli 1996) teilgenommen haben oder der Kontrastgruppe von nichtmeditierenden Insassen angehörten¹⁶ – 32 Insassen *das jüngste oder einzige Kind* in ihrer Herkunftsfamilie waren, und dass nur 9 Insassen in der, statistisch gesehen, genauso häufigen "spiegelbildlichen" Geschwisterposition waren, d.h. *das älteste oder einzige Kind* waren.¹⁷ Wir haben also ein ausgesprochenes Asymmetrieverhältnis von gut 7 zu 2 für die Häufigkeiten, das jüngste oder einzige bzw. das älteste oder einzige Kind in der Geschwisterreihe gewesen zu sein.

Vergleichen wir diese Situation mit jener von 58 Klienten von *START AGAIN* – die während Oktober 1992 und März 1997 in die Behandlung eintraten und alle schweizerischer Nationalität waren – so finden wir, dass 28 von ihnen *das jüngste oder einzige Kind* in ihrer Herkunftsfamilie waren, und dass 26 Klienten *das älteste oder einzige Kind* waren.¹⁸ Unter den schweizerischen Klienten von *START AGAIN* gibt es somit keinen Hinweis auf ein Asymmetrie zwischen der Häufigkeit, als jüngstes oder einziges oder als ältestes oder einziges Kind der Herkunftsfamilie drogenabhängig geworden zu sein. Mit anderen Worten: Wir haben hier einen ausgeprägten, maximalen Kontrast bezüglich der suchtfährdeten Position in der Geschwisterreihe zwischen den befragten Drogenkonsumenten im Ming-Te Gefängnis in Taiwan und den untersuchten Schweizerklienten von *START AGAIN*.

In meinen Nachfragen nach spezifischen, traditionellen Unterschieden in der familialen Sozialisation des Ältesten gegenüber des Jüngsten in der taiwanesischen Familie der 60er und 70er Jahre¹⁹ wurde ich von Interviewpartnern wiederholt auf einen Unterschied verwiesen, den ein taiwanesischer Kursmitorganisator beispielsweise wie folgt formulierte:

¹⁵ Es wurden zu diesem Zwecke die Berufe und Lebensalter aller Geschwister und der Eltern erhoben.

¹⁶ Für mehr Details zum soziodemographischen und Berufsbildungsprofil der Insassen des Ming-Te Gefängnisses in Taiwan siehe STUDER (1997a).

¹⁷ Das Kinderprofil der Herkunftsfamilien der untersuchten 48 Insassen ist wie folgt: 2, 3, 15, 17, 4, 1, 5 und 1 Familie(n) hatte(n) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 bzw. 8 Kind(er). Die durchschnittliche Kinderzahl liegt entsprechend bei 4.0 Kindern.

¹⁸ Das Kinderprofil der Herkunftsfamilien der untersuchten 58 Klienten von *START AGAIN* ist wie folgt: 9, 24, 16, 5, 2 und 2 Familien hatten 1, 2, 3, 4, 5 bzw. 6 Kind(er). Die durchschnittliche Kinderzahl liegt entsprechend bei 2.5 Kindern.

¹⁹ Das Durchschnittsalter der Insassen im Ming-Te Branch Prison war 32.1 (± 5.3) Jahre.

"Typically, in the Taiwanese family, the oldest son is to follow in the father's footsteps, while the youngest son is the most guarded and cherished child, of whom, however, the family in turn expects the most. The youngest son should excel and exceed that which has been accomplished by the family thus far."

Es lässt sich aus dieser und ähnlichen Aussagen die Hypothese ableiten, dass sich der jüngste Sohn einer taiwanesischen Familien (zumindest) der 60er und 70er Jahre – infolge des damaligen, *allgemein geteilten* traditionellen Erziehungsmodells – bei seinem Herauswachsen aus der Herkunftsfamilie in einer besonders problematischen Spannungssituation vorfindet: Einerseits hat bei ihm ein übermässiges Behüten und Verwöhnen während der Kindheit zu einer geringen Widerstandskraft den Widrigkeiten des Lebens gegenüber geführt (minimale Frustrationstoleranz), andererseits wird gerade an ihn traditionellerweise ein maximaler Leistungsanspruch gestellt. Radikalisiert sich nun diese Spannung noch zusätzlich infolge einer immer stärkeren gesamtgesellschaftlichen Ausrichtung am Ideal des marktwirtschaftlichen Profitstrebens, so kann das Spannungsband reißen und ein "Abtauchen" in den Drogenkonsum wird wahrscheinlich.

Kehren wir zurück zum Kontext der postmodernen westlichen Gesellschaft, wie wir sie in der Schweiz leben, so legen die Falluntersuchungen in *START AGAIN* nahe, dass auch hier – wenngleich in bedeutend stärkerer pluralistischer Auffächerung als im Beispiel von Taiwan – gesamtgesellschaftlich getriebene Auflösungs- und Spaltungsprozesse auszumachen sind, die vom Individuum in stetig gesteigertem Masse die Leistung einer individuellen Ausdifferenzierung und/oder Vermittlung unversöhnlich widersprüchlicher Handlungsorientierungen fordern.

Als Erstes erwähnen wir in diesem Zusammenhang das *Auseinanderdriften von "winners" und "losers"* in unserer postmodernen Gesellschaft; ein Auseinanderdriften, das als Folge des Verdampfens von basaler sozialer Solidarität und Sicherheit verstanden werden kann, da egoistisches, globales Profitstreben und eine entsprechende rationale Ausrichtung auf möglichst instantane Gewinnmaximierung immer weniger ausbalanciert werden durch eine adäquate Gemeinwohlorientierung, durch eine Bewegung des selbstverständlichen Teilens von Erfolg, des bedingungslosen Schenkens und der grundlegenden Rücksichtnahme auf den Anderen.

Als zweites verweisen wir auf das *Aufbrechen der Verkopplung der zwei traditionellen Begründungsmomente von Berufsarbeit*: Einerseits gilt die Berufsarbeit als Quelle von Einkommen, liefert also die ökonomische Basis des Lebens, andererseits gilt sie als Quelle der Selbstverwirklichung, da sie dominant Sinnstiftung des Lebens vermittelt. Tritt nun die Erwerbsarbeit als die allgemeine Teilnahmeform an der gesellschaftlichen Wertschöpfung gegenüber beispielsweise der direkten Teilnahme via Vermögensrenditen zunehmend zurück – wie wir das heute immer mehr beobachten können – so stellt sich auf individueller wie kollektiver Ebene immer drängender eine doppelte Frage: (1) Wie kann zukünftig ein existenzsicherndes Einkommen erzielt werden? (2) Wie kann Selbstverwirklichung realisiert werden, wenn diese in Zukunft weniger und weniger an Erwerbsarbeit gekoppelt werden kann?²⁰

Ein weiteres Strukturmoment der postmodernen Gesellschaft, das speziell die Bildung problematischer Jugendsubkulturen begünstigt, ist das *Verblässen der Differenz zwischen Erwachsensein und Jugend*: Während Jugendliche und gar Kinder immer mehr genauso frei wie Erwachsene entscheiden, handeln und konsumieren müssen bzw. wollen, so streben umgekehrt Erwachsene immer mehr nach ewiger Jugendlichkeit, sie han-

²⁰ Siehe zu diesem Thema auch U. OEVERMANN, "Thesen zum Rahmenthema: 'Ethische Verantwortung – Beschäftigung – Globalisierung'." (Vortrag in der WIPOG am 21.4.1998).

deln, sprechen und gebärden sich wie Jugendliche. Wenn aber die Erwachsenen sich ausschliesslich daran orientieren, jugendlich, dynamisch, innovativ, nicht-konventionell, produktiv und leistungsfähig zu sein, dann offerieren sie den Adoleszenten keinen ausgeprägten Gegenpol mehr, an dem sich diese reiben und ihre eigenen Identitätswürfe reflektieren können. Der Verlust des Gegenpols der Erwachsenenwelt kann dann zur subkulturellen Ausformung von bizarren, bedrohlichen oder gar gemeingefährlichen Gegenpolen unter den Jugendlichen selbst führen: Es bilden sich Gruppen die extreme Formen von Sport oder sonstigen risikoreichen Aktivitäten leben, die offene Gewalt oder radikalen Fremdenhass zelebrieren, die harte Drogen konsumieren etc.

Zusammenfassend halten wir fest: In einer Welt, wo die Sinne immer rascher mit immer kurzlebigeren und künstlicheren Reizen angeregt werden, da scheint das Leben immer "sinnloser" zu werden, und zwar im doppelten Sinne des Wortes: ohne bewusste, vielfältig ausdifferenzierte und nachhaltige Sinneserfahrungen kein Sinn.²¹

Ein letzter Punkt, den wir im Zusammenhang mit der Verschränkung allgemeiner soziokultureller und besonderer individualbiographischer Strukturmomente erwähnen wollen, betrifft die besondere Ausprägung des *Spannungsverhältnisses von Herkunft und Zukunft bei Migrant*innen*. In Unterabs. 3.3.3 haben wir dieses, in den entsprechenden Fällen für das therapeutische Handeln wichtige Thema u.a. an Hand der Fallgeschichte von Beate Kaiser erörtert.

Wir beschliessen diesen Unterabschnitt mit dem Zitat einer programmatischen Äusserung des Gesamtleiters von *START AGAIN*, Gerhard SCHOLZ, die dieser im Rahmen einer *START AGAIN*-internen Weiterbildung zum Thema Sucht und Süchtigkeit als Denkanstoss vorgebracht hat:

"Nicht die Auflösung der Unterschiede und Gegensätze, sondern die integrative Vereinigung der Gegensätze führt zu tieferer Selbst- und Welterkenntnis."

7.3.2 Universelle Strukturelemente der Genese und Aufrechterhaltung von Sucht. Der Begriff der Süchtigkeit

Dass rekonstruktives Fallverstehen – im Gegensatz zu einem subsumtionslogischen Ein-sortieren eines Falles unter vorgegebene Beschädigungskategorien – sowohl den besonderen Ursachen-Wirkungs-Zusammenhang von soziokulturellen, makrosozialen und familialen Strukturmomenten einerseits und von im Sozialisationsprozess ausdifferenzierten individuellen Handlungs- und Deutungsmustern andererseits fallspezifisch erschliessen kann, wie auch individuelle, für die Suchtgenesung wichtige Autonomiepotenziale systematisch herauszuarbeiten gestattet, haben wir in den Kapiteln 3 und A3 gezeigt.

In diesem Unterabschnitt wenden wir uns dem Allgemeinen bei der Suchtgenese zu. Wir verbinden universelle Strukturmomente, die wir wiederholt rekonstruiert haben, zu einem **allgemeinen Verlaufmodell der Genese und Aufrechterhaltung von Drogensucht**. Das Modell zeigt dabei insbesondere auf, dass in verschiedenen Stadien unterschiedliche Bewegungsgesetzlichkeiten und Strukturierungsmechanismen – und ent-

²¹ Wir verweisen hier auf die Diskussion in Unterabs. 4.8.1, wo wir das Resultat der FOS-Befragungen von 1995 bis 1997 zur Bewertung von 23 möglichen Gründen zum Ausstieg aus dem Drogenkonsum vorgestellt haben. Unter 1'900 Antwortenden wurde am häufigsten, nämlich von 87%, der Ausstiegsgrund "sehne mich nach einem sinnvollen Leben" als ausdrücklich zutreffenden angegeben. Am zweithäufigsten (82%) wurde "will bewusst leben" und am dritthäufigsten (77%) wurde "Drogen lösen keine Probleme" als ausdrücklich zutreffender Ausstiegsgrund genannt.

sprechend verschiedene Verursachungsfaktoren – am Wirken sind; für eine graphische Zusammenfassung dieses Modells s. Abb. 7.3.2-1 unten.

1. Stadium: Im Leben jedes drogensüchtigen Menschen gab es einmal **das erste Probieren** einer Droge. Dieses Probieren ist dabei nicht etwas, was plötzlich vom Himmel fällt, sondern es ist eingelassen in einen sozialisatorischen und individualbiographischen Werdensprozess, der sich in Interaktion mit einem familialen und verschiedenen makrosozialen Praxiszusammenhängen entfaltet und der seine individuelle Fallstruktur besitzt, worauf wir hier nicht mehr einzugehen brauchen, da wir dies bereits ausführlich diskutiert haben. – Die leicht schrägen Pfeile in Abb. 7.3.2-1 sollen genau an diese Einbettung der Suchtgenese in einen stetig fortschreitenden, individuellen lebenspraktischen Gestaltungsprozess zwischen Krise und Routine erinnern. Die schrägen Pfeile erinnern an die Zeitdimension als wichtige dritte Dimension des Diagramms.

Neben der notwendigen Bedingung der Verfügbarkeit der Droge lässt sich ein ganzes Spektrum möglicher initialer "Beweggründe" für das erste Probieren einer Droge ausmachen. Dass Spektrum reicht von aktiver, täterhafter Neugier ("ich wollte einfach einmal wissen wie sich ein Drogensüchtiger fühlt") bis zu passivem, opferhaftem Gruppendruck oder der Versuchung durch den/die Partner/in Erliegen (im Sinne von: "es ist mir passiert" oder "ich bin hineingerutscht"; s. das Fallbeispiel von Natalie Lang, speziell die Biographieanalyse in Unterabs. A3.1.2.3).

2. Stadium: Der erste Drogenkonsum bzw. einer der ersten paar Versuche – manchmal gehen ein paar "unbefriedigende" Versuche voraus – wird von einem initialen Spitzenerlebnis, d.h. von einer starken "**angenehmen Erfahrung oder Empfindung**" begleitet. Dabei verweist angenehme Erfahrung auf zwei mögliche Fälle: Auf der einen Seite mag sich ein Hochgefühl der Ekstase, der Euphorie oder der Glückseligkeit einstellen, auf der anderen Seite mag es eine äusserst angenehme Erfahrung sein, sich für eine Weile frei von Kummer und Sorge, frei von emotionalem und mentalem Stress und Zerrissenheit, frei von sozialem Elend und sozialer Überforderung zu fühlen. Süchtige verweisen in ihrer Sprache (Argot) auf den ersten Typ von Erfahrung mit den Worten "flash", "feeling", "rush", "kick" (je in Abhängigkeit der spezifischen Droge), auf den zweiten Typ von Erfahrung wird verwiesen mit Ausdrücken wie "zumachen", "abschalten", "verstecken" und "schützen". In diesem frühen Stadium der Suchtgenese folgt die Abhängigkeitsentwicklung der lerntheoretischen Logik der *positiven Verstärkung*: *Man wiederholt den Drogenkonsum, weil man die Droge "gern hat", weil sie unmittelbar zu angenehmen Empfindungen führt (hedonistischer Zyklus der Suchtgenese).*

3. Stadium: Der wiederholte Drogenkonsum führt zum doppelten Phänomen von: (1) Es stellt sich **körperliche Toleranz** ein, auf die, im Versuche das initiale Spitzenerlebnis wiederzuerlangen, mit **Dosiserhöhung** reagiert wird. (2) Es wird die Lernerfahrung gemacht, dass wiederholte Drogeneinnahme zu einer (vorübergehenden) Befreiung von den sich einstellenden **Entzugssymptomen** führt. Die Verstrickung in die Sucht folgt hier einer Verschränkung der lerntheoretischen Logiken der *positiven und negativen Verstärkung*. *Wir sind in einem Stadium der Gleichzeitigkeit von Abundanz- und Defizienzmotivation.*

Es gibt Drogenkonsumierende die dieses Stadium während längerer Zeit stabilisieren können (z.B. integrierte Fixer), bei anderen radikalisiert sich der Konsum schneller. Bis weit in dieses Stadium hinein können viele Konsumierende äusserlich völlig angemessen sozial und beruflich "funktionieren"; sie nehmen sich selbst häufig gar nicht als süchtig wahr, glauben "alles im Griff zu haben" und entwickeln typischerweise komplexe *Doppellebensstrategien*.

Auf der unbewussten Ebene realisiert sich immer mehr ein *Lernprozess der Assoziation* (assoziativer Zyklus) von Orten, Personen, Handlungs- und Sprachmustern, die im Zusammenhang mit Drogenkonsum stehen, mit den subjektiv angenehmen Empfindungen, die sich als Folge des Drogenkonsums einstellen. Diese mental-somatischen Verknüpfungen spielen für die suchttypische Rückfalldynamik (s. unten) eine wichtige Rolle.

Bevor wir uns dem nächsten Stadium in unserem Suchtentwicklungsmodell zuwenden, rufen wir hier zur exemplarischen Kontrastierung kurz die stark körperorientierte Vergewärtigung des Verlaufs der Drogensucht vom *START AGAIN*-Klienten Kurt in Erinnerung, wie wir sie in Unterabs. 3.3.3 rekonstruiert haben:

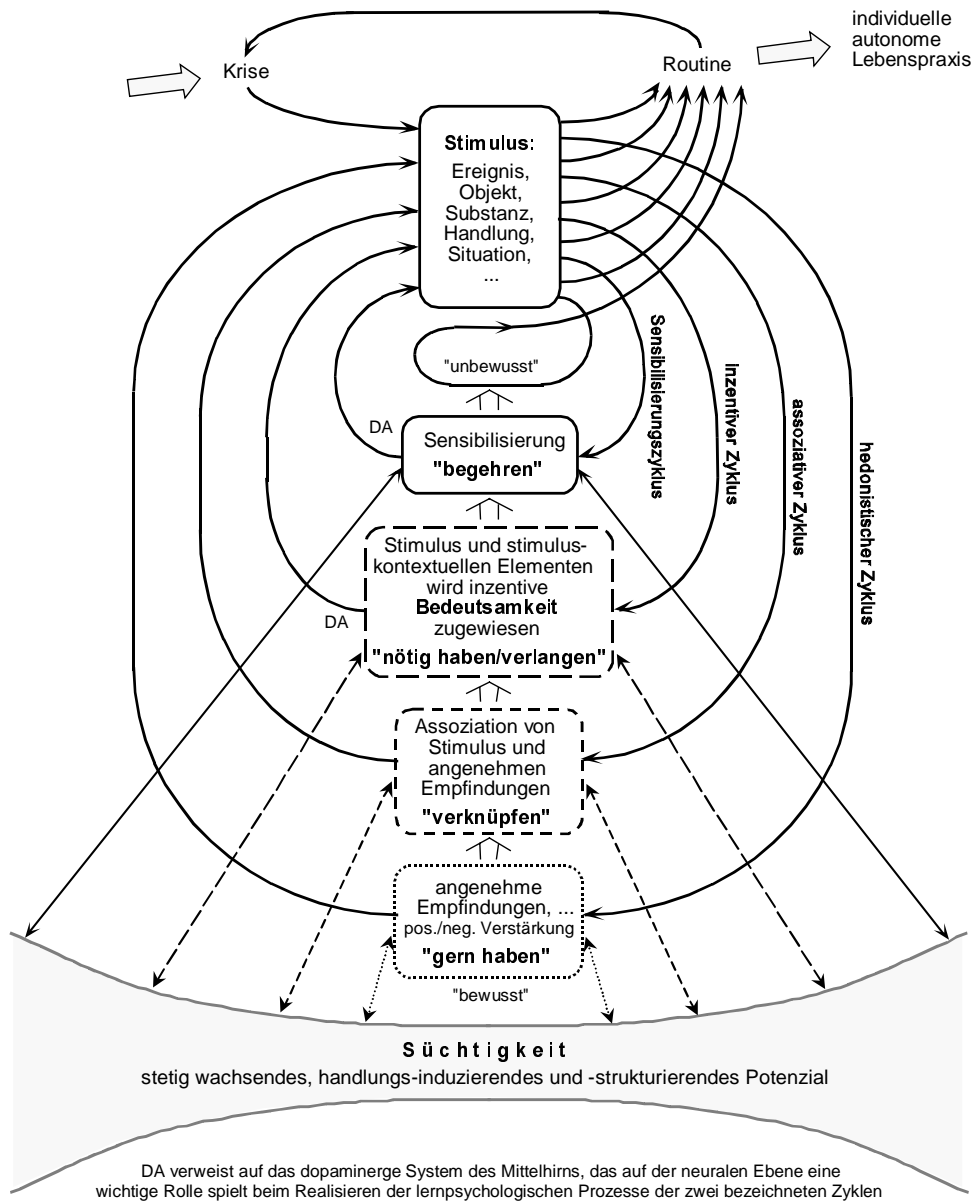
1. Phase: Das Erleben von ein paar (drei bis fünf) "Flashes" und die Entstehung der illusorischen Hoffnung oder des Verlangens, der erste Kick möge sich wieder einstellen;
2. Phase: Eine Plateauphase (bei Kurt 6 Jahre), wo er glaubt, er sei nicht süchtig, wo der Körper noch mitspielt und er vermeintlich alles unter Kontrolle hat; und
3. Phase: Körperlicher Zerfall, Entzugserscheinungen, Drogenkonsum wird subjektiv zur Überlebensstrategie.

Um nun tiefer in die Bewegungsgesetzlichkeit und die Strukturierungsmechanismen der Genese und Aufrechterhaltung von Sucht vorzudringen,²² gehen wir in drei Schritten weiter: Wir vervollständigen zunächst in diesem Unterabschnitt das Modell der Suchtgenese auf einer handlungsphänomenischen Ebene und führen den Begriff der Süchtigkeit hypothetisch als handlungsinduzierendes und -strukturierendes Potenzial ein. In den nachfolgenden zwei Unterabschnitten geben wir dann zwei verschiedene Fundierungen des Begriffs der Süchtigkeit, die eine aus neurobiologischer Sicht und die andere aus *Vipassana*-Sicht.

4. Stadium: Auf das nächste Stadium verweist Kurt mit den Worten: "dann ist der Körper wie abgegangen und dann hat es umgeschaltet". Es handelt sich dabei um eine Radikalisierung des vorangehenden Stadiums und wir treten allmählich in ein qualitativ eindeutig anderes Stadium der Suchtentwicklung ein, das Stadium der gewissermassen klassischen Suchtsymptomatik, wie wir sie in Unterabs. 2.2.7.2 beschrieben haben: Sie ist gekennzeichnet durch **zwanghaftes Drogenkonsumverhalten** und **obsessives Drogenbegehren** (*craving*). Drogensuchen und Drogenkonsumieren ist zu einem unwiderstehlichen Handlungsmuster geworden; es stellt sich die subjektive Empfindungsqualität eines "unstillbaren Hungers oder Durstes" ein. Süchtige bezeichnen die subjektive Erfahrung des plötzlichen Erwachens von Drogenbegehren als unwiderstehliches "Reissen".

²² Klinisch-experimentelle Gründe dafür, weshalb weder Theorien der positiven noch Theorien der negativen Verstärkung ausreichen, um Suchtgenese zu erklären, haben wir im Vertiefungsabschnitt A7.1.2 zusammengefasst.

Abb. 7.3.2-1 Schematische Darstellung universeller Strukturmomente der Genese und Aufrechterhaltung von Drogensucht. Der Begriff der Süchtigkeit



Eine wichtige Beobachtung während diesem Stadium ist die, dass *die ursprünglichen angenehmen Empfindungen beim Konsumieren von Drogen mehr und mehr zweitrangige Phänomene werden, primär wird das Stillen des Verlangens, oder intensiver, des Begehrens nach Drogen*. Süchtige sagen an diesem Punkte etwa: "ich mag die Droge gar nicht mehr", "das feeling ist nicht mehr da", "das Leben ist zur Hölle geworden", "es macht keinen Sinn mehr, weiter zu konsumieren" und "ich will aufhören", trotzdem konsumieren sie weiter, und das zum Teil exzessiver denn je.

Die zentrale Hypothese – die wir unten begründen wollen – ist hier die, dass *das Konsumieren von Drogen für das Individuum unbewusst immer mehr Bedeutsamkeit erlangt, so dass es süchtiges Verhalten als immer notwendiger und damit unumgänglicher er-*

fährt, auch wenn das entsprechende Handeln auf der bewussten Ebene keinen Sinn mehr macht.

5. Stadium: Als letztes Charakteristikum von Sucht bzw. einer "Suchtkarriere" ist das Phänomen **ständiger Rückfälle** zu nennen, was bedeutet, dass Drogenverlangen zum Teil nach längeren Perioden der Abstinenz (manchmal bis zu mehreren Jahren) plötzlich wieder aufflackern kann und einen süchtigen Menschen quasi unweigerlich wieder in den Drogenkonsum treiben kann. Ein Klient von *START AGAIN* hat mir dieses nachhaltige Phänomen des Drogenkonsumierens einmal bildhaft wie folgt beschrieben: "auch nach einer langen Zeit der Abstinenz ist die Sucht wie eine Maschine in dir die sofort läuft wenn du ihr nur einen einzigen Tropfen Treibstoff [Sprit] gibst". Und ganz ähnlich hat es mir einmal eine Klientin von *START AGAIN* geschildert: "jetzt nach bald einem Jahr Therapie weiss ich ganz genau dass die Sucht etwas ist wie wenn du auf einem sehr hohen Wolkenkratzer stehst (,) und das kleinste Bisschen Drogen das du nimmst ist wie wenn du hinunterspringen würdest (..) und unten zerschlägt's dich (verschloot's di)". Ein paar Wochen nachdem die Klientin dies zu mir gesagt hatte, erlitt sie einen schweren Rückfall (in therapeutischem Jargon: einen Vorfall), zu dem sie nachträglich meinte, dass sich bei ihr im Zusammenhang mit einer "sehr stressigen Beziehungserfahrung" intensivstes "Reissen" eingestellt hätte, dem sie nicht mehr widerstehen konnte.

Im Versuche, die scheinbar unaufhaltsame und nachhaltige Verstrickung ins Suchen und Konsumieren von Drogen von seiner bewegungsgesetzlichen Seite her begrifflich zu fassen, führen wir zunächst gewissermassen als abstrakte Grösse ein handlungsinduzierendes und handlungsstrukturierendes Potenzial ein. Dabei soll dieses Potenzial mit fortgesetztem Drogenkonsum kumulativ wachsen – ganz im Gegensatz etwa zu den angenehmen Effekten der Droge, die stetig abnehmen – und somit die als Hypothese formulierte zunehmende und nachhaltige Bedeutsamkeitszuschreibung zu Handlungsmustern des Drogensuchens und -konsumierens reflektieren. Wir nennen dieses Anreiz- oder Bedeutsamkeitspotenzial "**Süchtigkeit**" und versuchen es in den folgenden zwei Unterabschnitten zu konkretisieren, zum einen aus einer neurobiologischen Sicht, zum anderen aus der Sicht der unmittelbaren Erfahrung mental-somatischer Zusammenhänge im Rahmen der *Vipassana*-Praxis.

7.3.3 Neurobiologische Aspekte von Sucht

In diesem Unterabschnitt fassen wir neue Erkenntnisse zur neurobiologischen Grundlage der Genese und Aufrechterhaltung von Sucht zusammen. Für detaillierte Ausführungen verweisen wir auf das Vertiefungskapitel A7.

In einem interessanten Reviewartikel aus dem Jahre 1993 über "*the neural basis of drug craving*" haben ROBINSON und BERRIDGE argumentiert – ähnlich wie wir es oben getan haben –, dass man, wenn man Sucht verstehen will, unbedingt zwischen *drug "liking"* (Drogen-gern-Haben, im Sinne des Erlebens von subjektiv angenehmen Drogeneffekten) und *drug "wanting"* (Drogen-Wollen/nötig-Haben, im Sinne von Verlangen oder Begehren (*craving*) nach Drogen) unterscheiden sollte. Dabei haben sie den folgenden theoretischen Rahmen aufgespannt:²³

"(1) Addictive drugs [in particular, cocaine/crack, amphetamines, heroin, cannabis, alcohol, and nicotine – UMS; s. Unterabs. A7.2.2] share the ability to enhance mesotelencephalic dopamine neurotransmission. (2) One psychological function of this neural system is to attribute 'incentive salience' to the perception and mental representation of

²³ ROBINSON und BERRIDGE (1993: aus dem Abstract).

events associated with activation of the system. Incentive salience is a psychological process that transforms the perception of stimuli, imbuing them with salience, making them attractive, 'wanted', incentive stimuli. (3) In some individuals the repeated use of addictive drugs produces incremental neuroadaptations in this neural system, rendering it increasingly and perhaps permanently, hypersensitive ('sensitized') to drugs and drug-associated stimuli. The sensitization of dopamine systems is gated by associative learning, which causes excessive incentive salience to be attributed to the act of drug taking and to stimuli associated with drug taking. [...] (4) It is further proposed that sensitization of the neural systems responsible for incentive salience (for 'wanting') can occur independently of changes in neural systems that mediate the subjective pleasurable effects of drugs (drug 'liking') and of neural systems that mediate withdrawal. Thus, sensitization of incentive salience can produce addictive behavior (compulsive drug seeking and drug taking) even if the expectation of drug pleasure or the aversive properties of withdrawal are diminished and even in the face of strong disincentives, including the loss of reputation, job, home and family."

Dieser theoretische Rahmen scheint im Grossen und Ganzen verträglich zu sein mit jüngeren und systematischen Untersuchungen zur Rolle des dopaminergen Systems bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Drogensucht²⁴ sowie mit Erkenntnissen zur neuropsychologischen Bedeutung des dopaminergen Systems und der Basalganglien im Zusammenhang mit Entscheidungsfindung und Handeln.²⁵ Eine wichtige Modifikation, die jedoch durch die jüngeren Arbeiten angeregt wird, ist die folgende: Es scheint nicht so zu sein, dass die Zuschreibung von Anreizbedeutsamkeit zu speziellen Stimuli (*attribution of incentive salience*; s. Punkt (2) oben) in einer direkten, eindeutigen Beziehung steht zur neuronalen Aktivität im dopaminergen System des Mittelhirns.

Das dopaminerge System des Mittelhirns scheint seine zentrale Rolle bei der Realisierung des lernpsychologischen Prozesses der Zuschreibung von (Anreiz-)Bedeutsamkeit vielmehr dadurch zu spielen, dass ihm eine Art Vermittlerfunktion zukommt: Es *moduliert* in ganz spezifischer Weise die neuronale Aktivität in rückgekoppelten neuronalen Schleifen, die frontale Cortexregionen, Basalganglien und Thalamus verbinden, in den sogenannten cortico-striato-pallido-thalamischen Schleifen; s. Abb. 7.3.3-1 unten sowie Abb. A7.2.1-1 im Vertiefungsabschnitt A7.2.1. Neuronale Aktivität "zirkuliert" in diesen geschlossenen Schleifen viele dutzende Male sowohl während dem Wahrnehmen und Registrieren von Handlungsmustern und Handlungskontexten wie auch während dem "innerlichen" Simulieren von Handlungen und bei "automatischer" Entscheidungsfindung. Die spezifische Modulation durch das dopaminerge System – die schliesslich die Auszeichnung einer Handlungsoption gegenüber anderen nach sich zieht (inzentives Lernen) – setzt nun immer dann ein, wenn der Organismus das Resultat einer Handlung als "besser als erwartet" bewertet, und das speziell im Zusammenhang mit überlebensrelevanten Handlungen, wie z.B. Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme oder sexuelle Fortpflanzung.

Wie im obigen Zitat von ROBINSON und BERRIDGE erwähnt, ist nun allen verbreiteten addiktiven Drogen (von Alkohol und Nikotin über Cannabis, Heroin, Methadon, Amphetamine bis hin zu Kokain und Crack) – bei all ihren physiologischen Wirkunterschieden

²⁴ Siehe z.B. die Übersichtsartikel von DI CHIARA (1995a,b) und WISE (1996); und die Referenzen darin.

²⁵ Siehe z.B. SCHULTZ (1995); HOUK, DAVIS und BEISER (Hrsg.) (1995); DAMASIO, DAMASIO und CHRISTEN (Hrsg.) (1996); und MIRENOWICZ und SCHULTZ (1996).

Abb. 7.3.3-1 Das Gehirn: Grosshirnrinde (Neocortex), Kleinhirn (Cerebellum), Basalganglien (Striatum und Pallidum), Zwischenhirn (Thalamus, Hypothalamus) und limbische Strukturen (Amygdala, Hippocampus)

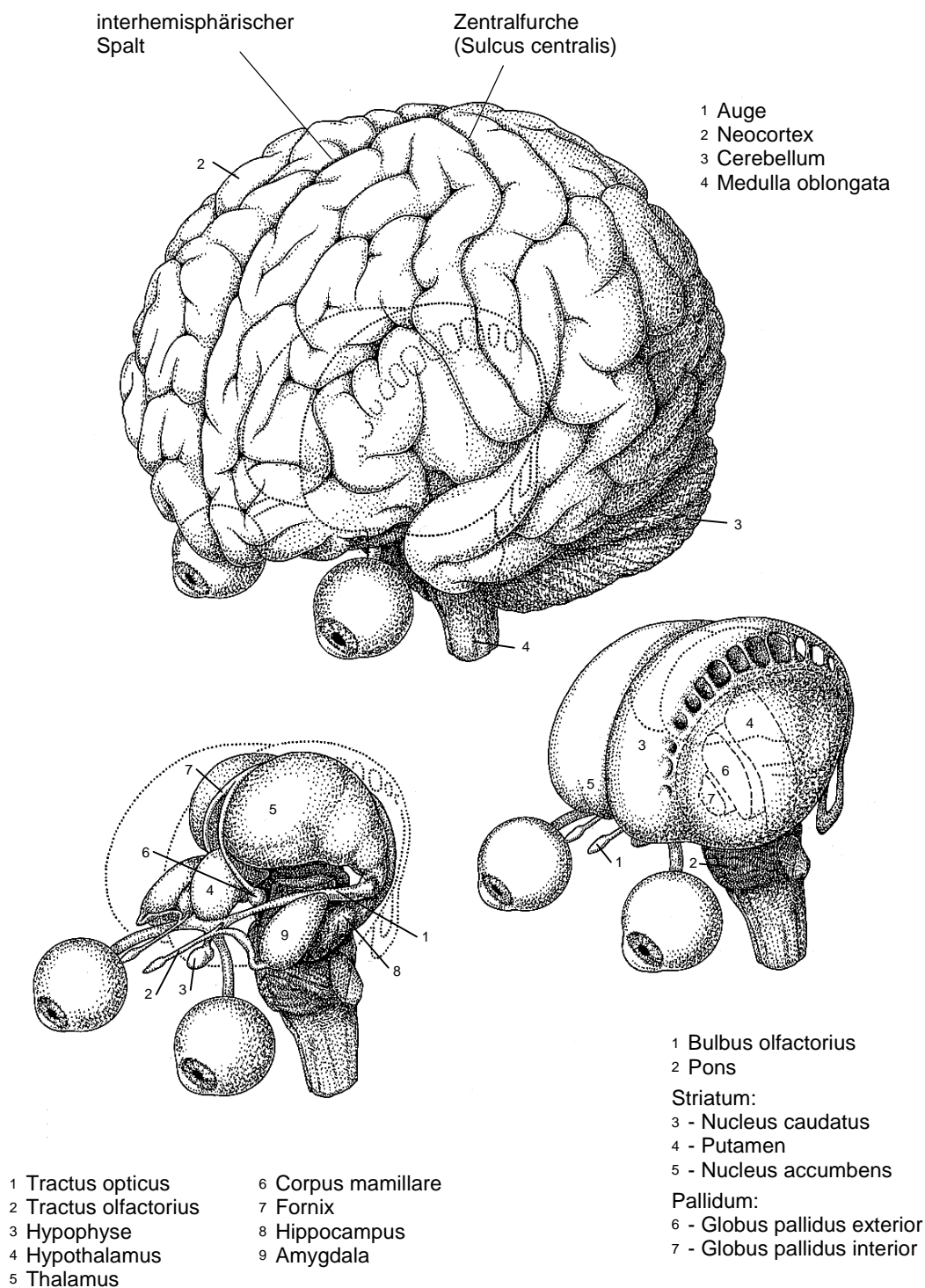
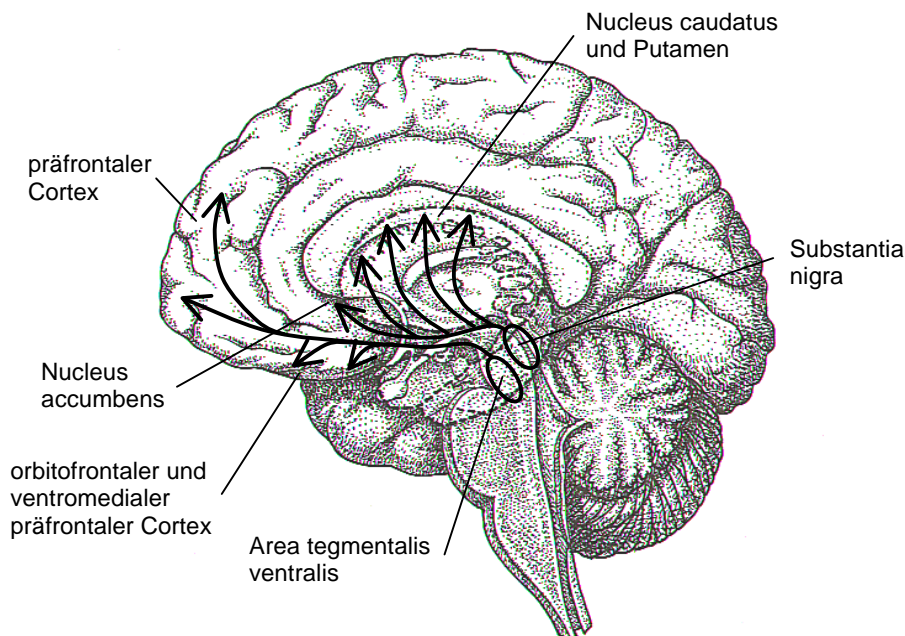


Abb. 7.3.3-2 Medialer Längsschnitt durchs Gehirn: Das dopaminerge System des Mittelhirns (Substantia nigra, Area tegmentalis ventralis)



den – eines gemeinsam: Sie alle aktivieren auf die eine oder andere Weise direkt das dopaminerge System des Mittelhirns. D.h. der Droge bzw. dem Handeln des Drogennehmers wird (Anreiz-)Bedeutsamkeit dadurch zugewiesen, dass die Droge direkt aktivierend auf das dopaminerge System wirkt, was dann dazu führt, dass sich spezifische Veränderung im Aktivitätsmuster in den genannten geschlossenen cortico-striato-pallido-thalamischen Schleifen "einprägen", was seinerseits zu einer mehr und mehr "automatischen" und unmittelbaren Handlungsorientierung in Richtung von Drogennehmen führt, sobald das Subjekt einen drogenassoziierten Stimulus oder eine mentale Repräsentation von Drogen wahrnimmt. "Automatisch" bedeutet hier, dass diese sich immer mehr "einprägende" Handlungsorientierung dem Bewusstsein nicht direkt zugänglich ist und willentlich nicht gesteuert werden kann, da sich die entsprechende neuronale Aktivität im Wesentlichen in stammesgeschichtlich alten, sogenannten subcorticalen Regionen des Gehirns abspielt.

Bezüglich des letzten für unseren Ableitungszusammenhang wichtigen Punktes besteht nun weitgehende Übereinstimmung, dass nämlich mit der Aktivierung des dopaminergen Systems durch eine bestimmte Droge, dieses System zunehmend *sensibilisiert* wird auf eben diese Droge (bzw. auf diese und ihr ähnliche Drogen). Sensibilisierung heisst hier, dass es der besagten Droge (bzw. Drogenklasse) immer leichter fällt, das dopaminerge System zu aktivieren und entsprechend die "Einprägung" bzw. das *inzentive Lernen* der Handlungsorientierung in Richtung von Drogennehmen immer stärker gefördert wird; s. die schematische Darstellung in Abb. 7.3.2-1.

*Vor dem Hintergrund dieser neurobiologischen Ausführungen können wir nun das oben, abstrakt eingeführte, kumulativ mit dem Drogennehmen wachsende, handlungsinduzierende und -strukturierende Potenzial, das wir **Süchtigkeit** genannt haben, in dop-*

pelter Weise konkretisieren: (1) Es wird damit die sukzessive Sensibilisierung des dopaminergen Systems des Mittelhirns auf eine bestimmte Droge bzw. Drogenklasse bei fortgesetztem Konsum gefasst, was (2) dazu führt, dass die Aneignung (inzentives Lernen) eines mehr und mehr automatischen, aufs Drogenkonsumieren gerichteten Reagierens bei Konfrontation mit drogenassoziierten Kontexten oder entsprechenden mentalen Repräsentationen stark gefördert wird, so dass Drogensuchen und Drogenkonsumieren gegenüber anderen Handlungsoptionen mehr und mehr an Bedeutsamkeit gewinnt.

Zusammenfassend halten wir also aus neurobiologischer Sicht fest, dass die grossen Klassen addiktiver Drogen über ihre gemeinsame Eigenschaft, direkt auf jene neurale Subsysteme zu wirken, die im basalen, lernpsychologischen Prozess der Bedeutsamkeitszuschreibung involviert sind, sich selbst für ein Individuum zu quasi-überlebensrelevanten Stimuli hochzustilisieren, und zwar auf unbewusster Ebene.

Während nun die neurobiologisch-klinische Position in der sukzessiven Ausprägung neuroadaptiver Veränderungen den Grund für die Hartnäckigkeit und die schwierige Therapierbarkeit von Sucht sieht, ist es aus suchttherapeutischer Sicht viel bedeutsamer sich die Frage zu stellen, ob dieser Ausprägung etwas entgegengesetzt werden kann. An dieser Stelle ist es äusserst interessant, das dargelegte neurobiologisch-lernpsychologische Suchtverständnis mit dem universalistischen Suchtverständnis, das dem *Vipassana*-Praxissystem eigen ist, zu kontrastieren und somit das diesem Praxissystem inhärente suchtrehabilitatorische Potenzial im Hinblick auf die Bearbeitung von Süchtigkeit zu verstehen.

7.3.4 Sucht und Süchtigkeit aus der Sicht von *Vipassana*. Das alte *Vipassana*-Praxissystem als suchtrehabilitatorische Innovation

Bei aller Verschiedenheit moderner westlicher und alter östlicher Begriffsbildungen ist es ausserordentlich bemerkenswert, wie auf prozessstrukturaler Ebene eine ausgesprochene Übereinstimmung zwischen den entsprechenden Verständnissen von Suchtgenese, Sucht und Süchtigkeit besteht.

Zunächst bemerken wir, dass aus *Vipassana*-Sicht, d.h. in altem *theravāda*-buddhistischem Verständnis, Drogensucht lediglich eine bestimmte Form von Sucht – wenn auch eine der radikalsten Formen von Sucht – darstellt, wobei Sucht per se als ein universelles Strukturmoment menschlichen Daseins gesehen wird. Tatsächlich ist es angemessen zu sagen, dass das Hauptziel der *Vipassana*-Praxis das ist, "**universelle Süchtigkeit**" (*taṇhā* – Begehren, Durst; vgl. Unterabs. 6.3.2) grundsätzlich und immer tieferer wissenschaftlich zu durchdringen und sich sukzessive davon zu befreien. In gewissem Sinne kann man sage, dass das *Vipassana*-Praxissystem mit seinen beiden Teilen der *ānāpānasati*-Übung und der *vipassanā*-Technik eine sehr alte – falls nicht die älteste (ca. 3'200 Jahre alte)²⁶ –, universelle aus "süchtiger" Verstrickung befreiende Technik darstellt.

Universelle Süchtigkeit

Die zentrale These im Lehr- und Erfahrungszusammenhang von *Vipassana* bezüglich dem Verlauf von Sucht besagt Folgendes: Sucht ist charakterisiert durch einen graduellen Veränderungsprozess, bei dem sich *Verlangen nach einer Droge* – oder allgemeiner *Verlangen nach irgendeiner Form von stoffgebundenem oder stoffungebundenem Reiz* – grundlegend in ein *Begehren nach Begehren* wandelt (*craving for the sake of craving* – wie es S.N. GOENKA nennt). Diese These stellt einen grundlegenden qualitativen Über-

²⁶ S. Fussnote 26 in Kapitel 6.

gang ins Zentrum des Verstehens von Sucht, der strukturhomolog (strukturell übereinstimmend) ist zum Übergang von "*liking drugs*" (Drogen-gerne-Haben) zu "*wanting and craving drugs*" (Drogen-nötig-Haben und unwiderstehlichem Begehren nach Drogen), den wir oben besprochen haben; vgl. Abb. 7.3.2-1.

Die wesentliche Frage, die sich dabei stellt, ist wiederum: Was veranlasst und treibt diesen Übergang? Welcher Strukturierungsmechanismus liegt diesem Übergang aus *Vipassana*-Sicht zu Grunde?

Zunächst bemerken wir (vgl. Unterabs. 6.3.2), dass die zwei geistigen Faktoren oder Reaktionsmuster (*saṅkhāra*) des Verlangens (*lobha* oder *rāga*) und der Abneigung oder Aversion (*dosa*) stets mit dem universellen geistigen Faktor des Fühlens von körperlichen Empfindungen (*vedanā*) zusammengehen, ein Phänomen, das als allgemeiner Ausdruck der fundamentalen und unauflösbaren Verschränkung von Geist und Materie zu verstehen ist. Daher fokussieren wir uns, was die detaillierte Analyse des historischen BUDDHA des Ursprungs des Leidens (*dukkha*) anbelangt, die in der "**Kette des bedingten Entstehens**" oder im "**Konditionalnexus**" (*paṭiccasamuppāda*)²⁷ im Zusammenhang mit der zweiten edlen Wahrheit zusammengefasst ist, auf das *zentrale Verbindungsglied* zwischen Sinnesobjekten und geistigen Formationen oder Reaktionsmustern (*saṅkhāra*), nämlich auf das *Fühlen körperlicher Empfindungen* (*vedanā*). Die siebente Zeile des Konditionalnexus (s. Fussnote 27) lautet in freier Übersetzung nach S.N. GOENKA, gewissermassen als mental-somatische Grundformel:

vedanā-paccayā taṇhā – "In einem unwissenden Geist führen körperliche Empfindungen zu Verlangen oder Abneigung."

Bezüglich der Genese und Aufrechterhaltung von Drogensucht leitet sich dann folgendes Erklärungsmodell ab:

1. Das Einnehmen einer Droge führt auf Grund ihrer physiologischen Wirkfähigkeit direkt oder indirekt zu angenehmen körperlichen Empfindungen – indirekt bedeutet hier, dass die Droge eventuell unangenehme oder leidhafte Empfindungen für einige Zeit suspendiert, was als angenehm erfahren wird.

²⁷ Die "Kette des bedingten Entstehens" (*paṭiccasamuppāda*) oder – wie S.N. GOENKA sagt – die Kette von Ursache und Wirkung, in der das Leiden seinen Ursprung hat, wird während dem Abendvortrag des fünften Tages eines 10-tägigen *Vipassana*-Kurses ausführlich erläutert. In formelhafter Kürze besagt sie, dass das "Rad des Leidens" (*samsāra*) wie folgt zu laufen beginnt bzw. am Laufen bleibt:

"Bedingt durch Unwissenheit (*avijjā*) entstehen Reaktionen (*saṅkhāra*);
 bedingt durch Reaktionen entsteht Bewusstsein (*viññāṇa*);
 bedingt durch Bewusstsein entsteht der Fluss von Geist-und-Materie (*nāma-rūpa*);
 bedingt durch den Fluss von Geist-und-Materie entstehen die sechs Sinne (*saḷāyatana*);
 bedingt durch die sechs Sinne entsteht Kontakt (*phassa*);
 bedingt durch Kontakt entstehen Empfindungen (*vedanā*);
 bedingt durch Empfindungen entstehen Verlangen und Aversion (*taṇhā*);
 bedingt durch Verlangen und Aversion entsteht Anhaftung (*upādāna*);
 bedingt durch Anhaftung entsteht der Prozess des Werdens (*bhava*);
 bedingt durch den Prozess des Werdens erfolgt Geburt (*jāti*);
 bedingt durch Geburt kommt es zum Altern und zum Tod (*jarā-maraṇa*),
 verbunden mit Kummer, Wehklagen, körperlichen und geistigen Leiden und schweren Prüfungen.
 Auf diese Weise entsteht diese ganze Anhäufung des Leidens."

2. Das allgemeine, gewohnheitsmässige Reaktionsmuster eines "unwissenden" Geistes ist es dann, mit Verlangen nach den angenehmen Empfindungen oder mit Abneigung gegen unangenehme Empfindungen – d.h. mit Verlangen danach, dass das Unangenehme abwesend sein möge – zu reagieren.
3. Der entscheidende Punkt ist nun, dass Verlangen oder stärker Begehren – im Sinne von Verlangen oder Begehren nach angenehmen bzw. nach der Abwesenheit von unangenehmen körperlichen Empfindungen – selbst von angenehmen körperlichen Empfindungen begleitet wird, (in gleicher Weise wie Aversion von unangenehmen körperlichen Empfindungen begleitet wird). Wir erinnern hier an die mental-somatische Grundformel von "mit allem, was im Geiste entsteht, gehen Empfindungen einher" (*vedanā-samosaraṇā sabbe dhammā*), die wir in Unterabs. 6.3.2 diskutiert haben.²⁸
4. Es folgt jetzt unmittelbar, dass wegen dem gewohnheitsmässigen geistigen Reaktionsmuster des Reagierens mit Verlangen auf angenehme Empfindungen erneut Verlangen erzeugt wird. D.h. Verlangen wird gewissermassen "multipliziert", was zu einem immer tieferen Etablieren des mentalen Reaktionsmusters (*saṅkhāra*) des Begehrens (*craving*) führt: *Begehren entwickelt sich also um des Begehrens willen, und Drogensucht wird verstanden als eine sich problematisch aufschaukelnde basale mental-somatische Dynamik des Reagierens auf Reaktionen: mentales Reagieren auf somatische Reaktionen, die Folge mentalen Reagierens auf somatische Reaktionen sind, usw.*

In den alten *theravāda*-buddhistischen Texten des *Pāli*-Kanons wird die mentale Formation oder das geistige Reaktionsmuster des Verlangens als unstillbarer Durst (*taṇhā*) symbolisiert. Erinnern wir uns an die Begrifflichkeit der beiden vorangehenden Unterabschnitte, so liegt es nahe, das handlungsinduzierende und -strukturierende mentale Reaktionsmuster des Begehrens, diesen unstillbaren Durst, mit Süchtigkeit gleichzusetzen.

Da aus *Vipassana*-Sicht dieses mentale Reaktionsmuster des Begehrens für alle Formen von Sucht charakteristisch ist, insbesondere für die letztendliche Form von "Sucht", die "Sucht nach Dasein", wird man dazu geführt, die Strukturhypothese zu formulieren, dass "universelle Süchtigkeit" letztlich die Bedingungsbasis für humanes Dasein ist.

***Vipassana* als suchtrehabilitatorische Innovation**

Die Frage, die sich nun stellt, ist: Kann dieser Teufelskreis des ununterbrochenen Reagierens auf Reaktionen aufgebrochen werden; und falls ja, wie? Die Antwort, die als solche auch den Kern der *Vipassana*-Praxis ausmacht, ist Ja. Der Kreislauf kann aufgebrochen werden, und zwar genau an dem Punkt, wo es ums gewohnheitsmässige und blinde Reagieren auf das Fühlen von Empfindungen geht. Dabei ist dieses Aufbrechen in zwei Schritten zu realisieren:

1. Es muss die Fähigkeit entwickelt werden, *sich ununterbrochen der eigenen, grössten wie allerfeinsten körperlichen Empfindungen gewahr oder bewusst zu sein*;
2. Basierend auf Weisheit (*paññā*), d.h. auf einem immer tiefgründigeren und kontinuierlichen erfahrungsmässigen Verstehen (*sampajañña*) der "wahren" Natur körperlicher Empfindungen – ihres elementaren Charakteristikums des Entstehens und Vergehens (*anicca*) – *muss eine geistige Haltung des wissensklaren Gleichmutes (*upekkhā*) eingeübt werden.*

²⁸ S. Fussnote 38 in Kapitel 6.

Dies besagt, dass genau so, wie körperliche Empfindungen an der Basis der Genese und Aufrechterhaltung von Sucht liegen, sie umgekehrt eben jenes "Werkzeug" liefern, mit dessen Hilfe der Weg aus der Sucht beschriftet werden kann. Die Programmatik der Suchtgenesung – ob universalistisch auf die letzte Verstrickung ins Dasein oder spezifisch auf Drogenkonsum gerichtet – wird in Abwandlung der obigen mental-somatischen Grundformel aus dem Konditionalnexus von S.N. GOENKA formuliert als:

vedanā-paccayā paññā – "In einem wissenden und aufmerksamen Geist führen körperliche Empfindungen zu Weisheit und damit Befreiung."

An dieser Stelle zitieren wir erläuternde Worte zu diesem Themenzusammenhang von S.N. GOENKA, die er während dem Abendvortrag des vierten Tages eines 10-tägigen *Vipassana*-Kurses spricht, jenem Tag, an dem die Meditierenden in die *vipassanā*-Technik eingeführt werden; s. Unterabs. 6.3.2.

"... / the one important thing that this technique [Vipassana] will do [is] (,) *it will take away the barrier between the so-called conscious mind and the half-conscious or unconscious mind* (,) the so-called unconscious mind is always connected with every particle of the body (,) mind and matter [are] inseparable (,) and it keeps on feeling the sensations of the body every moment (,) and [it] not only keeps on feeling [them] (,) it keeps on reacting to them (,) this has become the habit pattern of it (,) the conscious mind doesn't know even what is happening deep inside (,) it remains ignorant (.)

the one who is agitated at the physical level is agitated at the deep mental level (,) although he doesn't know (.) /... /

[if] you are aware of the sensation (,) (...) the second important part of the technique is *that you remain equanimous with the sensation* (,) the old habit of the mind was that whenever you get an unpleasant sensation you react with aversion (,) you want to get rid of it (,) you want to push it out (,) whenever you experience a pleasant sensation you want to pull it in (,) you want to retain it (.)

now (,) with this technique [it is as follows] (,) [an] unpleasant sensation [arises, and you say] oh (,) this is also impermanent (,) look it has arisen (,) it is not eternal (,) let me see how long it lasts (,) sooner or later (,) yes (,) it passes away (,) [likewise] oh (,) a pleasant sensation (,) [it is] not permanent [either] (,) certainly it will pass away (,) sooner or later (,) yes (,) it passes away (.)

like this you train your mind at the experiential level (,) understanding that every sensation that everything you experience within the framework of the body is a changing phenomenon (,) changing phenomenon (,) not ! (,) not me (,) not mine (.)

any attachment to it will bring nothing but misery (,) [thus] you remain equanimous (,) you remain equanimous (.) /..."²⁹

Als **Zusammenfassung** dieses Unterabschnittes halten wir fest, dass aus *Vipassana*-Sicht (*Drogen*-)Sucht als *fundamentales geistiges Problem des unbewussten Reagierens auf Verlangen mit Verlangen* gesehen wird; und in Verbindung mit den neurobiologischen Ausführungen des vorangehenden Unterabschnittes könnten wir sagen, dass *dieses unbewusste mentale Reagieren auf Verlangen mit Verlangen lernpsychologisch mit einem unbewussten, von der Droge selbst unmittelbar geförderten Prozess der Bedeutsamkeitszuschreibung dem Drogennehen gegenüber einhergeht, der sozusagen sukzessive entgleist*.

²⁹ Wir halten uns in diesem Transkript an die Transkriptionsregeln in Unterabs. 2.1.2.3; die Hervorhebungen stammen von mir (UMS).

Erinnern wir uns daran, dass dieser Prozess stets eingebettet in einen individualbiographischen Gestaltungsprozess abläuft, der seinerseits wiederum in verschiedene soziale Kontexte bis hin zu jenem der Totalität der Gesellschaft eingebettet ist, und greifen wir dann die doppelte "Sinnlosigkeitsfigur" des (post-)modernen Lebens aus Unterabs. 7.3.1 auf, so sind wir geneigt, *den entgleisenden Bedeutsamkeitszuschreibungsprozess, der für (Drogen-)Sucht charakteristisch ist und im Allgemeinen unbewusst abläuft, da er auf der Ebene körperlicher Empfindungen nicht aufgelöst werden kann, als basale Beschädigung lebenspraktischer Autonomie infolge mangelnder bewusster und ausdifferenzierter empfindungsmässiger Selbstwahrnehmung sowie adäquater Lebenssinnggebung zu deuten.*

Als Antwort für die Heilung dieser Beschädigung sowie als allgemeine Haltungsmaxime zur Förderung lebenspraktischer Autonomie offeriert die *Vipassana*-Praxis Folgendes: Halte nicht begierig Ausschau nach Vergnügen hier und dort und umgekehrt weiche dem Unangenehmen nicht blind aus, wo und wann immer es sich einstellt, sondern erlebe vielmehr jeden Augenblick wissensklar, *so wie er ist (yathā-bhūta)*; d.h. sei dir stets der universellen Struktureigenschaft aller Phänomene im Daseinsfeld von Geist-und-Körper bewusst, die da ist: fundamentale Unbeständigkeit oder permanentes Entstehen und Vergehen (*anicca*), und entwickle dadurch mehr und mehr einen gleichmütigen, friedvollen und freudigen Geist.

Mit anderen Worten: Die Maxime ist Förderung lebenspraktischer Autonomie durch Realisierung einer "*mentalen Haltung des gleichmütigen und wissensklaren Weder-nochs*" – weder Verlangen nach Angenehmem noch Abneigung gegen Unangenehmes.

<i>Nābhinandāmi maraṇaṃ,</i>	Ich sehne mich weder nach dem Tod,
<i>nābhinandāmi jīvitaṃ.</i>	noch habe ich Verlangen nach dem Leben.
<i>Nikkhipissaṃ imaṃ kāyaṃ,</i>	(Wenn meine Zeit gekommen ist) will ich diesen Körper verlassen,
<i>sampajāno paṭissato.</i>	mit Achtsamkeit und Einsicht in seine unbeständige Natur auf der Ebene der Empfindungen.

Theragāthā, Sāriputtathera 54

7.3.5 Zusammenfassung: Das tiefensystemische Therapiemodell von *START AGAIN*

Fassen wir die Ausführungen in diesem und im letzten Kapitel zusammen, dann zeichnet sich das prozessorientierte, tiefensystemische Therapiemodell von *START AGAIN* in knappen Worten dadurch aus, dass

- (1) die Genese und Aufrechterhaltung von Sucht als gekoppelter Verstrickungsprozess verstanden wird, in dem sich ein spezifisch beschädigter sozialisatorischer und individualbiographischer Entwicklungsprozess und eine entgleiste mental-somatische Reaktionsdynamik zwischen mentalem Begehren und körperlichen Empfindungen problematisch verschränken; und dass
- (2) entsprechend diesem Verständnis, die therapeutische Interventionslogik sowohl auf der biographischen und re- bzw. nach-sozialisatorischen Ebene (systemische Dimension) als auch auf der Ebene methodischer Selbstbeobachtung, Selbsterfahrung und Geistesschulung (Tiefendimension) ansetzen muss.

Der für therapeutisches Handeln zentrale Begriff der **Autonomie** ist entsprechend aus tiefensystemischer Sicht dimensional zu erweitern. In "doppelter Beschreibung"³⁰ oder "bifokaler Sicht"³¹ verstehen wir unter Autonomie

- (1) die lebenspraktische Fähigkeit des Wandelns von Vorgegebenem in Aufgegebenes, des Gestaltens eines individuellen biographischen Werdensprozesses, der sich zwischen den handlungspraktischen Polen von Krise und Routine entfaltet und eingelassen ist in eine Vielzahl sozialer Kontexte, die sich wechselseitig beeinflussen und unterschiedlicher Reichweite sind (vgl. die Unterabschnitte 2.2.4 und 2.2.6); und
- (2) die mentale Qualität oder Fähigkeit, befreit von eingeschliffenen blinden Reaktionsmustern von Verlangen und Abneigung zu handeln, d.h. zu handeln ohne fortwährendes blindes Reagieren mit mentalem Begehren auf permanent aufsteigende körperliche Empfindungen.

In *START AGAIN* bildet dann idealtypischerweise eine je fallspezifische kunstvolle Verzahnung der verschiedenen therapeutischen Elemente den Rahmen für die Suchtgenesung, wobei *Genesung im Sinne von relativer Autonomiesteigerung verstanden wird* und die konkrete Verzahnung der Elemente mit jedem Klienten, mit jeder Klientin immer wieder von neuem ausgehandelt wird, ganz nach der Logik einer *sich an der individuellen Fallstruktur ausrichtenden Hilfe zur Selbsthilfe*.

Was die Strukturlogik des therapeutischen Prozesses selbst anbelangt, so ist dieser zum einen gekennzeichnet durch die produktive Paradoxie von *"Wiederverflüssigung alter Erfahrungsaufschichtungen"*³² *bei gleichzeitiger subjektiver Distanzleistung*, zum anderen durch die widersprüchliche Einheit von *Umgestalten und Bewahren*.

Die therapeutischen Grundelemente von *START AGAIN*, die eine vielschichtige und vieldimensionale widersprüchliche Einheit bilden, rahmen diesen Prozess schliesslich in Abhängigkeit ihrer strukturtransformatorischen Reichweite entlang der folgenden Logik:

- (1) Über das Element *Alltag als Therapie* und das Element der *Selbsthilfe*, d.h. des Einbindens des Suchtverständnisses der *Anonymen Narkotiker* und der Partizipation an deren Treffen und Conventions, soll zunächst ein erstes Zur-Ruhe-Kommen und ein erstes Boden-Bereiten für den therapeutischen Prozess ermöglicht werden. Inhaltlich geht es primär darum, in der Begegnung mit anderen Süchtigen und Ex-Usern an der Motivation, *clean* zu leben und den Teufelskreis der Sucht wirklich aufzubrechen, zu arbeiten. Auseinandersetzungsgegenstand ist der *allgemeine Lebensstil* süchtiger Menschen: "Täuschen", "Tricksen" und "Tarnen", "Alles sofort und möglichst umsonst", Zwanghaftigkeit, Kontrollwahn, Masslosigkeit, Angst vor Begegnung, etc.
- (2) Das *professionelle systemisch-therapeutische Arbeiten*, das im Rahmen von Einzelgesprächen, von verschiedenen Gruppensettings sowie von systemischen Familien- und/oder Paargesprächen realisiert wird und *Therapie als Alltag* mit *Alltag als Therapie* verschränkt, ist als schrittweise Arbeit an den Wurzeln (d.h. Aufarbeitung von Traumatisierungsgeschichten, der Suchtkarriere, von pathogenen bzw. dysfunktionalen familialen Konstellationen, etc.) wie auch als Arbeit an den Flügeln (d.h. Nachsozialisation, Erarbeiten neuer Handlungsorientierungen und -strategien, berufliche und soziale Wiedereingliederung, etc.) zu verstehen. Gegenstand sind *individuelle Lebensthemen* und das Heraustreten aus dichotom aufgespaltenem oder kurzgeschlossenem "Entweder-oder-Denken, -Fühlen und -Handeln" hin zu einem

³⁰ Zu diesem von BATESON (1995⁴) geprägten Beschreibungsmodus siehe den Beginn von Unterabs. A5.1.1.

³¹ d.h. in gleichzeitiger Fern- und Nahsicht oder in gleichzeitiger Aussen- und Innenansicht.

³² Vgl. SCHÜTZE (1987: 237).

dynamisch gestalteten, zukunfts-offenen "Sowohl-als-auch-Denken, -Fühlen und -Handeln".

- (3) Die tägliche Praxis der *ānāpāna-sati-Übung* hat einen doppelten Sinn: Zum einen kann es als erwiesen erachtet werden, dass sie – bei adäquater Ausübung – die Selbstwahrnehmung fördert und eine allgemein mental stabilisierende Wirkung hat, was das Vermögen zur subjektiven Distanzleistung gegenüber "wiederverflüssigten alten Erfahrungsaufschichtungen" steigert; zum anderen bereitet sie auf den tiefgreifendsten Schritt in der Suchtgenesung vor, auf die Bearbeitung von Süchtigkeit mit Hilfe der eigentlichen *vipassanā-Praxis*. Ziel ist hier das sukzessive Etablieren einer "mentalenen Haltung des gleichmütigen Weder-nochs" – weder Verlangen nach Angenehem noch Abneigung gegen Unangenehmes – sowie das Öffnen eines Erfahrungsraumes, in dem von der Möglichkeit her *Lebenssinnfragen* von letzter Reichweite in ganz individueller Art und Weise ergründet und selbst beantwortet werden können.

8 Rekonstruktive Prozess- und Effektevaluation

8.1 Status professionellen Handelns in *START AGAIN*. Zum Verhältnis von Anspruch und Wirklichkeit

Analyse von therapeutischen Aufzeichnungen (Klientenhefte und Berichte)

Zum Realisierungsgrad der Strukturformel von Fallverstehen in der Begegnung im therapeutischen Alltag in *START AGAIN*

START AGAIN als Ort der Habitusformation tiefensystemischer Therapeut/inn/en

[ausgearbeitet in STUDER und HILDENBRAND (2000)]

8.2 *START AGAIN* als Ort der Transformation

Beispiele aus dem therapeutischen Prozess von Natalie Lang und Beat Kaiser

Beispiele dazu, dass die Einrichtung als Ganze ein Klima der Transformation erzeugt

[noch ausstehend]

8.3 Zur spezifischen Wirkung der Interventionselemente von *START AGAIN*

Suchttherapie als Gruppentherapie im Sinne von Begegnungsschulung und die Logik des Aushandelns (Fallbeispiel von Kurt Eggenschwiler; vgl. Vertiefungsabschnitt A2.1)

Systemische Suchttherapie, das Programm der *Anonymen Narkotiker* und die suchtrehabilitatorische Aufgabe der Nach-Sozialisation

Die therapeutische Bedeutung der *ānāpāna-sati*-Übung: Achtsamkeitsschulung als naturwüchsiges Resultat persistenter Aufmerksamkeitsfokussierung (Interviewbeispiele)

Zum Wirkpotenzial 10-tägiger *Vipassana*-Kurse. Die Rekonstruktion von fünf Klassen potenzieller Effekte und Beispiele:

- (1) Effekte auf der Ebene des sozialen Handelns,
- (2) somatische und psychosomatische Effekte,
- (3) Effekte im Zusammenhang mit Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle und Coping,

- (4) Effekte tiefenpsychodynamischer Natur,
- (5) Effekte im Bereiche von Weisheit und Förderung von basalem strukturellem Optimismus.

Die Bedeutung von *Vipassana* für die Mitarbeiter/innen von *START AGAIN*

[z.T. ausgearbeitet in STUDER (1997a) und in STUDER (1999)]

9 Statistisches Profil der Klientel von *START AGAIN* bei Therapieaustritt und Vergleiche mit der austretenden Poolklientel der FOS-Einrichtungen für die Jahre 1995 bis 1997

dem Heimgesuchten

Als er zwei Minuten später
zurückkehrt
ist sie
auch nicht mehr da –

Yves SOUTTER (1998: Stimmungsbild 3)

Die generative Frage dieses Abschnitts lautet: Was ist das statistische Profil der aus *START AGAIN* austretenden Klientel und unterscheidet es sich empirisch von jenem der Poolklientel gebildet aus allen in den Jahren 1995 bis 1997 aus FOS-Einrichtungen austretenden Klient/inn/en?

Den seit 1995 bestehenden, für die Schweiz flächendeckenden **Forschungsverbund stationäre Suchttherapie (FOS)** haben wir zu Beginn des Kapitels 4 kurz vorgestellt. Die bei Therapieaustritt im Rahmen des FOS erhobenen Daten werden gleich wie die Eintrittsdaten in der Form jährlicher Statistiken als "rohes" Basisdokumentationsmaterial an die teilnehmenden Einrichtungen zurückgereicht. Die erfragten Austrittsdaten gliedern sich grob in die drei Kategorien:

1. Angaben zum Therapieaufenthalt und zur Austrittsmodalität,
2. strukturelle und rechtliche Situation bei Austritt bzw. Übertritt in eine Aussenwohngruppe (AWG) und
3. soziale Kontakte bei Austritt bzw. Übertritt in eine Aussenwohngruppe (AWG).

Neben diesen FOS-Daten bildet eine weitere Datenquelle die Grundlage für viele der nachfolgenden Ausführungen: Es ist die bereits in Kapitel 4 erwähnte **START AGAIN-interne Statistik**, die für den Zweck dieser Fallstudie sowie für das betriebswirtschaftliche Controlling der Einrichtung seit Oktober 1992 geführt wird. Diese Daten erlauben

insbesondere für den Einzelfall *START AGAIN* ein differenzierteres Profil der austretenden Klientel zu zeichnen. Dazu werden wir in fallspezifisch adäquater Weise **drei Austrittsklassen**, nämlich **Frühabbrecher/innen**, **Spätabbrecher/innen** und **Durchläufer/innen**, bilden und ihr Profil im Detail diskutieren.

Ähnlich wie in Kapitel 4 halten wir uns in den nachfolgenden Unterabschnitten an die Konvention, dass, *falls wir ohne explizite Jahresangaben von der StA-Klientel bzw. von der FOS-Poolklientel sprechen, wir uns immer auf kumulierte Austrittsdatensätze der Jahre 1995 bis 1997 beziehen*.¹ Für *START AGAIN* bedeutet dies eine Stichprobe von **85 austretenden Klient/inn/en** und für den FOS-Pool eine Stichprobe von **1'619 austretenden Klient/inn/en**.² Bilden an einer gewissen Stelle andere Datensätze die Grundlage einer Aussage, wird das ausdrücklich vermerkt.

Als **Zusammenfassung** der Analysen in den nachfolgenden Unterabschnitten hier kurz die wichtigsten empirischen Resultate:

Was die Situation bei Austritt im Wesentlichen in den Jahren 1995 bis 1997 anbelangt, *so zeigt sich beim Vergleich von START AGAIN mit dem FOS-Pool nicht das gleiche generell homogene Bild, wie wir es beim Vergleich der Eintrittsdaten dieser Jahre (s. Kapitel 4) gefunden haben. Die wichtigsten Merkmale von START AGAIN und die statistisch relevanten Unterschiede zum FOS-Pool sind dabei hinsichtlich folgender Punkte auszumachen:*

- **Therapieaufenthaltsdauer**

Während in *START AGAIN* wie im FOS etwa ein Viertel (26%) aller Austritte innerhalb der ersten drei Monate geschieht, sind Austritte aus *START AGAIN* nach 3 bis 12 Monaten weniger häufig als im FOS-Mittel (StA: 34%; FOS: 40%). Hingegen sind Austritte nach 12 bis 18 Monaten tendenziell häufiger (StA: 37%; FOS: 29%). Eher seltener als im FOS sind in *START AGAIN* Therapieaufenthalte von mehr als 24 Monaten (StA: 2%; FOS: 5%).

Die durchschnittliche Aufenthaltszeit der StA-Klientel (Oktober 1992 bis März 1998: 9.8 ± 7.4 Mte) und der FOS-Poolklientel (der Jahre 1996 und 1997: 9.4 ± 7.6 Mte) sind praktisch gleich.

¹ Dabei werden alle kumulierten Häufigkeiten, die sich auf die FOS-Jahresstatistiken stützen, von uns selbst berechnet.

² Natürlich werden nicht alle Fragen von allen befragten Klient/inn/en beantwortet bzw. können gar nicht von allen beantwortet werden. Die jeweiligen Gesamtzahlen von Antworten, auf denen die nachfolgenden Aussagen beruhen, sind alle aus den Tabellen im Anhang A9 ersichtlich. Detaillierte Angaben zu den jeweiligen Zahlen von "valid cases" und "missing cases" müssen, falls nicht aus den hier gegebenen Daten errechenbar, den Tabellenanhängen in den Referenzen der Fussnoten 1 bis 5 in Kapitel 4 entnommen werden.

Speziell im Fall von *START AGAIN* gilt bezüglich "missing FOS-data", dass bei total 93 Klient/inn/en, die in den Jahren 1995 bis 1997 aus der Einrichtung ausgetreten sind (Abbrecher/innen und Durchläufer/innen zusammen), für 85 (d.h. 91%) ein FOS-Austrittsbogen ausgefüllt wurde. Die fehlenden 8 Klient/inn/en gehören typischerweise der Subklientel der StA-Frühabbrecher/innen an. Wir betonen jedoch, dass im Fall der unten aus den FOS-Daten ausgewählten Statistiken keine Datensätze zur Diskussion gebracht werden, wo "missing data" die Resultate qualitativ verändern könnten.

Basieren nachfolgende Diskussionen des Weiteren auf Daten der StA-internen Statistik, so gibt es *keine* "missing cases".

Wie die genauen Verhältnisse im Fall der FOS-Pooldaten sind, ist leider nicht bekannt und, da alle FOS-Erhebungen auf Freiwilligkeit basieren, auch nur schwer zu eruieren. Nachfrageerfahrungen seitens der Koordinationsstelle des FOS legen jedoch nahe, dass die Erhebungen der Pooldaten "zumeist komplett" sind (DOBLER-MIKOLA und GRICHTING, priv. Mitteilung, Herbst 1998).

- **Austrittsmodalität**

Kumuliert über die Zeit von Oktober 1992 bis März 1998 finden wir für *START AGAIN*, dass etwa 1/3 (genau 32%) der Klientel die Therapie früh, d.h. nach 1.8 (\pm 1.1) Monaten, abbricht, 1/4 (26%) bricht in der zweiten Hälfte ab, d.h. typischerweise nach etwa 8.7 (\pm 3.9) Monaten, und der Rest (43%) durchläuft das ganze Therapieprogramm mit einer Aufenthaltszeit von etwa 16.5 (\pm 5.1) Monaten.

Im Fall der Abbrecher/innen kann in *START AGAIN* etwa in der Hälfte der Fälle (53%) eine Anschlussgestalt erarbeitet werden (im FOS gilt dies für höchstens 30% der Abbrüche), und von den Durchläufer/inne/n machen gute zwei Drittel (70%) vom Nachsorgeangebot von *START AGAIN* Gebrauch.

Für die ersten fünfeinhalb Betriebsjahre von *START AGAIN* gilt, dass statistisch gesehen freiwillig Eingetretene eindeutig häufiger das Therapieprogramm durchlaufen und regulär austreten (37 Durchläufer/innen unter 69 Eintirten, also 54%) als unfreiwillig Eingetretene, (wo es 37 Durchläufer/innen unter 105 Eintirten, also 35% sind).

Statistisch gesehen wird im Fall von *START AGAIN* die Therapie von Frauen und Männer etwa gleich häufig früh abgebrochen (33% aller Frauen und 31% aller Männer). In der zweiten Hälfte des Therapieprogramms brechen Frauen (36%) jedoch häufiger ab als Männer (23%) und entsprechend beenden Männer (46%) etwas häufiger als Frauen (31%) regulär das gesamte Therapieprogramm von *START AGAIN*.

- **Abbruchanalyse im Fall von *START AGAIN***

Als weitaus häufigster Abbruch- bzw. Ausschlussgrund zeigt sich in *START AGAIN* der Rückfall in den Konsum harter Drogen, sei es als ausschliesslicher Grund oder als Mitgrund neben weiteren gravierenden Verstössen gegen Therapie- oder Hausregeln. Unter 100 Abbrüchen oder Ausschlüssen von *START AGAIN* (sowohl Früh- wie Spätabbrecher/innen) stehen 79 im Zusammenhang mit einem Rückfall in den Drogenkonsum. In knapp der Hälfte dieser Fälle (48%) konnte jedoch eine Anschlussgestalt an den Therapieaufenthalt in *START AGAIN* erarbeitet werden. Therapieabbrüche sind somit nicht pauschal als Misserfolge zu bewerten.

- **Strukturelle und rechtliche Situation bei Austritt bzw. Übertritt in AWG**

Was die Erwerbssituation bei Austritt anbelangt, so unterscheidet sich die Situation bei *START AGAIN* nicht wesentlich von jener im FOS-Pool: In beiden Fällen geben insbesondere etwa ein Viertel der Austretenden an, vollzeit-erwerbstätig zu sein (d.h. mehr als 60% zu arbeiten).

Während je etwa 39% der StA-Klientel und der FOS-Poolklientel bei Austritt angeben, dass sie ihren Lebensunterhalt durch den "eigenen Arbeitslohn" finanzieren, gilt, dass gegenüber dem FOS-Pool im Fall von *START AGAIN* AHV/IV-Rente, Sozialhilfe, Fürsorge und Arbeitslosenunterstützung alle tendenziell weniger häufig als Finanzierungsquelle des eigenen Lebensunterhalts genannt werden. Die Institutionsabhängigkeit der austretenden StA-Klientel scheint etwas geringer zu sein als bei der austretenden FOS-Poolklientel.

Was die Wohnsituation nach Austritt anbelangt, so unterscheidet sie sich im Fall von *START AGAIN* wesentlich von der beim FOS-Pool: Während z.B. 54% der austretenden StA-Klient/inn/en in einer gemieteten oder eigenen Wohnung/WG wohnen, so trifft dies nur für 20% der FOS-Poolklientel zu, und einem Anteil von 21% der austretenden StA-Klientel, der "in einer Institution (stationär oder teilstationär), in betreutem Wohnen oder einer AWG" Unterkunft hat, steht im FOS-Pool ein solcher von 37% gegenüber. Nehmen wir die Wohnsituation nach Austritt als einen Indikator für einen gewissen Grad an Selbständigkeit, so verstärkt sich hier für *START AGAIN* die Tendenz, die sich be-

reits im Zusammenhang mit der Finanzierung des Lebensunterhalts abzuzeichnen begonnen hat: Der durchschnittliche Selbständigkeitsgrad der austretenden StA-Klient/inn/en scheint, empirisch gesehen, tendenziell grösser zu sein als jener der FOS-Poolklient/inn/en.

Unterschiede, die die rechtliche Situation bei Austritt betreffen (z.B. prozentual mehr straf- und zivilrechtliche Ansprüche, bedingte Entlassungen aus Massnahme und Schutzaufsichten bei StA-Klient/inn/en verglichen mit FOS), lassen sich aus dem hohen Massnahmeklient/inn/en-Anteil von *START AGAIN* (etwa 2/3 der Klientel) erklären.

- **Soziale Kontakte bei Austritt bzw. Übertritt in AWG**

43% der StA-Klientel gegenüber 27% des FOS-Poolklientel geben an, dass sie in einer "festen Beziehung" leben. Dabei zeigt sich, dass der Therapieaufenthalt für das Eingehen neuer Partnerschaften (oder allgemeiner, neuer diffuser Sozialbeziehungen) einen hilfreichen und damit wichtigen Rahmen bietet. Gestützt auf den Indikator "Partnerschaften mit Personen ausserhalb der Einrichtung" scheint die Aussenorientierung der StA-Klientel, empirisch gesehen, grösser zu sein als im FOS-Pool (StA: 44%; FOS: 24%). Dieser Umstand, ist mit der strukturellen Offenheit von *START AGAIN* verträglich.

Ganz ähnlich zur Situation bei Eintritt finden wir, dass die StA-Klientel die diffusen Sozialbeziehungen zu den Angehörigen der Herkunftsfamilien generell häufiger als "gute Kontakte" bewertet als dies in der FOS-Poolklientel der Fall ist (StA: 31% bis 54%; FOS: 22% bis 46%). In beiden Fällen wird die Rangordnung "guter sozialer Kontakte" von den Beziehungen zu den Geschwistern angeführt, es folgt die Mutterbeziehung und am wenigsten häufig wird die Vaterbeziehung als gut bezeichnet.

9.1 Angaben zum Therapieaufenthalt und zur Austrittsmodalität

9.1.1 Verteilung der Gesamtdauer des Therapieaufenthaltes

Abb. 9.1.1-1 gibt die Verteilung der Gesamtaufenthaltsdauer aller zwischen dem 1. Oktober 1992 und 31. März 1998 aus *START AGAIN* ausgetretenen Klient/inn/en im Vergleich zur ausgetretenen FOS-Poolklientel der Jahre 1995 bis 1997. Es werden dabei *sowohl* die regulären Therapieaustritte *wie auch* die Therapieabbrüche berücksichtigt; s. auch Tabelle A9.1-3 im Anhang A9. Hinsichtlich Interpretation ist es wichtig an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass im FOS stationäre Therapieeinrichtungen zusammenschlossen sind, deren *reguläre* Therapiedauern zum Teil ganz unterschiedlich sind.

Aus der Abbildung geht hervor, dass sowohl in *START AGAIN* wie allgemein im FOS ein guter Viertel der Therapieaustritte innerhalb der ersten drei Monate geschieht. Im Fall von *START AGAIN* bilden diese Austritte den grössten Teil der Klasse der sogenannten Frühabbrecher/innen, wie wir unten im Detail noch ausführen werden; vgl. Unterabs. 9.1.4.1.

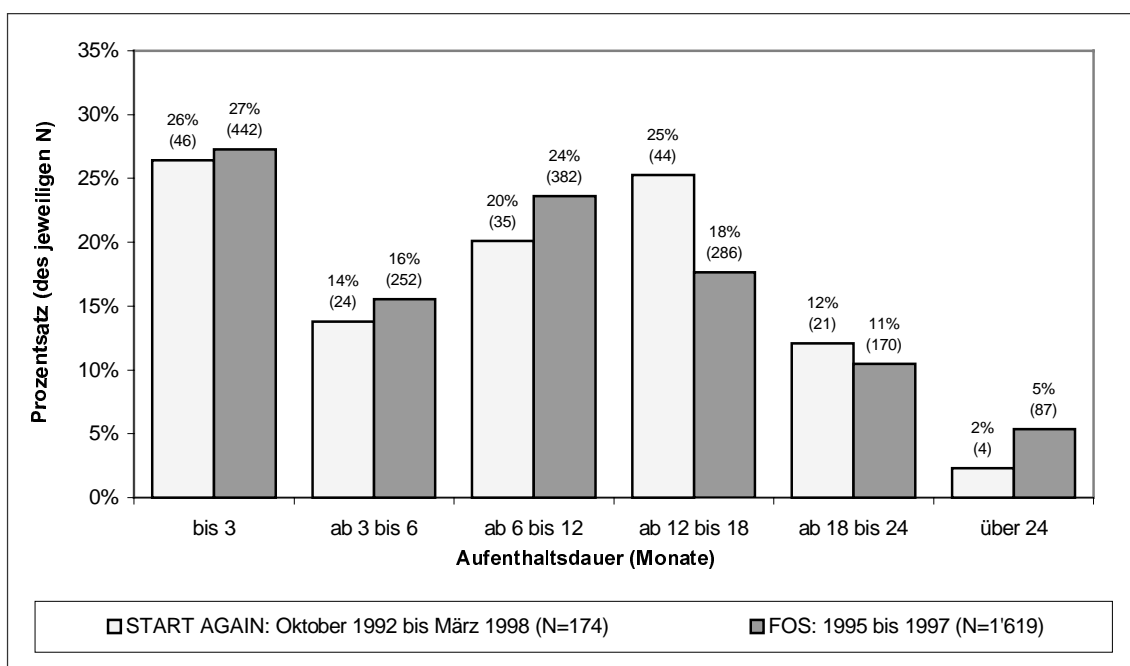
Weniger häufig als im FOS-Mittel sind Austritte aus START AGAIN nach 3 bis 12 Monaten (StA: 34%; FOS: 40%), hingegen sind Austritte nach 12 bis 18 Monaten tendenziell häufiger (StA: 37%; FOS: 29%). Nur halb so häufig wie im FOS sind in START AGAIN zudem Therapieaufenthalte von mehr als 24 Monaten (StA: 2%; FOS: 5%).

In der Zeit von Oktober 1992 bis März 1998 dauerte der kürzeste Aufenthalt in *START AGAIN* einen Tag und der längste 1033 Tage, was eine geringere Spanne darstellt als im

FOS-Pool der Jahre 1996 und 1997,³ wo der kürzeste Aufenthalt ebenfalls einen Tag betrug, der längste jedoch 1330 Tage. Gemäss bayesischer Analyse⁴ sind für die StA-Gesamtklientel von Oktober 1992 bis März 1998 und die FOS-Poolklientel der Jahre 1996 und 1997 die durchschnittliche Aufenthaltszeit (StA: 9.8 Mte; FOS: 9.4 Mte) und ihre Streuung (Standardabweichung) (StA: 7.4 Mte; FOS: 7.6 Mte) mit einer (posterioren) Wahrscheinlichkeit von 88% gleich.⁵ D.h., was die mittlere Gesamtdauer der Therapieaufenthalte anbelangt, so unterscheidet sich der Wert von *START AGAIN* für die Zeitspanne von Oktober 1992 bis März 1998 nicht vom mittleren FOS-Wert der Jahre 1996 und 1997.

Differenziertere Betrachtungen zur Therapiedauer im Fall verschiedener Subklientele von *START AGAIN* geben wir unten in Unterabs. 9.1.4.1 nach ein paar Ausführungen zu verschiedenen Austrittsmodalitäten und nach der Definition verschiedener Austrittsklassen von Klient/inn/en.

Abb. 9.1.1-1 Verteilung der Gesamtdauer des Therapieaufenthaltes der gesamten zwischen Oktober 1992 und März 1998 aus *START AGAIN* ausgetretenen Klientel im Vergleich zur ausgetretenen FOS-Klientel der Jahre 1995 bis 1997



³ Nur für die beiden Jahre 1996 und 1997 sind die entsprechenden detaillierten Zahlen für den FOS-Pool verfügbar; vgl. Tabelle A9.1-3, die sich auf DOBLER-MIKOLA, GRICHTING und REICHLIN (1997a) und GRICHTING, DOBLER-MIKOLA und REICHLIN (1998a) stützt.

⁴ Vgl. Unterabs. 2.3.3. und STUDER (1996a,b).

⁵ M.a.W.: Das Wahrscheinlichkeitsverhältnis für "Mittelwert und Streuung sind je gleich" zu "mindestens einer dieser beiden Werte ist verschieden" beträgt 7.6:1.

9.1.2 Anzahl Therapieunterbrüche bzw. "Motivationsaufenthalte"

Konsumiert eine Klientin oder ein Klient während dem Therapieaufenthalt in *START AGAIN* harte Drogen (typischerweise Heroin oder Kokain) oder über einige Zeit wiederholt Alkohol oder Cannabis bzw. verstösst sie oder er stark gegen die Therapie- oder Hausregeln, dann wird dieses Ereignis gemäss dem Therapieverständnis von *START AGAIN* erst einmal als sogenannter **Vorfall** gesehen, aus dem grundsätzlich eine Vielzahl therapeutisch bedeutsamer Schritte hervorgehen *kann*.

Im ersten Schritt geht es jeweils darum, gemeinsam mit der Klientin oder dem Klienten das Vermögen, die Bereitschaft oder die Gewilltheit auszuloten, auf dem abstinenzorientierten suchtherapeutischen Weg von *START AGAIN* weiterzugehen, um dann in Abhängigkeit davon entweder die dafür notwendigen Rahmenbedingungen neu auszuhandeln oder den Austritt aus der Einrichtung bzw. den Übertritt in eine andere Einrichtung zu regeln. Ein wichtiges Element in der konkreten Realisierung dieses Klärungs- und Aushandlungsprozesses bildet im Fall von *START AGAIN* typischerweise ein ein- bis zweiwöchiger Aufenthalt in einer Entzugsstation. Dieser Aufenthalt dient dabei nicht einer körperlichen Entgiftung, sondern vielmehr einerseits dem Schutze der anderen Klient/inn/en der Einrichtung und andererseits dazu, der betroffenen Person einen Reflexionsraum zur Ergründung der eigenen Motivationslage zu geben. Im Jargon von *START AGAIN* wird ein solcher Aufenthalt daher als **Motivationsaufenthalt** bezeichnet.

In den Jahren 1995 bis 1997 hat ein guter Viertel (28%) der gesamten ausgetretenen StA-Klientel einmal oder maximal zweimal einen solchen "Therapieunterbruch" vorgenommen. Im FOS-Pool gibt genau ein Viertel (25%) der Ausgetretenen an, einen bis maximal fünf Therapieunterbrüche von "mindestens 24 Stunden bis maximal 6 Monate" aufzuweisen, wobei diese Unterbrüche inhaltlich jedoch nicht näher bestimmt sind; vgl. Tabellen A9.1-1 und A9.1-2.

9.1.3 Vergleich der Austrittsmodalitäten bei *START AGAIN* und im FOS-Pool

Eine aus professionell-therapeutischer Sicht wichtige Frage im Zusammenhang mit dem Therapieaufenthalt ist die nach der **Modalität des Therapieaustritts**. Im Rahmen von Fallrekonstruktionen hat sich in *START AGAIN* immer wieder gezeigt, dass der Austritt als eine letzte zum Teil sehr wirkungsvolle therapeutische Interventionsmöglichkeit gestaltet werden kann, und das unabhängig davon, ob er "regulär gemäss Therapiekonzept" oder "irregulär" i.S. eines vorzeitigen Austritts geschieht. Im letzteren Falle ist es daher angemessen zwischen irregulären Austritten, die "im gegenseitigen Einverständnis und mit gemeinsam ausgehandeltem Anschluss" (z.B. Übertritt in eine andere stationäre oder ambulante Therapie, (Wieder-)Eintritt in den Strafvollzug oder Rückkehr in die Herkunftsfamilie etc.) geschehen, und solchen, die "ohne gegenseitiges Einverständnis" (d.h. unvermittelt und ohne weitere therapeutische Rahmung) geschehen, zu unterscheiden. Tabelle A9.1-4 gibt die detaillierten Zahlen für die verschiedenen Austrittsunterklassen.

Für die Jahre 1995 bis 1997 gilt, dass etwa die Hälfte (StA: 53%, FOS: 49%) der ausgetretenen Klient/inn/en die Therapie regulär abgeschlossen haben.

In Bezug auf die je andere, irregulär ausgetretene Hälfte gilt, dass in *START AGAIN* für gut die Hälfte davon (55% der irregulären Austritte) gemeinsam ein Anschluss erarbeitet werden konnte. Wie die Verhältnisse im FOS-Pool liegen, ist nicht genau bekannt, da die erhobene Kategorie "irregulärer Austritt, im gegenseitigen Einverständnis" nicht notwendigerweise den Schluss zulässt, dass eine Anschlussgestalt ausgehandelt wurde.

Die entsprechende Zahl von einem knappen Drittel (31% der irregulären Austritte) gibt somit einen allfälligen Maximalanteil dafür, dass im FOS-Pool bei den Abbrecher/innen Anschlussgestalten erarbeitet werden.

Trotz Uneindeutigkeit der Daten können wir daraus folgern, dass, *was das Aushandeln von Anschlussgestalten bei frühzeitigem Therapieabbruch betrifft, ein ausgeprägter Unterschied zwischen START AGAIN und dem FOS besteht. Dieser Unterschied kann als Ausdruck der für START AGAIN charakteristischen allgemein "Aushandlungsfreudigkeit" interpretiert werden.*

Zwei sehr kleine Klassen, was ihre Häufigkeiten anbelangt (im FOS-Gesamtschnitt je etwa 0.2%), bilden Austritte infolge Suizids oder infolge von Tod aus anderem Grund (Überdosis, Krankheit etc.). In ihrer Auswirkung auf die betroffene Einrichtung ziehen solche Austritte jedoch naturwüchsigerweise intensive Krisen nach sich, die nach Bewältigungsarbeit rufen.

Im Fall von *START AGAIN* fällt in die Zeit zwischen 1995 und 1997 je ein Fall von **Suizid** und **Überdosis**. Beide Fälle haben auf allen Ebenen von *START AGAIN* (Leitung, therapeutisches Personal und Klientel) intensive Prozesse der kritischen Konzept-, Team- sowie Selbstreflexion hervorgerufen mit der Konsequenz, dass die beteiligten Personen und die Einrichtung als ganze, wie es als Folge der gelungenen Bewältigung solcher Krisen häufig der Fall ist, gereift und gestärkt aus diesem Prozess hervorgegangen sind: eine Reife und Stärke, die gewachsen sind im Spannungsfeld zwischen angemessener aber nicht selbstzerfleischender Selbstkritik und bewusst vergegenwärtigtem, nüchternem Selbstwert; s. auch die Bemerkungen in Unterabs. A5.1.5 im Anhang- und Vertiefungsteil.

Um die Austrittsverhältnisse im Fall von *START AGAIN* noch etwas differenzierter analysieren zu können, geben wir in Tabelle A9.1-4 für *START AGAIN* auch die Zahlen regulärer und irregulärer Austritte für die Gesamtzeit von Oktober 1992 bis März 1998. Es fällt dabei auf, *dass in den ersten Betriebsjahren von START AGAIN (1992 bis 1994) Therapieaufenthalte eindeutig öfters vorzeitig abgebrochen wurde als 1995 bis 1997*, wobei jedoch der Anteil an irregulären Austritten, bei denen ein Anschluss erarbeitet werden konnte, ungefähr gleich gross war wie zwischen 1995 und 1997; vgl. auch Abb. 9.1.4-1 im folgenden Unterabschnitt.

Diese Feststellung ist im Zusammenhang mit der grossen Nachfrage nach stationären Therapieplätzen zu Beginn der 90er Jahre zu sehen, einer Zeit, wo noch offene Drogenszenen in den grossen Schweizer Städten vorzufinden waren,⁶ wo es noch keine Ausweitung der ärztlichen Verschreibung von Heroin und Morphin gab⁷ und Kostengut-sprachen für stationäre Therapie durch kommunale Fürsorgebehörden oder kantonale Justizämter sowie Defizitgarantien etwa durch das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) wesentlich weniger restriktiv gehandhabt wurden als heute.

Des Weiteren führen wir im folgenden Unterabs. 9.1.4 drei für den Einzelfall *START AGAIN* adäquate Austrittsklassen ein und diskutieren deren Profil unter Berücksichtigung von Variablen wie Aufenthaltsdauer, Eintrittsmodalität und Geschlecht. In Unterabs. 9.1.5 geben wir schliesslich eine detaillierte Analyse der vorzeitigen Abbrüche für den Fall von *START AGAIN*.

⁶ Für Zürich haben wir beispielsweise die Schliessung der offenen Szene am Plattspitz im Februar 1992 und am Letten im Februar 1995; vgl. KRAUSHAAR und LIEBERHERR (1996).

⁷ Gestützt auf eine Verordnung des Bundesrats vom Oktober 1992 wird Anfang 1994 mit der ärztlichen Verschreibung von Heroin (250 Plätze), Morphin (250 Plätze) und intravenös verabreichtem Methadon (200 Plätze) an schwerstsuchtliche Drogenabhängige begonnen. Im Mai 1995 wurde eine Ausweitung der Versuche auf maximal 1'000 Plätze, davon 800 für Heroin, bewilligt; vgl. UCHTENHAGEN *et al.* (1996).

9.1.4 Die drei *START AGAIN*-Austrittsklassen der Durchläufer/innen, Spät- und Frühabbrecher/innen

Um im Fall von *START AGAIN* die Situation bei Austritt angemessen differenziert zu analysieren, hat es sich als falladäquat erwiesen, in Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer und damit des Partizipationsgrades am therapeutischen Programm, **drei Klassen von austretenden Klient/inn/en** zu unterscheiden: **Frühabbrecher/innen, Spätabbrecher/innen und Durchläufer/innen.**⁸

In der Zeit zwischen dem 1. Oktober 1992 und 31. März 1998 sind **174 Klient/inn/en** aus *START AGAIN* ausgetreten, die sich wie folgt auf diese drei Klassen verteilen.

9.1.4.1 Die wichtigsten Merkmale der drei Austrittsklassen

Detailliertere Datenangaben zu diesen Klassen finden sich in den Tabellen A9.1-5 bis A9.1-7 im Anhang A9.

- **Frühabbrecher/innen (F) oder frühe Drop-Outs**

Der Abbruch findet bei Klient/inn/en dieser Klasse in Phase I bzw. in drei Fällen gerade zu Beginn der Phase II des Therapieprogramms von *START AGAIN* statt.

Anzahl: **55**

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Frühabbrecher/innen in *START AGAIN* beträgt:

1.78 ± 1.14 Monate bzw. in Tagen ausgedrückt, **54 ± 35 Tage.**⁹

Das durchschnittliche Alter bei Eintritt liegt bei **26.3 ± 5.4 Jahren.**

Das Zahlenverhältnis von Frauen zu Männern beträgt **12 zu 43**, und jenes von freiwillig zu unfreiwillig eingetretenen Klient/inn/en **17 zu 38.**

Bemerkung: Diese Therapieabbrüche können gemäss Rekonstruktion gewissermassen als *Austritte innerhalb einer ein- bis zweimonatigen "Probezeit"* konzeptualisiert werden, einer Probezeit, in der implizit (etwa im Zusammenleben mit anderen) oder explizit (z.B. in therapeutischen Gruppen oder Einzelgesprächen) die Therapiemotivation einer Klientin oder eines Klienten sowie die Verträglichkeit zwischen ihr oder ihm und der strukturell offenen, auf Begegnung hin angelegten Therapieform von *START AGAIN praktisch auf die Probe gestellt* wird. Für eine detaillierte Auflistung der als "Antwort" auf diese Prüfung gegebenen Abbruchgründe s. Tabelle 9.1.5-1 unten.

⁸ Eine ähnliche Unterteilung nehmen auch KAMPE und KUNZ (1983) vor.

⁹ Angaben von der Form $m \pm \sigma$ geben stets den Mittelwert m und die Standardabweichung σ (als Mass der Streuung der Daten) einer statistischen Variable an.

- **Spätabbrucher/innen (S) oder späte Drop-Outs**

Der Abbruch findet Ende Phase II oder in Phase III des Therapieprogramms von *START AGAIN* statt.

Anzahl: **45**

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in *START AGAIN*: **8.69 ± 3.86 Monate** bzw. in Tagen ausgedrückt, 265 ± 118 Tage.

Das durchschnittliche Alter bei Eintritt liegt bei **27.7 ± 5.6 Jahren**.

Das Zahlenverhältnis von Frauen zu Männern beträgt **13 zu 32**, und jenes von freiwillig zu unfreiwillig eingetretenen Klient/inn/en **15 zu 30**.

Bemerkung: Gemäss dem bis Anfang 1998 gültigen Therapiekonzept (vgl. Betriebs- und Konzeptgeschichte in Abschnitt 5.2) ist der Übertritt von Phase II nach Phase III als ein Schritt zu sehen, der allgemein gesprochen durch einen bedeutsamen Zuwachs an einerseits eingeräumter andererseits zu konsolidierender Autonomie und entsprechender Verantwortlichkeit gekennzeichnet ist: Vorgegebenes, bis anhin in der Gruppe gemeinsam Geplantes, Strukturiertes und z.T. Ausgeführtes wird nun weitgehend zu Aufgegebenem, zu etwas, das der individuellen Gestaltung und Realisierung unterliegt. Schrittweise wird auf die berufliche bzw. schulische und auf die soziale (Wieder-)Eingliederung hingearbeitet, d.h. die "Normalgesellschaft" wird wieder zu einem wichtigen, nicht ausblendbaren Bezugspunkt. Da im neuen Rahmen der Phase III alte (d.h. in der ersten Hälfte des Therapieprogramms etablierte) Routinen z.T. nicht mehr greifen, ist Krise latent. *Spätabbrucher/innen stellen nun grob gesprochen jenen Teil der Klientel dar, die diese Krise entweder nicht vollständig meistern oder an diesem Punkt den therapeutischen Prozess in einem anderen Rahmen fortsetzen wollen.*

- **Durchläufer/innen (D)**

Sie haben das ganze Therapieprogramm von *START AGAIN* durchlaufen, sind regulär ausgetreten und haben zum Grossteil (70%) von *START AGAIN*s Nachsorgeangebot Gebrauch gemacht bzw. gebrauchen dieses noch immer; vgl. Tabelle A9.1-7.

Anzahl: **74**

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in *START AGAIN*: **16.48 ± 5.05 Monate** bzw. in Tagen ausgedrückt, 502 ± 154 Tage.

Das durchschnittliche Alter bei Eintritt liegt bei **26.8 ± 5.3 Jahren**.

Das Zahlenverhältnis von Frauen zu Männern beträgt **11 zu 63**, und jenes von freiwillig zu unfreiwillig eingetretenen Klient/inn/en **37 zu 37**.

Abb. 9.1.4.1-1 und Abb. 9.1.4.1-2 geben eine graphische Veranschaulichung dessen, wie sich die Austrittszahlen bzw. die durchschnittlichen Aufenthaltsdauern für die verschiedenen Austrittsklassen der *START AGAIN*-Klientel: die Durchläufer/innen, die Spät- und die Frühabbrucher/innen, über die Jahre 1993 bis 1997 entwickelt haben; vgl. auch Tabelle A9.1-5.

Abb. 9.1.4.1-1 Anzahl Austritte für die Klassen der Durchläufer/innen, Spät- und Frühabbrecher/innen von 1993 bis 1997 sowie kumuliert für die gesamte Zeit zwischen Oktober 1992 und März 1998

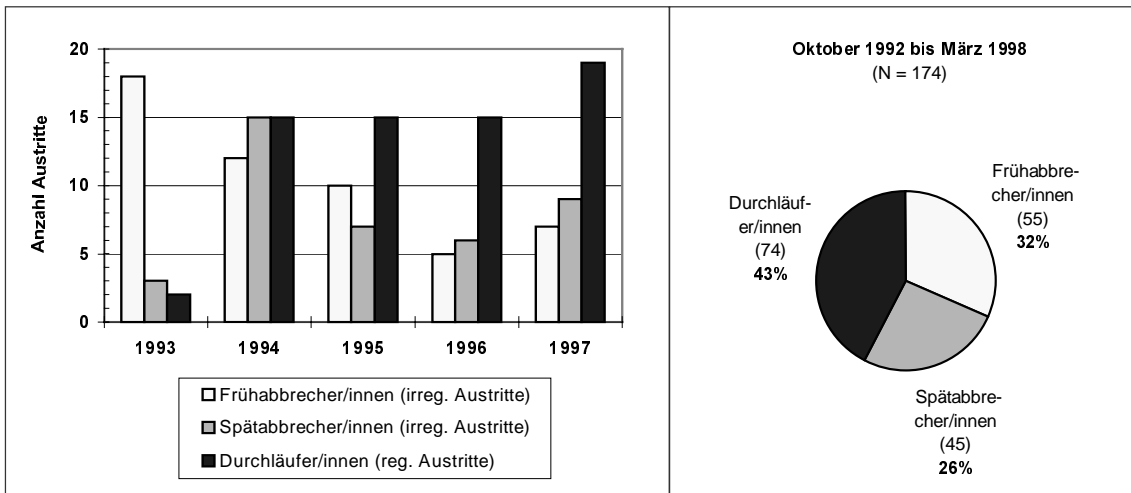
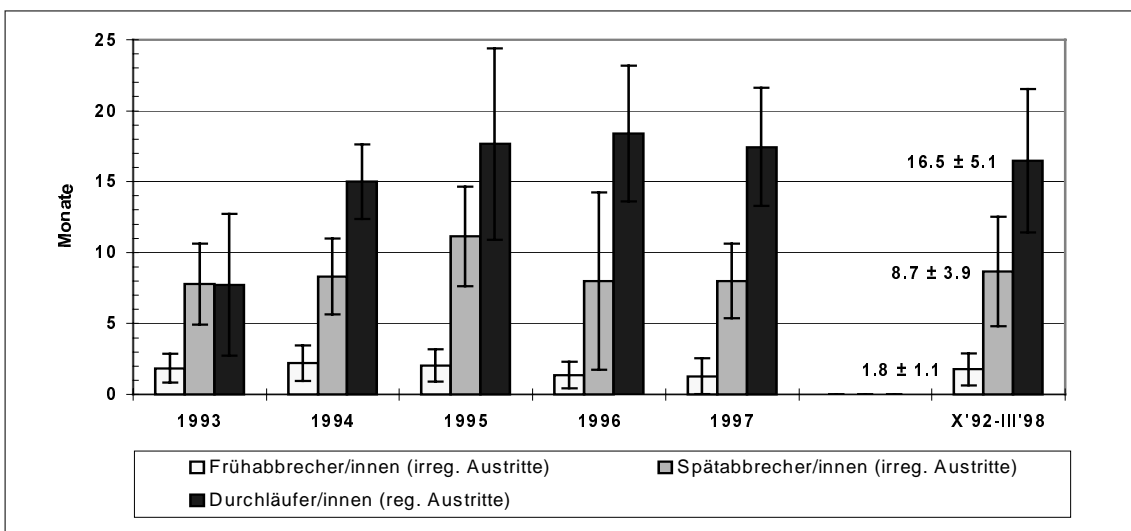


Abb. 9.1.4.1-2 Die durchschnittlichen *START AGAIN*-Aufenthaltszeiten und ihre Streuungen (\pm Standardabweichungen) für die Austrittsklassen der Durchläufer/innen, Spät- und Frühabbrecher/innen von 1993 bis 1997 sowie für die gesamte Zeit zwischen Oktober 1992 und März 1998



9.1.4.2 Eintrittsmodalitätenverhältnis bei den drei Austrittsklassen

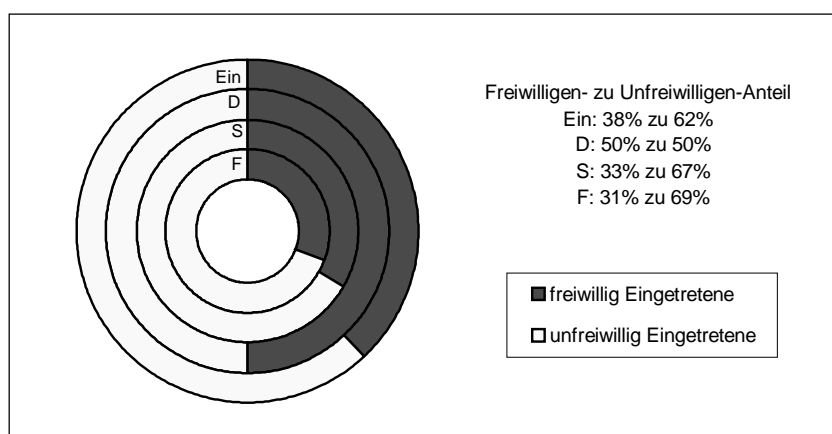
In der Zeit zwischen Oktober 1992 und März 1998 sind 74 Klient/inn/en freiwillig (38%) und 120 unfreiwillig (62%) in *START AGAIN* eingetreten; s. Abb. 4.2.1-1. In Abb. 9.1.4.2-1 wird im Vergleich zur Situation bei Eintritt (Ein) das **Eintrittsmodalitätenverhältnis** je für die Austrittsklasse der Durchläufer/innen (D), Spät- (S) und Frühabbrecher/innen (F) gegeben. Dabei stellen wir fest, dass der Anteil freiwillig Eingetretener unter den Früh- und Spätabbrecher/innen 7% bzw. 5% kleiner ist als unter allen Eintritten, und umgekehrt, dass er signifikante 12% höher liegt unter den Durchläufer/innen; s. Tabelle A9.1-6, wo zudem die Zahlen für frei- und unfreiwillig eingetretene Frauen bzw. Männer einzeln aufgeführt sind.

Anders formuliert: Unter den freiwillig (unfreiwillig) Eingetretenen brechen 24% (36%) früh ab, 22% (29%) brechen spät ab und 54% (35%) durchlaufen das ganze Programm.

Für die ersten fünf einhalb Betriebsjahre von START AGAIN gilt also, dass statistisch gesehen freiwillig Eingetretene mit 54% eindeutig häufiger das Therapieprogramm durchlaufen und regulär austreten als unfreiwillig Eingetretene, wo es 35% sind.

Aus entgegengesetztem Blickwinkel lässt sich hier auch eine durch Fallrekonstruktionen mehrfach gestützte These anfügen: "Therapie statt Strafe" als wesentlichste "Therapiemotivation" vermag einen Klienten oder eine Klientin nicht durch das ganze suchttherapeutische Programm von *START AGAIN* hindurchzutragen, d.h. eine bloße Instrumentalisierung der Therapie von *START AGAIN*, um dem Strafvollzug zu entgehen, kann kaum über die ganze Therapiedauer aufrecht erhalten bleiben. Vgl. dazu auch die Bemerkungen zu den Interviewausschnitten mit Kurt im Vertiefungsabschnitt A2.1.

Abb. 9.1.4.2-1 Vergleich für *START AGAIN* der Anteile von frei- und unfreiwillig Eingetretenen unter allen Eintritten (Ein), den Durchläufer/innen (D), Spät- (S) und Frühabbrecher/innen (F): Oktober 1992 bis März 1998

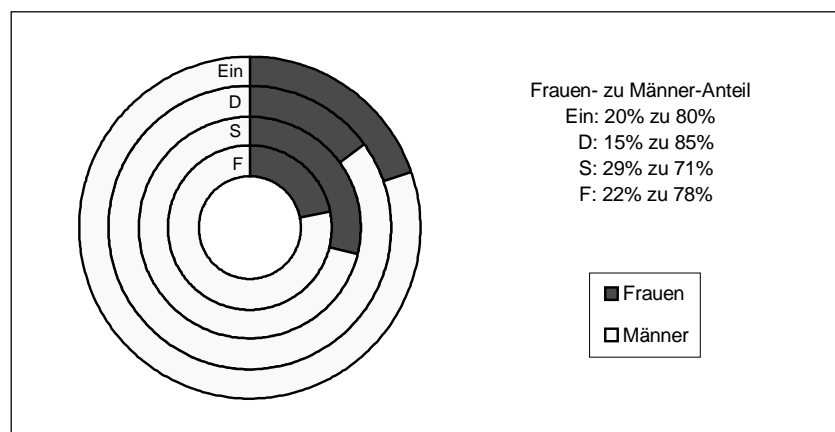


9.1.4.3 Geschlechterverhältnis bei den drei Austrittsklassen

Ebenfalls in der Zeitspanne zwischen Oktober 1992 und März 1998 sind 38 Klientinnen und 156 Klienten in *START AGAIN* eingetreten; s. Abb. 4.1.1-1. In Abb. 9.1.4.3-1 geben wir im Vergleich zum **Geschlechterverhältnis** von 20% Frauen zu 80% Männern bei Eintritt (Ein) das entsprechende Verhältnis je für die Austrittsklassen der Durchläufer/innen (D), Spät- (S) und Frühabbrecher/innen (F); vgl. Tabelle A9.1-6. Wir stellen

fest, dass in *START AGAIN* im Vergleich zu ihrem Anteil unter allen Eintritten Frauen unter den Spätabbrucher/innen über- und unter den Durchläufer/innen untervertreten sind, während das Verhältnis bei den Frühabbrucher/innen etwa gleich ist wie bei Eintritt.

Abb. 9.1.4.3-1 Vergleich für *START AGAIN* der Anteile von Frauen und Männern unter allen Eintritten (Ein), den Durchläufer/innen (D), Spät- (S) und Frühabbrucher/innen (F): Oktober 1992 bis März 1998



Anders ausgedrückt: Unter den Frauen (Männern) brechen 33% (31%) früh ab, 36% (23%) brechen spät ab und 31% (46%) durchlaufen das ganze Programm.

Im Fall von START AGAIN wird die Therapie von Frauen und Männer statistisch gesehen etwa gleich häufig früh abgebrochen (33% und 31%). Im zweiten Teil des Therapieprogramms (grob in der ersten Hälfte der Phase III) brechen Frauen mit 36% jedoch häufiger ab als Männer, wo es 23% sind, und entsprechend beenden Männer mit 46% etwas häufiger regulär das gesamte Therapieprogramm von START AGAIN als Frauen, wo es 31% sind.

Diese Einsichten bezüglich Abbruchhäufigkeiten werden wir in Abschnitt 10.2 im Zusammenhang mit der Frage nach dem "Therapieerfolg" weiter differenzieren. Es wird sich dort herausstellen, dass wenn in *START AGAIN* auch Frauen etwas häufiger als Männer die Therapie abbrechen, die Erfolgchance der Durchläuferinnen sicherlich nicht geringer ist als jene der Durchläufer.

Im Gegensatz zur Situation bei *START AGAIN* finden GRICHTING *et al.* (1998a: 73) für die FOS-Poolklientel des Jahres 1997, dass Frauen leicht häufiger als Männer die Therapie durchlaufen und regulär beenden. Ihre Konklusion ist dabei wie in DOBLER-MIKOLA (1996) die, dass "die Untervertretung der Frauen in therapeutischen Gemeinschaften statistisch gesehen keinen Beweggrund zu einem vorzeitigen Abbruch darstellt."

9.1.5 Detaillierte Abbruchanalyse für *START AGAIN*

Immer wieder hinschauen müssen
durch geöffnet einengende Räume
wenn sich alles in mir windet
mich ruhevoll treiben zu lassen
Erzwungenes Hinschaun:
Bis in die Wurzeln fault's schon
schüttelnde Erkenntnis, Sehnsucht
es sehnt sich so süchtig
weg, fort, was auch immer
Dass eine schöne Blüte
nur blühe, dich zu blenden
und wisse, wenn die Wurzel fault
taugt sie eh nur noch als Kompost
bis zum Absturz nur noch ein Wort:
Zudecken; dafür ist ja Kompost da
Uii, so viele faule Wurzeln
wie kaputte Zähne in meinem Mund
aushalten, durchbeissen; ist leicht gesagt
wenn's im Innern fremde Blüten treibt
und reisst und reisst und reisst und reisst
Müde, müde; immer wieder hinzuschauen
auch wenn ich weiss, es gibt kein dort
wenn ich's hier nicht hab, dann nirgends
dennoch, ich möchte meine innern Augen
schliessen können wie ein Buch.

Yves SOUTTER (1998: Stimmungsbild 36)

In Tabelle 9.1.5-1 sind die Häufigkeiten der verschiedenen Abbruch- bzw. Ausschlussgründe von 55 Früh- und 45 Spätabbrecher/inne/n aufgeführt, die alle *START AGAIN* in der Zeit zwischen Oktober 1992 und März 1998 vorzeitig verlassen haben bzw. verlassen mussten. Die aufgeführten Kategorien und ihre Auszählungen stützen sich auf die von *START AGAIN* verfassten Austrittsberichte, die bei Austritt einer Klientin oder eines Klienten an die kostentragende kommunale Fürsorge- bzw. kantonale Justizbehörde gesandt werden.

Der Abbruch- oder Ausschlussgrund **Drogen- bzw. Alkoholkonsum** bedeutet im Allgemeinen, dass typischerweise wiederholte Konsumepisoden eines/einer Klienten/in, seien sie innerhalb oder ausserhalb der Einrichtung geschehen, nicht (mehr) als Vorfälle und damit Teilschritte des Genesungsprozesses gesehen werden können; s. Unterabs. 9.1.2 oben. Der/die Klient/in vermag oder will die Anstrengung, *clean* zu leben, vorläufig nicht mehr unternehmen, das "Reissen" ist im Allgemeinen zu gross, als dass ihm widerstanden werden könnte, und es ist von einem **Rückfall** (*relapse*) mit der Konsequenz eines Austritts oder Ausschlusses zu sprechen. Dabei ist es aus therapeutischer

Tabelle 9.1.5-1 Statistik zu den Abbruch- oder Ausschlussgründen der Früh- und Spätabbrecher/innen von *START AGAIN*: Oktober 1992 bis März 1998

Abbruch-/Ausschlussgründe (nach Häufigkeit geordnet)	Frühabbrecher/innen			Spätabbrecher/innen			Total
	Anzahl	irregulär ohne An- schluss	irregulär mit An- schluss	Anzahl	irregulär ohne An- schluss	irregulär mit An- schluss	
Konsum harter Drogen	20	11	9	22	8	14	42
Drogen-/Alkoholkonsum und Beziehung	8	4	4	6	2	4	14
Wegbleiben	9	9		1	1		10
Drogen-/Alkoholkonsum und Gewalt	5	2	3	3	1	2	8
eigener Wunsch	4	1	3	3		3	7
Beziehung	3	2	1	4		4	7
Alkoholkonsum	3	3		2	1	1	5
<i>START AGAIN</i> strukturell zu offen	1		1	1		1	2
Kooperation verweigert	1		1	1		1	2
Überdosis/Suizid	0			2	1/1		2
körperliche Gesundheit	1		1	0			1
Total	55	32	23	45	15	30	100
späterer Wiedereintritt in <i>START AGAIN</i>	5	4	1	2	2		7

Sicht wichtig, wie bereits in Unterabs. 9.1.3 ausgeführt, zwischen irregulären Austritten, die "im gegenseitigen Einverständnis und mit gemeinsam ausgehandeltem Anschluss" geschehen, und solchen, die "unvermittelt und ohne Anschluss" geschehen, zu unterscheiden; Tabelle 9.1.5-1 gibt die entsprechenden Zahlen.

Gehen wir von der Erfahrung aus, dass in den meisten Fällen, in denen Klient/inn/en ohne weitere Kontaktnahme mit der Einrichtung **wegbleiben**, ebenfalls Drogenkonsum mit im Spiel ist, dann entnehmen wir Tabelle 9.1.5-1, dass 79 unter 100 Abbrüchen oder Ausschlüssen (Früh- und Spätabbrecher/innen zusammen) im Zusammenhang mit Rückfällen zu sehen sind. In knapp der Hälfte dieser Fälle (37 von 79) konnte jedoch eine Anschlussgestalt erarbeitet werden.

Bezüglich dem Abbruch- bzw. Ausschlussgrund **Beziehung** halten wir fest, dass in *START AGAIN* Beziehungen und Sexualkontakte innerhalb und ausserhalb der Einrichtung (Prostitution insbesondere eingeschlossen) dann zum Ausschluss führen, wenn sie nicht (mehr) als Ressource für den jeweiligen Genesungsprozess genutzt werden können und ein effektives therapeutisches Arbeiten nicht (mehr) zulassen bzw. stark behindern.

Alle anderen in Tabelle 9.1.5-1 aufgelisteten Abbruch- oder Ausschlussgründe sind selbsterklärend.

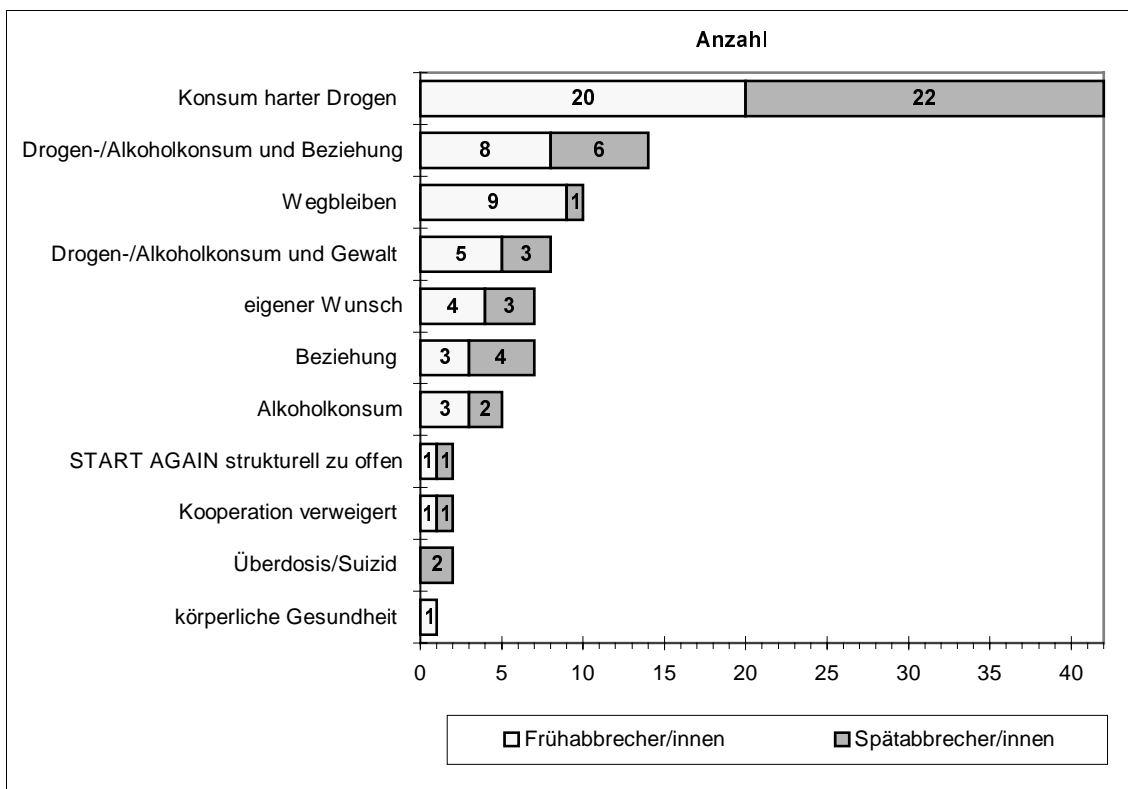
Um die Verteilung der verschiedenen Abbruch- oder Ausschlussgründe unter Früh- und Spätabbrecher/inne/n klarer sichtbar zu machen, gibt Abb. 9.1.5-1 eine graphische Darstellung der entsprechenden Häufigkeiten.

Zusammenfassend finden wir, dass zwischen Oktober 1992 und März 1998 unter den 55 Frühabbrecher/inne/n von *START AGAIN* bei 23 (42%) eine Anschlussgestalt erarbeitet werden konnte und entsprechend, dass unter den 45 Spätabbrecher/inne/n für 30 (67%)

eine Anschlussgestalt gefunden werden konnte. *Dies weist u.a. darauf hin, dass es nicht angemessen ist, Therapieabbrüche pauschal als Misserfolge zu beurteilen.*

Eine systematische Erfolgsbeurteilung der ausgetretenen Klient/inn/en von *START AGAIN* jeweils im zweiten Jahr nach Behandlungsaustritt geben wir in Kapitel 10.

Abb. 9.1.5-1 Graphik zu den Abbruch- bzw. Ausschlussgründen der Früh- und Spätabbrecher/innen von *START AGAIN*: Oktober 1992 bis März 1998



9.1.6 Bemerkung zu Wiedereinsteigern in *START AGAIN*

In der Zeitspanne zwischen Oktober 1992 und März 1998 sind im Fall von *START AGAIN* 10 Klienten *zweimal* ein- und ausgetreten. Fünf von ihnen haben das Programm beide Male frühzeitig abgebrochen, zwei haben es das erste Mal durchlaufen und das zweite Mal abgebrochen, wobei in all diesen Fällen Drogenkonsum als Abbruchursache mit im Spiel war. Drei Klienten haben das Programm das zweite Mal durchlaufen und dürfen als "erfolgreiche" (s. Unterabs. 10.1.2) Durchläufer erachtet werden.¹⁰

¹⁰ Ein Austritt liegt jedoch erst vier Monate zurück, was strikte genommen noch unter der von uns gewählten Katamnesezeit von mindestens einem Jahr liegt.

9.1.7 Finanzielle Regelung des Aufenthaltes

Im Fall von *START AGAIN* ist es so, dass, mit der Ausnahme von etwa einem teilweisen oder vollständigen Selbstzahler pro Jahr, Kostenträgerin und Eintrittsmodalität strikt gekoppelt sind, d.h.: Die Kosten der freiwillig Eintretenden (38%) werden stets durch die jeweilige kommunale öffentliche Fürsorge und jene der unfreiwillig Eintretenden (62%) durch das entsprechende einweisende Amt für Straf- und Massnahmenvollzug getragen. Für detaillierte Zahlen vgl. die Abschnitte 4.1 und 4.2.

Im FOS-Pool der Jahre 1996 und 1997 geben 71% der Antwortenden die öffentliche Fürsorge als Haupt- oder Teilzahlerin an, im Fall von 36% wird der Therapieaufenthalt im Rahmen des Massnahmenvollzugs finanziert. 14% der Antwortenden geben an Selbst- oder Teilselbstzahlerin zu sein, 15% bezeichnen die Krankenkasse als Haupt- oder Teilkostenträgerin und 2% sprechen von anderen Finanzierungsquellen.¹¹

9.2 Strukturelle und rechtliche Situation bei Austritt bzw. Übertritt in eine Aussenwohngruppe (AWG)

9.2.1 Erwerbssituation und Lebensunterhalt bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG

Was die **Erwerbssituation** bei Austritt anbelangt, so unterscheidet sich die Situation in den Jahren 1995 bis 1997 bei *START AGAIN* nicht wesentlich von jener im FOS-Pool: In beiden Fällen geben etwa ein Viertel der Ausgetretenen an, "vollzeit-erwerbstätig" zu sein (d.h. mehr als 60% zu arbeiten). 7% (StA) bzw. 3% (FOS) geben an, bei Austritt oder Übertritt "regelmässig teilzeit-erwerbstätig" zu sein, und 10% (StA) bzw. 6% (FOS) sind in Ausbildung. Der einzige markante Unterschied besteht darin, dass während im FOS 23% angeben, "nicht erwerbstätig und nicht auf Stellensuche" zu sein, es im Fall von *START AGAIN* nur 12% sind. Im Gegensatz dazu sind 4% (StA) bzw. 7% (FOS) "arbeitslos und auf Stellensuche". Für weitere Details s. Tabelle A9.2-1.

Um das vielfältige **Spektrum der Arbeitsfelder**, in denen beruflich (re-)integrierte Klient/inn/en von *START AGAIN* nach Therapieaustritt einem Erwerb nachgehen, greifbarer zu machen, hier ein (unvollständiger aber ziemlich repräsentativer) Auszug an beruflichen Tätigkeiten, die so verrichtet werden: Das Spektrum reicht vom Service im Gastgewerbe und vom Koch über Schichtarbeit in der Maschinenindustrie, Fahrradmechaniker, Automechaniker, Lastwagenchauffeur, Maler, Elektriker und Innendekorateur, über diverse kaufmännische Berufe in Handel und Verkauf, über soziale Arbeitstätigkeiten in der Alters- und Krankenpflege, als Nachtwache in *START AGAIN*, in der Kleinkindererziehung oder als Hausfrau, bis hin zum Discjockey und freischaffenden bildenden Künstler sowie zur Neu- oder Wiederaufnahme von höheren Studiengängen und deren Abschluss mit anschliessendem Berufseinstieg in den Bereichen Dolmetschen, Informatik und Theologie.

Im Rahmen der FOS-Befragungen werden für 17 Kategorien von möglichen **Finanzierungsquellen des eigenen Lebensunterhalts** bei Austritt oder Übertritt in eine AWG die Häufigkeiten des Zutreffens der entsprechenden Finanzierungsart erhoben, wobei Mehrfachantworten möglich sind. In Tabelle A9.2-2 sind die jeweiligen Zustimmungsg-

¹¹ Vgl. DOBLER-MIKOLA, GRICHTING und REICHLIN (1997a) und GRICHTING, DOBLER-MIKOLA und REICHLIN (1998a).

häufigkeiten unter den Antwortenden für die 8 wichtigsten Kategorien zusammengestellt. Diese Kategorien decken sich weitgehendst mit den 8 wichtigsten Kategorien der Lebensunterhaltsfinanzierung vor Therapieeintritt, die wir in Tabelle A4.2-4 zusammengestellt haben.

Auch wenn sich die jeweiligen Angaben der Jahre 1995 bis 1997 zur Finanzierungssituation des Lebensunterhalts *vor* und *nach* dem Therapieaufenthalt *nicht direkt* vergleichen lassen, da sie nicht auf den gleichen Stichproben beruhen, so fallen doch sowohl bei *START AGAIN* wie im FOS-Pool gleiche *Tendenzen* auf, die weiter zu untersuchen wären; vgl. Tabellen A4.2-4 und A9.2-2: (1) Der Anteil der eintretenden Klient/inn/en, die angeben, vor der Therapie finanziell durch die Eltern bzw. die Familie (die "ganze bzw. meiste Zeit" oder "zeitweise") getragen zu werden, ist grösser als der entsprechende Anteil unter den austretenden Klient/inn/en. (2) Die Häufigkeiten der Nennung von AHV/IV-Renten als Finanzierungsgrundlage des Lebensunterhalts sind bei der Eintritts- und der Austrittsbefragung gleich. (3) Sozialhilfe und Fürsorge werden bei der Austrittsbefragung der Jahre 1995 bis 1997 häufiger als Finanzierungsquelle genannt als bei der Eintrittsbefragung in den gleichen Jahren. (4) Umgekehrt verhält es sich bezüglich der Arbeitslosenunterstützung: Unter den austretenden Klient/inn/en geben prozentual eindeutig weniger Arbeitslosenunterstützung als Finanzierungsquelle des Lebensunterhalts an als unter den eintretenden Klient/inn/en in der gleichen Zeitspanne.

Zum Vergleich der StA-Klientel und der FOS-Poolklientel halten wir fest, dass von den in den Jahren 1995 und 1997 ausgetretenen Klient/inn/en in beiden Fällen etwa 39% angeben, dass sie bei Austritt ihren Lebensunterhalt durch den "eigenen Arbeitslohn" finanzieren.¹²

Gegenüber dem FOS-Pool werden im Fall von START AGAIN bei Austritt AHV/IV-Rente, Sozialhilfe, Fürsorge und Arbeitslosenunterstützung tendenziell weniger häufig als Finanzierungsquelle des eigenen Lebensunterhalts genannt; vgl. Tabelle A9.2-2. Die Institutionsabhängigkeit der austretenden StA-Klientel scheint damit etwas geringer zu sein als im Fall der FOS-Poolklientel.

Das sowohl für *START AGAIN* wie für den FOS-Pool gültige Resultat von *einem guten Drittel (39%) Arbeitsintegrierten bei Therapieaustritt* ist speziell vor jenem Hintergrund interessant, dass in *START AGAIN* gemäss seinem Therapiekonzept im Gegensatz zu vielen FOS-Einrichtungen explizite arbeitstherapeutische oder agogische Massnahmen während dem Aufenthalt nicht im Zentrum stehen, dass wohl aber im zweiten Teil des Therapieprogramms systematisch und in fallspezifischer Weise auf eine Arbeits- oder Ausbildungs(wieder)aufnahme hingearbeitet wird.

¹² Im Fall von *START AGAIN* stützt sich die Aussage auf 82 Antworten, d.h. es liegen 11 "missing cases" vor, da gemäss vollständiger interner Statistik in der entsprechenden Zeitspanne 93 Klient/inn/en aus der Einrichtung ausgetreten sind; vgl. Fussnote 2. Würden wir pragmatisch alle diese 11 Fälle als solche zählen, die ihren Lebensunterhalt *nicht* durch einen eigenen Arbeitslohn finanzieren, dann läge für *START AGAIN* der Prozentsatz jener, die dies tun, bei 34% an Stelle von 39%. D.h. die "missing cases" bewirken hier qualitativ *keinen* Unterschied.

Analoge Bemerkungen treffen für die anderen in diesem Unterabschnitt diskutierten Prozentzahlen zu. Über die *tatsächliche* Anzahl "missing cases" im Fall des FOS-Pools (d.h. wie viele von allen aus FOS-Einrichtungen Austretenden und da insbesondere der Frühabbrechenden keinen FOS-Austrittsbogen ausgefüllt haben) sind keine Zahlen bekannt.

9.2.2 Schuldensituation bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG

Die Situation bei den Austrittserhebungen von 1995 bis 1997 ist von den Schuldenprofilen her im Grossen und Ganzen ähnlich zu jener bei den Eintrittserhebungen dieser drei Jahre; vgl. Tabellen A4.2-5 und A9.2-3. Wir finden, dass auch bei Austritt im Schuldenprofil der StA-Klientel verglichen mit jenem der FOS-Poolklientel Schulden bis Fr. 30'000.– weniger häufig und hohe Schulden (über Fr. 30'000.–) tendenziell häufiger sind.

Gestützt auf FOS-Daten der beiden Jahre 1996 und 1997 finden wir zudem, dass während sowohl in *START AGAIN* wie im FOS-Pool etwa ein Viertel der Klientel angibt, bei Austritt keine Schulden zu haben bzw. diese schon saniert zu haben, in beiden Fällen je etwa die Hälfte sagt, dass sie mit einer Schuldensanierung noch nicht begonnen haben; vgl. Tabelle A9.2-3.

9.2.3 Wohnsituation bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG

Die Wohnsituation bei Austritt unterscheidet sich im Fall von START AGAIN markant von jener des FOS-Pools. Während sie für 12% (StA) bzw. 11% (FOS) der Antwortenden "unbekannt" ist, so gibt gut die Hälfte (54%) der austretenden StA-Klientel an, in einer/einem "gemieteten oder eigenen Wohnung/Haus oder WG" zu wohnen, was lediglich für einen Fünftel (20%) der austretenden FOS-Poolklientel zutrifft. Während ein Anteil von 17% der FOS-Klientel bei Austritt in einer "Angehörigenwohnung" lebt, sind es im Fall von *START AGAIN* 6%, und einem Anteil von 37% der austretenden FOS-Poolklientel, der "in einer Institution (stationär oder teilstationär), in betreutem Wohnen oder einer AWG" Unterkunft hat, steht bei *START AGAIN* ein solcher von 21% gegenüber. Die Kategorien "ohne feste Unterkunft" (StA: 1%; FOS: 5%) und "andere Formen wie Gefängnis etc." (StA: 4%; FOS: 6%) liegen statistisch gesehen etwa gleich häufig vor; vgl. Tabelle A9.2-4.

Nehmen wir die *Wohnsituation nach Austritt als einen Indikator für einen gewissen Grad an Selbständigkeit*, so verstärkt sich hier eine Tendenz, die sich für *START AGAIN* bereits in Unterabs. 9.2.1 abzuzeichnen begonnen hat: *Der durchschnittliche Selbständigkeitsgrad der austretenden Klient/inn/en scheint, empirisch gesehen, im Fall von START AGAIN etwas höher zu liegen als im FOS-Pool.*

9.2.4 Rechtliche Situation bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG

Was die rechtliche Situation bei Austritt anbelangt, so zeigt Tabelle A9.2-5, dass verglichen mit dem FOS-Pool im Fall von *START AGAIN* straf- und zivilrechtliche Ansprüche bei Austritt noch häufiger vorliegen (StA: 64%; FOS: 48%). Dieser Umstand ist im Zusammenhang mit dem grossen Massnahmeklient/inn/en-Anteil von *START AGAIN* (etwa 2/3 der Klientel) zu sehen. Vor dem gleichen Hintergrund sind auch die Anteile der StA-Klient/inn/en, deren Massnahme nach Austritt noch fort dauert oder die bedingt aus der Massnahme entlassen sind (z.T. mit Schutzaufsicht), je höher als die entsprechenden Anteile im FOS-Pool.

9.3 Soziale Kontakte bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG

9.3.1 Partnerschaft bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG

43% der StA-Klientel (27% des FOS-Pools) sagen, dass sie in einer "festen Beziehung" leben, für 8% (FOS: 16%) trifft eine "nicht sehr enge Beziehung" zu und 41% (FOS: 49%) haben keinen Partner oder keine Partnerin. Je 7% machen keine Angaben; vgl. Tabelle A9.3-1.

Betrachten wir den Zeitpunkt des Beginns der Partnerschaft, so zeigt sich für *START AGAIN*, dass zwei Drittel (67%) der Partnerschaften *während* dem Therapieaufenthalt eingegangen wurden, und zwar 23% mit Personen innerhalb und 44% mit solchen ausserhalb der Einrichtung. Im FOS-Pool trifft dies für gut die Hälfte (55%) der Klientel zu, mit einem Anteil von 31% mit Personen innerhalb und 24% mit solchen ausserhalb der jeweiligen Einrichtung. Der Anteil von Partner/inne/n, die nie Drogen konsumiert haben, liegt für die StA-Klientel bei 49% und für den FOS-Pool bei 34%. In beiden Fällen wird von etwa 12% der Partner/innen berichtet, dass sie aktuell Drogen konsumieren; vgl. Tabelle A9.3-1.

Zusammenfassung: Der Therapieaufenthalt stellt offensichtlich für das Eingehen neuer Partnerschaften (oder allgemeiner, neuer Sozialbeziehungen) einen hilfreichen und damit wichtigen Rahmen dar. Gestützt auf den Indikator "Partnerschaften mit Personen ausserhalb der Einrichtung" scheint die Aussenorientierung der StA-Klientel, empirisch gesehen, grösser zu sein als im FOS-Pool. Dieser Umstand, ist mit der strukturellen Offenheit von START AGAIN verträglich.

9.3.2 Soziale Kontakte zu Angehörigen der Herkunftsfamilie bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG

Qualitativ präsentiert sich das Bild hier ähnlich wie bei der analogen Frage der Eintrittsbefragung; vgl. Unterabs. 4.4.1: "Gute soziale Kontakte" bestehen hauptsächlich zu den Geschwistern (StA: 54%; FOS: 46%) und zur Mutter (StA: 51%; FOS: 35%). Seltenere sind "gute Kontakte" zum Vater (StA: 31%; FOS: 22%); für mehr Details s. Tabelle A9.3-2.

Ähnlich zur Situation bei Eintritt finden wir, dass, *verglichen mit dem FOS-Pool, die StA-Klientel die verschiedenen diffusen Sozialbeziehungen zu den Angehörigen der Herkunftsfamilien generell häufiger (StA: 31% bis 54%; FOS: 22% bis 46%) als "gute Kontakte" bewertet.* Bezüglich der Bewertung verschiedener familialer Beziehungen als "schwer belastete Kontakte" sind die Verhältnisse entsprechend umgekehrt (StA: zwischen 0% und 7%; FOS: zwischen 11% und 22%); s. Tabelle A9.3-2.

10 Empirische Effektevaluation gestützt auf die systematische Nachbeurteilung ausgetretener Klienten und Klientinnen von *START AGAIN*

In diesem Kapitel fassen wir Resultate zusammen, die forschungslogisch von ihrer empirischen Natur her zwar alle den gleichen Status haben, die zeitlich gesehen jedoch schrittweise im Verlaufe der Fallstudie erarbeitet wurden, und dabei stets rückgekoppelt waren an den rekonstruktiven Verstehensprozess der strukturalen Problematik suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis, der spezifischen Interventionslogik von *START AGAIN* sowie der konkreten Betriebs- und Konzeptgeschichte der Einrichtung.

Das Ziel der in diesem Kapitel zusammengefassten Untersuchungen war es, zum Zwecke einer periodischen, übersichtsmässigen Orientierung hinsichtlich des therapeutischen Geschehens in *START AGAIN* sowie zum Zwecke des Prüfens von Hypothesen bezüglich der spezifischen Wirksamkeit der verschiedenen Interventionsinstrumente, mit Hilfe einer systematischen **Kontrastierung von Subklientelen hinsichtlich ihrer Erfolgchancen** allfällig unterschiedliche Wirksamkeiten der Behandlung für verschiedene Subklientele festzustellen. Alle Subklientele wurden dabei in Verträglichkeit mit der therapeutischen Interventionspraxis der Einrichtung gebildet, d.h. insbesondere unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Partizipationsmöglichkeiten am Behandlungsprogramm.

Wir betonen hier, dass das primäre Ziel der Erfolgs- und Rückfall-Untersuchungen dieses Kapitels nicht ein vergleichendes Einsortieren von *START AGAIN* auf einer der vielen in der Literatur vorgeschlagenen Therapieerfolgsskalen ist,¹ sondern ein mit dem Therapieverständnis und der Handlungspraxis der Einrichtung konsistentes "*Diagnostizieren und Verstehen*" von Wirksamkeitsunterschieden der Behandlung bei unterschiedlichen Subklientelen sowie von Unterschieden, die sich allenfalls im Verlaufe der Zeit als Folge von sich verändernden betrieblichen wie politischen Rahmenbedingungen eingestellt haben.

Als angemessenste Kontrastierungsdimensionen, die wir unten diskutieren werden, haben sich für *START AGAIN* erwiesen: Geschlecht, Eintritts- und Austrittsmodalität sowie

¹ "Therapieerfolg bei Drogenabhängigen" wird in der Literatur heute noch immer in sehr uneinheitlicher Weise operationalisiert; für eine Diskussion verschiedener Definitionen von "Therapieerfolg" im Kontext abstinentenorientierter stationärer Suchttherapie s. DOBLER-MIKOLA, WETTACH und UCHTENHAGEN (1998). Wir werden den in der vorliegenden Fallstudie angewandten Erfolgsbegriff im Unterabs. 10.1.2 explizieren.

freiwillige Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an externen 10-tägigen *Vipassana*-Kursen, an systemischer Paar- und/ oder Familientherapie und am Nachsorgeangebot der Einrichtung.

10.1 Systematische Nachbeurteilung der Klient/inn/en von *START AGAIN* jeweils im zweiten Jahr nach Behandlungsaustritt (*outcome*-Evaluation)

10.1.1 Der allgemeine Rahmen der Nachbeurteilung

Um im Fall von *START AGAIN* die Situation bei Behandlungsaustritt differenziert analysieren zu können, hat es sich als falladäquat erwiesen, drei Klassen von austretenden Klient/inn/en zu unterscheiden: Frühabbrecher/innen, Spätabbrecher/innen und Durchläufer/innen; für die genaue Definition dieser Klassen s. Unterabs. 9.1.4.1. Bei allen katamnesticen Untersuchungen im Rahmen der vorliegenden Fallstudie haben wir diese Klasseneinteilung beibehalten.

Vom Gesamtverlauf der Fallstudie her gesehen² wurde je im Juni 1996, im Juli 1997 und im März und Juni 1998 eine systematische Nachbeurteilung all jener Durchläufer/innen von *START AGAIN* vorgenommen, die sich zum entsprechenden Zeitpunkt im 2. Jahr nach ihrem Behandlungsaustritt aus *START AGAIN* befanden. Im Rahmen der ersten Beurteilung im Juni 1996 wurde zudem der Rehabilitationsstatus der allerersten 5 Durchläufer/innen von *START AGAIN* untersucht, die sich damals typischerweise am Anfang ihres 3. Jahres nach Behandlungsaustritt befanden. Des Weiteren wurde im Juni 1998 der Rehabilitationsstatus von 8 Durchläufer/inne/n bestimmt, die alle der Betriebsphase IV von *START AGAIN* zuzurechnen sind, die zum Beurteilungszeitpunkt aber noch nicht ganz ein Jahr ausserhalb von *START AGAIN* lebten – zumindest aber ein gutes halbes Jahr.

Zahlenmässig bedeutet dies, dass in der vorliegenden Fallstudie der Rehabilitationsstatus von **58 Durchläufer/inne/n** mit Katamnesezeiten zwischen 1.00 und 2.46 Jahren untersucht wurde. Die durchschnittliche Katamnesezeit dieser Durchläufer/innen liegt bei 1.66 ± 0.44 Jahren. Zusammen mit den **8 Durchläufer/inne/n**, die im Juni 1998 beurteilt wurden und deren Katamnesezeiten zwischen 0.50 und 0.91 Jahren liegt, wurde somit der Rehabilitationsstatus von all jenen 66 Durchläufer/inne/n von *START AGAIN* bestimmt, deren Behandlungsschwerpunkt in die ersten vier Betriebsphasen von *START AGAIN* fällt, d.h. in die Zeit zwischen Oktober 1992 und März 1997; vgl. Abschnitt 5.2.

Im Rahmen der ersten beiden Nachbeurteilungen im Juni 1996 und Juli 1997 wurde schliesslich der Rehabilitationsstatus all jener **23 Spätabbrecher/innen** bestimmt, deren Behandlungsschwerpunkt in die ersten zwei Betriebsphasen von *START AGAIN* fällt, d.h. in die Zeit zwischen Oktober 1992 und März 1995; vgl. Abschnitt 5.2. Die Katamnesezeiten dieser Spätabbrecher/innen liegen zwischen 1.01 und 2.74 Jahren und der durchschnittliche Zeitraum beträgt 1.93 ± 0.50 Jahre.

Alle Nachbeurteilungen der erwähnten 89 Klient/inn/en wurden gemeinsam vom ehemaligen therapeutischen Bereichsleiter von *START AGAIN* für Phase III und die Nachsorge, Sergio MANTOVANI, und von mir [UMS] als Studienleiter durchgeführt. Daten-

² Wir erinnern daran, dass die Datenerhebungen für die vorliegende Fallstudie im Wesentlichen zwischen Juni 1995 und März 1998 erfolgte.

grundlage bildete jeweils einerseits die Gesamtheit der therapeutischen Aufzeichnungen während dem Therapieaufenthalt (d.h. seitens der Klient/inn/en: das Bewerbungsschreiben mit Lebenslauf, das Genogramm, Standorte etc. und vom therapeutischen Team: Klientenhefteinträge und Berichte), andererseits die Gesamtheit der der Nachsorge von *START AGAIN* bekannten Daten über die konkrete Lebensgestaltung der ausgetretenen Klient/inn/en im Katamnesezeitraum. In ein paar wenigen Fällen wurden zudem Zusatzinformationen bei weiteren Mitarbeiter/innen oder (ehemaligen) Klient/inn/en von *START AGAIN* nachgefragt.

Auch wenn die beigezogenen Nachsorgedaten von *START AGAIN* dem Vollständigkeitsanspruch einer standardisierten katamnestischen Untersuchung nicht standhalten könnten, so haben mehrere Einzelfallüberprüfungen gezeigt, dass sie eine äusserst verlässliche Basis für die im nächsten Unterabschnitt beschriebene rekonstruktive Nachbeurteilung bildeten.

10.1.2 Zur Logik der Nachbeurteilung

10.1.2.1 Zum Begriff des Therapieerfolges

Sinnlogisch adäquat zum Sucht- und Therapieverständnis von *START AGAIN* – s. dazu Kapitel 6 und 7 – wird hier **Therapieerfolg** grundsätzlich daran gemessen, inwieweit der therapeutische Prozess Strukturtransformation im Sinne einer Transformation der Fallstrukturgesetzlichkeit induziert hat, und zwar mit dem Resultat einer klaren *relativen Autonomiesteigerung*; s. Unterabs. 2.2.6. Die zentrale Frage ist also folgende: Ist es einer Klientin bzw. einem Klienten gelungen, für sich "Möglichkeitsspielräume so zu öffnen, dass aus einer vermeintlichen Autonomie eine selbst-bewusste wird, eine Autonomie also, die Vorgegebenes in Aufgegebenes verwandelt und sich zu eigen macht"?³

Des Weiteren ist für *START AGAIN* neben der unmittelbar lebenspraktischen Dimension von Autonomie aber auch eine *mental-somatische Dimension von Autonomie* massgebend. Diese Dimension trägt allgemein der mentalen Qualität oder Fähigkeit Rechnung, befreit von eingeschliffenen blinden Reaktionsmustern von Verlangen und Abneigung lebenspraktisch agieren zu können, d.h. handeln zu können, ohne fortwährend blind mit mentalem Begehren auf die körperlichen Empfindungen, die permanent und unaufhaltsam aufsteigen, zu reagieren. Speziell für süchtige Menschen gilt dabei nach dem Suchtverständnis von *START AGAIN*, dass ihre Form von beschädigter Autonomie neben sozialisatorischen und individualbiographischen Verursachungsmomenten mit einer unbewussten Routinisierung des Reagierens mit Verlangen auf Verlangen einhergeht, ein Routine, deren Ausprägungsgrad wir in Unterabs. 7.3 mit dem Begriff *Süchtigkeit* gefasst haben.

10.1.2.2 Bestimmung des Rehabilitationsstatus

Bei der **Nachbeurteilung bzw. der Bestimmung des Rehabilitationsstatus** einer ausgetretenen Klientin oder eines ausgetretenen Klienten sind wir vor diesem Hintergrund so vorgegangen, dass wir jeweils anhand des vorhandenen Fallmaterials versucht haben, *die Frage nach einer allfälligen relativen Steigerung der lebenspraktischen Autonomie sowie nach dem Bearbeitungsgrad von Süchtigkeit rekonstruktiv zu beantworten.*

³ HILDENBRAND (1995: 19) – diese Arbeit wurde im Winter 1995/96 in *START AGAIN* ausführlich diskutiert und seitens der Mitarbeiter/innen allgemein als richtungsweisend für das eigene Therapieverständnis erachtet.

Wir haben dazu für jeden Fall kontrastierende Handlungsbeispiele und Daten herangezogen, die einerseits aus der Zeit vor bzw. während der Therapie, andererseits aus dem Katamnesezeitraum stammten, wobei diese insbesondere den folgenden vier Handlungszusammenhängen zuzuordnen waren:

1. Gestaltung von *diffusen und spezifischen Sozialbeziehungen* und das nähere sowie fernere *soziale Netz* (Beziehung zur Herkunftsfamilie, Partnerschaft und Kinder, Freundeskreis etc.);
2. der Bereich der *strukturellen Integration* (Beschäftigungs- und/oder Ausbildungssituation; Wohnsituation);
3. Umgang einerseits mit *harten Drogen* (meistens Opiate und/oder Kokain), andererseits mit *Nebendrogen* wie Alkohol, Haschisch oder Ecstasy; hier geht z.T. auch die Frage nach der *Legalbewährung* im Katamnesezeitraum ein; und
4. fortgesetzte persönliche *Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht* bzw. Bearbeitung von Süchtigkeit, z.B. im Rahmen von NA/AA-Meetings und/oder von *Vipassana*-Kursen.

Zum 1. und 2. Handlungszusammenhang zitieren wir aus dem Konzept von *START AGAIN*,⁴ dass ein Therapieziel der Einrichtung ist, "die ehemaligen Drogenabhängigen beruflich und sozial zu integrieren"; und zum 3. und 4. Punkt bemerken wir, dass es weiter Ziel der Behandlung ist, "vom Gebrauch von harten Drogen wegzuführen",⁵ und dass die in der Therapie vermittelten Werkzeuge einer Klientin/einem Klienten die Möglichkeit geben, "draussen weiterhin ihr/sein Suchtpotential systematisch abarbeiten zu können."⁶

Der 2. und 3. Schwerpunkt zusammen umfasst weitgehend jene vier Rehabilitationsdimensionen, die in den meisten empirischen katamnesticen Untersuchungen berücksichtigt werden und von DE LEON (1989: 286) als *hard variables of outcome* bezeichnet wurden: strukturelle Integration, Drogenkonsum bzw. -freiheit, kriminelles Verhalten und therapeutische Massnahmen wegen Drogenrückfall.⁷ Die Operationalisierungen dieser Dimensionen sind jedoch durchwegs uneinheitlich; s. auch die Diskussion in Unterabs. 10.2.4 unten.

Wir erinnern bei dieser Gelegenheit jedoch noch einmal daran, dass unser Ziel in diesem Kapitel nicht die Bestimmung eines absoluten, möglichst vergleichbaren "Wirksamkeitskoeffizienten" für die Therapie von *START AGAIN* ist, sondern die *konsistente* interne Kontrastierung von falladäquaten Subklientelen. Die Konsistenz der Kontrastierungen wird dabei insbesondere dadurch gewährleistet, dass alle vorgenommenen 89 Nachbeurteilungen von den gleichen zwei Personen nach der gleichen Logik durchgeführt wurden.

Im Verlaufe der Studie hat es sich als adäquat erwiesen, hinsichtlich des Rehabilitationsstatus drei Beurteilungskategorien zu unterscheiden: **Erfolg, indifferenter Erfolg** und **schwerer Rückfall**.

• **Erfolg**

Die Bestimmung der Kategorie Erfolg basiert zunächst auf dem "äusserlichen" Kriterium, dass während der Katamnesezeit *grundsätzlich keine harten Drogen* (d.h. im All-

⁴ Konzept von *START AGAIN*, März 1995 und April 1996, je auf Seite 2.

⁵ Siehe die vorangehende Fussnote.

⁶ so der Gesamtleiter von *START AGAIN* in einem Interview im Februar 1996.

⁷ Insbesondere auch die in der Fussnote 1 dieses Kapitels genannte Studie von DOBLER-MIKOLA, WETTACH und UCHTENHAGEN (1998) fokussiert auf diese vier Dimensionen.

gemeinen Opiate und/oder Kokain) konsumiert wurden. "Grundsätzlich" verweist hier darauf, dass wir bei der Beurteilung einer Klientin bzw. eines Klienten als Erfolg einen kurzen episodenhaften Rückgriff auf harte Drogen (typischerweise einen ein- oder zweimaligen Drogenkonsum) zugelassen haben.

Solche isolierten "Vorfälle" können sich typischerweise in Momenten einer ausgeprägten biographischen Krise (wegen Problemen in der Partnerschaft, im Beruf, mit Prüfungen etc.) ereignen, manchmal geschehen sie aber auch in Momenten eines ausserordentlichen Erfolges oder folgen gewissermassen im Kielwasser eines Spitzenerlebnisses. Die Erfahrung zeigt, dass sich diese Vorfälle bei adäquater Aufarbeitung etwa im Rahmen der Nachsorgebetreuung als durchaus bedeutungsvoll für die Stabilisierung eines drogenfreien Lebens erweisen können.

Zwei weitere "äusserliche" Kriterien für die Beurteilung als Erfolg sind, dass während der Katamnesezeit *kein exzessiver Nebendrogenkonsum* (z.B. von Alkohol, Haschisch oder Ecstasy) vorlag und dass *kein Polizeigewahrsam und kein Gefängnisaufenthalt* erfolgte (3. Punkt oben).

Ausgehend vom allgemeinen Ziel einer relativen Steigerung der lebenspraktischen Autonomie haben wir die "äusserlichen" Fakten: kein Konsum harter Drogen, kein exzessiver Nebendrogenkonsum und kein Polizeigewahrsam oder Gefängnisaufenthalt während der Katamnesezeit, nicht als hinreichend erachtet, um die Behandlung einer Klientin oder eines Klienten als erfolgreich zu bewerten. Dafür ist es notwendig, dass sie oder er für sich *zusätzliche Gestaltungsspielräume speziell in den Bereichen der Sozialbeziehungen sowie der beruflichen bzw. schulischen Integration erschliessen und nutzen konnte* (1. und 2. Punkt oben). Das Strukturmodell suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis, das wir in Unterabs. 3.3.3 erarbeitet haben, legt uns relevante Subdimensionen vor, entlang denen fallspezifisch relative Autonomiesteigerung festgemacht werden kann.

Die letzte aus Sicht von *START AGAIN* im Zusammenhang mit Therapieerfolg zu reflektierende Frage ist die nach dem Bearbeitungsgrad von Süchtigkeit und nach einer allfällig fortgesetzten Bearbeitung davon. Während der Grad der Drogenfreiheit im Katamnesezeitraum ein erster Hinweis darauf gibt, so interessiert hier weiter, ob sich eine ausgetretene Klientin bzw. ein ausgetretener Klient im Rahmen von NA/AA-Meetings oder von *Vipassana*-Kursen weiterhin mit dem Thema der eigenen Sucht oder Süchtigkeit auseinandersetzt (4. Punkt oben). Die hier ganz allgemein zu beantwortende Frage lautet: Inwieweit gelingt es einer ehemaligen Klientin, einem ehemaligen Klienten, die folgende Haltungsmaxime lebenspraktisch umzusetzen: "Halte nicht begierig Ausschau nach Vergnügen hier und dort und umgekehrt weiche dem Unangenehmen nicht blind aus, da wo es sich einstellt, sondern erlebe vielmehr jeden Augenblick wissensklar und gleichmütig, *so wie er ist.*"?

- **indifferenten Erfolg**

Die Beurteilungskategorie des indifferenten Erfolges beinhaltet zwei Unterfälle.

1. "Faktisch indifferenten" Erfolg: Diese Kategorie umfasst zunächst Klient/inn/en, die während der Katamnesezeit zwar weitgehend ohne Konsum harter Drogen lebten, deren Lebenssituation aber während einem Grossteil dieser Zeit im Ganzen betrachtet mehr oder weniger in der Schwebe lag, d.h. genutzte neu erschlossene Autonomiepotenziale und nach wie vor stark beschädigte Autonomieanteile hielten sich in etwa die Waage, und das insbesondere in den Bereichen der Sozialbeziehungen und der beruflichen bzw. schulischen Integration.

Weiter werden jene Klient/inn/en dieser Kategorie zugeordnet, die nach ihrem Austritt aus *START AGAIN* einen schweren Rückfall in den Drogenkonsum zeigten, die aber aus eigenem Entscheid und eigener Kraft erneut in eine suchtttherapeutische Behandlung eintraten und sich zum Beurteilungszeitpunkt da befanden.

Ein letzter von Zeit zu Zeit anzutreffender Typ, den wir in dieser Kategorie einschließen, ist der von Klient/inn/en, bei denen sich wiederholt phasenweise Zeiten der Abstinenz und Zeiten des (z.T. exzessiven) Drogenkonsums – jedoch ohne zu delinquieren – abwechselten, die sich dabei während den Zeiten des Konsums an die Nachsorge von *START AGAIN* oder an ein anderes Beratungsangebote wandten und mit dieser Hilfe ohne stationäre Behandlung wieder in einen drogenfreien Lebensabschnitt zurückfanden.

2. "Informationslogisch indifferenter" Erfolg: Diese Kategorie umfasst all jene Klient/inn/en, bei denen es keinerlei Hinweis auf einen schweren Rückfall gibt und mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit auch keiner vorliegt, für die aber die Gesamtheit der Daten, die *START AGAIN* zu ihrer Lebenssituation während der Katamnesezeit verfügbar sind, zu dürftig sind, als dass daraus klar ein Erfolg rekonstruiert werden könnte.

• schwerer Rückfall

Hier liegt zum Zeitpunkt der Nachbeurteilung ein bereits einige Zeit (typischerweise mehrere Monate) andauernder starker und regelmässiger (typischerweise (fast) täglicher) Konsum harter Drogen vor. Klient/inn/en dieser Kategorie konnten während der Therapie neu gestaltete Sozialbeziehungen oder eröffnete Arbeits- bzw. Ausbildungsmöglichkeiten nicht nutzen, sie kehrten z.T. zurück "auf die Gasse" und verübten z.T. auch erneut Straftaten.

10.1.2.3 Verschiedene Kontrastierungsdimensionen bei der Nachbeurteilung

Um eine kontrastive Analyse der Wirksamkeit verschiedener therapeutischer Interventionsinstrumente bei unterschiedlichen Subklientelen von *START AGAIN* vornehmen zu können, zählen wir die Gesamtheit der 89 zwischen Juni 1996 und Juni 1998 nachbeurteilten Klient/inn/en von *START AGAIN* entlang verschiedener Kontrastierungsdimensionen je für die Klasse der Durchläufer/innen sowie für die der Spätabbrecher/innen aus.

Als Kontrastierungsdimensionen wählen wir:

1. *Eintrittsmodalität*, d.h. ob der Behandlungseintritt freiwillig oder unfreiwillig (also freiwillig oder auf Grund einer strafrechtlich angeordneten stationären suchtspezifischen Massnahme) erfolgte;
2. *Geschlecht*;
3. Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an *externen 10-tägigen Vipassana-Kursen*, wobei wir daran erinnern, dass die Teilnahme an solchen Kursen fakultativ ist, dass hingegen die tägliche Praxis der *ānāpāna-sati*-Übung fester und verbindlicher Bestandteil des Behandlungsprogramms von *START AGAIN* ist;
4. Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an *systemischer Paar- und/oder Familientherapie*, wobei die Frage die ist, ob sich der/die Klient/in, Familie, Partner/in und/oder allenfalls andere Personen aus dem entsprechenden sozialen Netzwerk auf eine ganze Sequenz von systemischen Therapiesitzungen in *START AGAIN* eingelassen haben oder nicht;
5. Sporadische oder regelmässige Nutzung bzw. Nichtnutzung des *Nachsorgeangebotes* von *START AGAIN* während der Katamnesezeit.

In den Tabellen im folgenden Abschnitt werden wir jeweils für jede betrachtete Subklientel das durchschnittliche Alter der jeweiligen Klient/inn/en bei Behandlungseintritt,

die durchschnittliche Therapiedauer in *START AGAIN* und die durchschnittliche Katamnesezeit angeben.

In der nachfolgenden Tabelle 10.1.2.3-1 haben wir die verschiedenen Partizipationsgrade an *Vipassana*-Kursen, an systemischen Paar- und/oder Familientherapie-Gesprächen sowie am Nachsorgeangebot von *START AGAIN* zusammengefasst, und zwar je für die Klasse der Durchläufer/innen, der Früh- und der Spätabbrecher/innen. Wir haben dabei alle 145 Therapieaustritte, die zwischen Oktober 1992 und Juni 1997 stattfanden, berücksichtigt, was insbesondere alle Durchläufer/innen und Spätabbrecher/innen umfasst, deren Nachbeurteilungsergebnisse wir im nächsten Abschnitt diskutieren werden.

Tabelle 10.1.2.3-1 Anteile der Klient/inn/en, die an *Vipassana*-Kursen, an systemischen Paar- und/oder Familientherapie-Gesprächen bzw. am Nachsorgeangebot von *START AGAIN* teilgenommen haben (alle Austritte zwischen 1. Oktober 1992 und 30. Juni 1997)

Austritte zwischen Okt.'92 und Juni'97	Anzahl (N)	mit <i>Vipassana</i> -Kurs(en)		mit syst. Paar-/Fam'therapie		sowohl mit <i>Vip.</i> wie mit syst. Ther.		mit Nachsorge	
		Anzahl (s)	(s/N)%	Anzahl (s)	(s/N)%	Anzahl (s)	(s/N)%	Anzahl (s)	(s/N)%
Frühabbrecher/innen	51	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
freiwillig eingetreten	17	–	–	–	–	–	–	–	–
unfreiwillig eingetreten	34	–	–	–	–	–	–	–	–
Spätabbrecher/innen	36	10	28%	8	22%	3	8%	1	3%
freiwillig eingetreten	13	3	23%	4	31%	2	15%	–	–
unfreiwillig eingetreten	23	7	30%	4	17%	1	4%	1	4%
Durchläufer/innen	58	32	55%	27	47%	17	29%	42	72%
freiwillig eingetreten	31	19	61%	17	55%	12	39%	17	55%
unfreiwillig eingetreten	27	13	48%	10	37%	5	19%	25	93%
Total	145	42	29%	35	24%	20	14%	43	30%

10.2 Resultate der empirischen Kontrastierung verschiedener Subklientele von *START AGAIN*

Wir bemerken an dieser Stelle, dass ein fremd bestimmtes, "zufälliges" Zuweisen von Klient/inn/en zu verschiedenen Subklientelen mit unterschiedlichen Partizipationsmöglichkeiten am Therapieprogramm von *START AGAIN*, wie es im üblichen Rahmen einer empirischen Studie mit Kontrollgruppen angestrebt würde, *aus ethischen Gründen nicht vertretbar* war. Dies hat zur Folge, dass wir die Wirksamkeit verschiedener Interventionsinstrumente nicht einfach routinemässig an gefundenen Korrelationen ablesen können, sondern dass wir stets ein Resultat vor uns haben, in dem sich instrumentenspezifisches Wirkpotenzial und spezifische Ressourcen jener Klient/inn/en, die das entsprechende Interventionsinstrument nutzten, verschränken. Die Stichproben in diesem Abschnitt sind daher stets als bestimmte "Interventionsinstrumente-Subklientel-Paare" zu verstehen, mit anderen Worten: Wir diagnostizieren "Wechselseitigkeiten". In einem Bild gesprochen: Wenn wir einen Magnetstab über verschiedene Gegenstände führen,

dann lassen sich infolge seiner Anwesenheit diejenigen Gegenstände bewegen, die magnetische Eigenschaften haben.

In Unterabs. 2.3.2 haben wir erklärt, wie mit Hilfe der probabilistischen Logik im Falle einer spezifischen Subklientel das Verhältnis zwischen der Anzahl "Erfolge" und der Anzahl "Nichterfolge" (d.h. indifferente Erfolge und schwere Rückfälle zusammen) in eine für diese Subklientel typische Erfolgchance übersetzt werden kann; und in Unterabs. 2.3.3 haben wir erläutert, wie sich bei der Kontrastierung von zwei Stichproben mit probabilistisch-logischen Verfahren, gestützt auf diese Chancen, der Grad an Gleichheit bzw. Unterschiedlichkeit hinsichtlich Therapieerfolg quantifizieren lässt. Entsprechendes gilt natürlich für die Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls und deren Kontrastierungen.

10.2.1 Resultate der Nachbeurteilung aller Durchläufer/innen von *START AGAIN*, die zwischen Oktober 1992 und September 1995 bzw. Juni 1997 ausgetreten sind

Als erstes diskutieren wir die Analyseresultate, die sich aus der Kontrastierung verschiedener Subklientelen der Klasse der Durchläufer/innen von *START AGAIN* ergeben. Wir unterscheiden dabei die zwei Kohorten der 31 bzw. 58 Durchläufer/innen von *START AGAIN*, die die Behandlung zwischen der Eröffnung der Einrichtung am 1. Oktober 1992 und dem 30. September 1995 bzw. dem 30. Juni 1997 vollständig durchlaufen haben.

Für die Dreijahreskohorte der 31 zwischen Oktober 1992 und September 1995 ausgetretenen Durchläufer/innen – die alle Durchläufer/innen umfasst, deren Therapieschwerpunkte in die ersten beiden Betriebsphasen von *START AGAIN* fallen – entnehmen wir der Tabelle 10.2.1-1, dass die durchschnittliche Therapiedauer bei 1.4 ± 0.5 Jahren liegt, dass das Durchschnittsalter bei Eintritt 26.2 ± 4.6 Jahre beträgt und die durchschnittliche Katamnesezeit sich auf 1.9 ± 0.4 Jahre beläuft.

Für die umfassende, die ersten vierdreiviertel Jahre von *START AGAIN* einschliessende Kohorte der 58 zwischen Oktober 1992 und Juni 1997 ausgetretenen Durchläufer/innen entnehmen wir der Tabelle 10.2.1-2, dass die durchschnittliche Therapiedauer bei 1.4 ± 0.4 Jahren liegt, dass das Durchschnittsalter bei Eintritt 26.7 ± 5.5 Jahre beträgt und die durchschnittliche Katamnesezeit sich auf 1.7 ± 0.4 Jahre beläuft.

Betrachten wir alle Therapieaustritte zwischen Oktober 1992 und Juni 1997 so stehen den 58 Durchläufer/inne/n in dieser Zeitspanne 51 Frühabbrecher/innen und 36 Spätabbrecher/innen gegenüber. In Prozenten ausgedrückt: Unter den 145 zwischen Oktober 1992 und Juni 1997 aus *START AGAIN* ausgetretenen Klient/in/en sind **40%** regulär ausgetreten nachdem sie das Therapieprogramm vollständig durchlaufen hatten, haben **35%** früh, d.h. innerhalb der ersten eins bis zwei Monate, gewissermassen in der "Probezeit", abgebrochen und **25%** haben später nach etwa 5 bis 12 Monaten, typischerweise in der Phase III des Behandlungsprogramms, abgebrochen; s. Tabelle 10.1.2.3-1 und für mehr Details vgl. Unterabs. 9.1.4 – da insbesondere Abb. 9.1.4.1-1 – sowie Abb. 5.2.2-1 in Kapitel 5.⁸

⁸ Für die Dreijahreskohorte der ersten beiden Betriebsphasen lauten die entsprechenden Zahlen wie folgt: 31 Durchläufer/inne/n stehen 42 Frühabbrecher/innen und 23 Spätabbrecher/innen gegenüber. In Prozenten ausgedrückt: Unter den 96 zwischen Oktober 1992 und September 1995 aus *START AGAIN* ausgetretenen Klient/in/en sind **32%** regulär ausgetreten nachdem sie das Therapieprogramm vollständig durchlaufen hatten, haben **44%** früh, gewissermassen in der "Probezeit" der ersten eins, zwei Monate abgebrochen und **24%** haben später, nach etwa 5 bis 12 Monaten abgebrochen.

Zu bemerken ist, dass unter den 145 untersuchten Klient/inn/en 10 (7%) in der Katamnesezeit verstorben sind.

Tabelle 10.2.1-1 Resultat der systematischen Nachbeurteilung im 2. Jahr nach Behandlungsaustritt⁹ aller Durchläufer/innen von *START AGAIN*, die zwischen dem 1. Oktober 1992 und dem 30. September 1995 ausgetreten sind (d.h. alle Durchläufer/innen der Betriebsphasen I und II)

Durchläufer/innen-Subklientel	N	Erfolg	Erfolgschance (konservativ)	indifferentere Erfolg	schwererer Rückfall	Wahrheit eines schweren Rückfalls	Therapiedauer (Jahre)	Alter bei Eintritt (Jahre)	Katamnesezeit (Jahre)
Total	31	21	(67 ± 8)%	6	4	(15 ± 8)%	1.4 ± 0.5	26.2 ± 4.6	1.9 ± 0.4
freiwillig Eingetretene	15	11	(71 ± 11)%	3	1	(12 ± 8)%	1.1 ± 0.3	25.9 ± 3.8	2.1 ± 0.5
unfreiwillig Eingetretene	16	10	(61 ± 11)%	3	3	(22 ± 10)%	1.6 ± 0.5	26.6 ± 5.3	1.8 ± 0.3
Männer	28	18	(63 ± 9)%	6	4	(17 ± 7)%	1.4 ± 0.5	26.4 ± 4.8	1.9 ± 0.4
Frauen	3	3	(80 ± 16)%	0	0	(20 ± 16)%	1.2 ± 0.1	24.6 ± 1.3	2.0 ± 0.3
freiwillige Männer	13	9	(67 ± 12)%	3	1	a) (13 ± 8)%	1.1 ± 0.3	26.1 ± 4.0	2.1 ± 0.5
unfreiwillige Männer	15	9	(59 ± 12)%	3	3	a) (24 ± 10)%	1.6 ± 0.5	26.7 ± 5.5	1.8 ± 0.2
mit <i>Vipassana</i> -Kurs(en)	18	13	(70 ± 10)%	4	1	(10 ± 7)%	1.3 ± 0.4	25.9 ± 4.1	1.9 ± 0.4
ohne <i>Vipassana</i> -Kurs	13	8	(60 ± 12)%	2	3	(27 ± 11)%	1.4 ± 0.6	26.8 ± 5.3	2.0 ± 0.4
mit ≥ 2 <i>Vipassana</i> -Kursen	9	6	(64 ± 14)%	2	1	(18 ± 11)%	1.2 ± 0.3	27.4 ± 3.2	1.9 ± 0.3
mit syst. Paar-/Fam'ther.	15	10	(65 ± 11)%	3	2	(18 ± 9)%	1.2 ± 0.4	26.6 ± 4.5	2.1 ± 0.4
ohne syst. Paar-/Fam'ther.	16	11	(67 ± 11)%	3	2	(17 ± 9)%	1.5 ± 0.5	25.9 ± 4.7	1.8 ± 0.4
sowohl <i>Vip.</i> wie syst.Ther.	9	6	(64 ± 14)%	3	0	(9 ± 8)%	1.2 ± 0.3	25.8 ± 4.2	2.0 ± 0.3
weder <i>Vip.</i> noch syst.Ther.	7	4	(56 ± 16)%	2	1	(22 ± 13)%	1.6 ± 0.6	26.0 ± 5.6	1.8 ± 0.3
mit Nachsorge	26	18	(68 ± 9)%	4	4	(18 ± 7)%	1.4 ± 0.4	26.2 ± 4.6	1.9 ± 0.3
ohne Nachsorge	5	3	(57 ± 17)%	2	0	(14 ± 12)%	1.2 ± 0.6	26.4 ± 5.2	2.2 ± 0.6

mit tendenzieller posteriorer Wahrscheinlichkeit von 72-74% liegt ein statistischer Unterschied zw. Mittelwerten vor

mit signifikanter post. Wahrscheinlichkeit von mehr als 94% (bzw. a) 83%) liegt ein stat. Unterschied zw. Mittelwerten vor

⁹ Die Nachbeurteilung der ersten fünf Durchläufer/innen von *START AGAIN* fand zu Beginn des 3. Jahres nach deren Behandlungsaustritt statt. Dies hat zur Folge, dass für einige Subklientele in der Tabelle die durchschnittliche Katamnesezeit etwas mehr als 2.0 Jahre beträgt. Alle anderen Nachbeurteilungen wurden im 2. Jahr nach Austritt durchgeführt.

Tabelle 10.2.1-2 Resultat der systematischen Nachbeurteilung im 2. Jahr nach Behandlungsaustritt¹⁰ aller Durchläufer/innen von *START AGAIN*, die zwischen dem 1. Oktober 1992 und dem 30. Juni 1997 ausgetreten sind (d.h. alle Durchläufer/innen der Betriebsphasen I bis III und 10 der Betriebsphase IV)

Durchläufer/innen-Subklientel	N	Erfolg	Erfolgschance (konservativ)	indifferentere Erfolg	schwerer Rückfall	Wahrheit eines schweren Rückfalls	Therapiedauer (Jahre)	Alter bei Eintritt (Jahre)	Katamnesezeit (Jahre)
Total	58	37	(63 ± 6)%	11	10	(18 ± 5)%	1.4 ± 0.4	26.7 ± 5.5	1.7 ± 0.4
freiwillig Eingetretene	31	20	(64 ± 8)%	6	5	(18 ± 7)%	1.2 ± 0.3	26.2 ± 5.0	1.8 ± 0.5
unfreiwillig Eingetretene	27	17	(62 ± 9)%	5	5	(21 ± 7)%	1.6 ± 0.5	27.0 ± 5.9	1.6 ± 0.3
Männer	48	30	(62 ± 7)%	9	9	(20 ± 6)%	1.5 ± 0.5	26.7 ± 5.7	1.7 ± 0.4
Frauen	10	7	(67 ± 13)%	2	1	(17 ± 10)%	1.2 ± 0.3	26.4 ± 4.5	1.6 ± 0.4
freiwillige Männer	21	13	(61 ± 10)%	4	4	(22 ± 8)%	1.2 ± 0.3	26.6 ± 5.4	1.8 ± 0.6
unfreiwillige Männer	27	17	(62 ± 9)%	5	5	(21 ± 7)%	1.7 ± 0.4	26.8 ± 6.0	1.6 ± 0.3
freiwillige Frauen	6	4	(63 ± 16)%	1	1	(25 ± 14)%	1.2 ± 0.4	24.8 ± 3.0	1.6 ± 0.4
unfreiwillige Frauen	4	3	(67 ± 18)%	1	0	(17 ± 14)%	1.0 ± 0.3	28.6 ± 6.0	1.5 ± 0.5
mit <i>Vipassana</i> -Kurs(en)	32	21	(65 ± 8)%	7	4	(15 ± 6)%	1.4 ± 0.4	26.4 ± 5.1	1.7 ± 0.4
ohne <i>Vipassana</i> -Kurs	26	16	(61 ± 9)%	4	6	(25 ± 8)%	1.4 ± 0.5	27.0 ± 6.0	1.7 ± 0.5
mit ≥ 2 <i>Vipassana</i> -Kursen	14	9	(63 ± 12)%	1	4	(31 ± 11)%	1.3 ± 0.3	27.6 ± 5.4	1.7 ± 0.4
mit syst. Paar-/Fam'ther.	27	18	(66 ± 9)%	5	4	(17 ± 7)%	1.3 ± 0.4	26.3 ± 5.2	1.8 ± 0.5
ohne syst. Paar-/Fam'ther.	31	19	(61 ± 8)%	6	6	(21 ± 7)%	1.5 ± 0.5	27.0 ± 5.8	1.6 ± 0.4
sowohl <i>Vip.</i> wie syst. Ther.	17	10	(58 ± 11)%	5	2	(16 ± 8)%	1.4 ± 0.4	24.9 ± 3.8	1.7 ± 0.4
weder <i>Vip.</i> noch syst. Ther.	16	8	(50 ± 11)%	5	3	(22 ± 10)%	1.5 ± 0.5	25.8 ± 5.5	1.5 ± 0.4
mit Nachsorge	42	29	(68 ± 7)%	7	6	(16 ± 5)%	1.5 ± 0.4	26.5 ± 5.3	1.7 ± 0.4
ohne Nachsorge	16	8	(50 ± 11)%	4	4	(28 ± 10)%	1.3 ± 0.5	27.1 ± 6.1	1.6 ± 0.5

mit tendenzieller posteriorer Wahrscheinlichkeit von 61% liegt ein statistischer Unterschied zw. Mittelwerten vor

mit signifikanter posteriorer Wahrscheinlichkeit von mehr als 98% liegt ein statistischer Unterschied zw. Mittelwerten vor

Wie sind die Tabellen 10.2.1-1 und 10.2.1-2 zu lesen?

In der Berechnung der Erfolgchancen gemäss der Logik in Unterabs. 2.3.2 haben wir jeweils die indifferenten Erfolge mit den schweren Rückfällen zur Anzahl "Nichterfolge" zusammengenommen und sie der Anzahl Erfolge gegenübergestellt. Mit anderen Worten: Alle in Tabelle 10.2.1-1 und 10.2.1-2 angegebenen Erfolgchancen sind **konservativ** berechnet, d.h. sie geben jeweils eine *untere* Schranke – einen minimalen Wert – für die Erfolgchance einer bestimmten Subklientel an.

¹⁰ Die erste Nachbeurteilung der ersten fünf Durchläufer/innen von *START AGAIN* wurde durchgeführt, als sich diese am Anfang des 3. Jahres nach ihrem Behandlungsaustritt befanden. Alle anderen Nachbeurteilungen wurden jeweils im 2. Jahr nach Austritt durchgeführt.

Umgekehrt haben wir in der Berechnung der Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls, die indifferenten Erfolge zu den Erfolgen geschlagen und so die aufgeführten Rückfallrisiken berechnet. D.h., gegeben ein Rückfallrisiko von $(m \pm \sigma)\%$, dann kann dies wie folgt in eine *obere* Schranke – einen maximalen Wert – für die Erfolgchance übersetzt werden: Wir subtrahieren m von 100 und die Streuung bleibt die gleiche, also $(100-m \pm \sigma)\%$.

Bezüglich der Verlässlichkeit der in den Tabellen 10.2.1-1 und 10.2.1-2 angegebenen Chancen und Risiken halten wir allgemein Folgendes fest: Die posterioren Wahrscheinlichkeiten dafür, dass, bei den gegebenen Erfolgchancen bzw. Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls von $(m \pm \sigma)\%$, diese in den Intervallen zwischen $(m - \sigma)\%$ und $(m + \sigma)\%$ liegen, betragen generell 67 bis 68%; und die posterioren Wahrscheinlichkeiten dafür, dass die Chancen und Risiken in den doppelt so grossen Intervallen zwischen $(m - 2\sigma)\%$ und $(m + 2\sigma)\%$ liegen, betragen generell 95 bis 96%; vgl. Unterabs. 2.3.2.

1. Beispiel: Für die Durchläufer/innen der Dreijahreskohorte (d.h. 32% aller Austritte zwischen Oktober 1992 und September 1995; s. Tabelle 10.2.1-1) gilt, *dass die Chance, im 2. Jahr nach Austritt als sehr gut rehabilitiert (Erfolg) zu gelten, 67% beträgt, und dass die Chance, zumindest als teilrehabilitiert (Erfolg oder indifferenter Erfolg) zu gelten, $(100-15)\% = 85\%$ beträgt.* Dabei muss jedoch für eine statistisch verlässliche Aussage (d.h. für eine post. Wahrscheinlichkeit von mindestens 95%) in beiden Fällen noch eine Streuung von $\pm 8\%$ berücksichtigt werden.

2. Beispiel: Für die Durchläufer/innen der umfassenden Kohorte (d.h. 40% aller Austritte zwischen Oktober 1992 und Juni 1997; s. Tabelle 10.2.1-2) gilt, *dass die Chance, im 2. Jahr nach Austritt als sehr gut rehabilitiert (Erfolg) zu gelten, 63% beträgt, und dass die Chance, zumindest als teilrehabilitiert (Erfolg oder indifferenter Erfolg) zu gelten, $(100-18)\% = 82\%$ beträgt.* Dabei muss für eine statistisch verlässliche Aussage (d.h. für eine post. Wahrscheinlichkeit von mindestens 95%) noch eine Streuung von $\pm 6\%$ bzw. von $\pm 5\%$ berücksichtigt werden.

Die entsprechenden Aussagen für jede in Tabelle 10.2.1-1 und 10.2.1-2 aufgeführte Durchläufer/innen-Subklientel müssen wir hier nicht auflisten, die Leserin oder der Leser mag sie nun analog zu diesen beiden Beispielen selbst formulieren.

Wo zeigen sich welche Unterschiede, wo gibt es keine Unterschiede?

In der Kontrastierung verschiedener (disjunkter) Subklientele folgen wir dem in Unterabs. 2.3.3 erläuterten probabilistisch-logischen Verfahren. In den Tabellen 10.2.1-1 und 10.2.1-2 werden kontrastierende Wertepaare, bei denen ein tendenzieller oder eindeutiger empirischer Unterschied vorliegt, auf der jeweiligen linken Zellenseite durch einen dünnen bzw. dicken Balken markiert. Falls nur marginale oder gar keine empirischen Unterschiede vorliegen, werden die Zellenpaare nicht speziell markiert.

In der nachfolgenden Tabelle 10.2.1-3 sind zudem die Resultate der Kontrastierung der beiden obigen Tabellen 10.2.1-1 und 10.2.1-2 zusammengefasst. Wir entnehmen dieser Tabelle, wie sich die Gleichheit oder Verschiedenheit der Erfolgchancen und Rückfallrisiken bei den verschiedenen (disjunkten) Durchläufer/innen-Subklientelen über die Jahre verändert haben.

Tabelle 10.2.1-3 Veränderung der posterioren Wahrscheinlichkeiten für gleiche bzw. verschiedene Erfolgchancen bzw. Rückfallrisiken von den Durchläufer/inne/n der ersten drei Jahre (1. Okt. 1992 - 30. Sept. 1995) zu jenen der ersten vierdreiviertel Jahre (1. Okt. 1992 - 30. Juni 1997)

Durchläufer/innen-Subklientele	Erfolgchance (konservativ) Okt. 1992 bis Sept. 1995 (N=31) → Okt. 1992 bis Juni 1997 (N=58)	Wahrheit eines schweren Rückfalls Okt. 1992 bis Sept. 1995 (N=31) → Okt. 1992 bis Juni 1997 (N=58)
freiwillig vs. unfreiwillig Eingetretene	tendenziell (72%) verschieden → eindeutig (93%) gleich	eindeutig (94%) verschieden → eindeutig (89%) gleich
Männer vs. Frauen	tendenziell (72%) verschieden → eindeutig (82%) gleich	eindeutig (82%) gleich → eindeutig (87%) gleich
freiwillige Männer vs. unfreiwillige Männer	marginal (59%) gleich → eindeutig (93%) gleich	eindeutig (83%) verschieden → eindeutig (94%) gleich
mit vs. ohne <i>Vipassana</i> -Kurs(en)	tendenziell (74%) verschieden → tendenziell (77%) gleich	eindeutig (99.98%) verschieden → eindeutig (100%) verschieden
mit vs. ohne syst. Paar-/Fam'ther.	eindeutig (89%) gleich → marginal (57%) gleich	eindeutig (92%) gleich → tendenziell (67%) gleich
sowohl <i>Vip.</i> wie syst. Ther. vs. weder <i>Vip.</i> noch syst. Ther.	tendenziell (70%) gleich → marginal (53%) verschieden	marginal (55%) verschieden → marginal (57%) gleich
mit vs. ohne Nachsorge	marginal (56%) gleich → eindeutig (100%) verschieden	eindeutig (85%) gleich → eindeutig (99.9%) verschieden

• **Freiwillig versus unfreiwillig eingetretene Durchläufer/innen**

Kumuliert über die ersten vierdreiviertel Jahre von *START AGAIN*, unterscheiden sich die Erfolgchancen und die Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls bei den Durchläufer/inne/n, die freiwillig, und bei denjenigen, die unfreiwillig eingetreten sind, *nicht*.¹¹ Die Erfolgchancen liegen bei 64 und 62%, die Rückfallrisiken bei 18 und 21%.

Betrachten wir jedoch die Durchläufer/innen-Kohorte der ersten drei Jahre, so ist da die Erfolgchance unter den freiwillig Eingetretenen mit 71% *tendenziell etwas höher* als bei den unfreiwillig Eingetretenen, wo sie bei 61% liegt; und der Unterschied wird noch dadurch verstärkt, dass wir bei den Unfreiwilligen mit 22% eine *eindeutig höhere* Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls vorfinden als bei den Freiwilligen, wo das Rückfallrisiko 12% beträgt.¹²

Im 1. und 2. Beispiel in Unterabs. 2.3.3 sind wir aus rein probabilistisch-logischer Sicht ausführlich auf diese ausgeprägte *Trendwende* eingegangen.

Um diese Trendwende aber verstehen zu können, hat es sich als notwendig erwiesen, die Erfolgswerte nach den verschiedenen Betriebsphasen von *START AGAIN* aufzuschlüsseln und ihre zeitliche Entwicklung mit der Konzept- und Betriebsgeschichte von *START AGAIN* sowie mit prägenden Veränderungen sozial-, gesundheits- und finanzpolitischer Rahmenbedingungen in Zusammenhang zu bringen. Wir gehen auf die entsprechende

¹¹ Die Erfolgchancen bzw. Rückfallrisiken sind für die umfassende Kohorte mit einer posterioren Wahrscheinlichkeit von 93% bzw. 89% gleich; s. Tabelle 10.2.1-2 und Tabelle 10.2.1-3.

¹² Die Erfolgchancen bzw. Rückfallrisiken sind für die erste Kohorte mit einer posterioren Wahrscheinlichkeit von 72% bzw. 94% verschieden; s. Tabelle 10.2.1-1 und Tabelle 10.2.1-3.

Analyse in Unterabs. 10.2.3 ein, wo wir argumentieren werden, dass dieser Trendwende in Richtung einer Verflachung von Unterschieden drei Hauptfaktoren zu Grunde liegen:

- (1) veränderte *Aufnahme- und Ausschlussgewohnheiten* seitens von *START AGAIN*, die klar gekoppelt sind an politische Rahmenbedingungen (Stichworte: Schliessung offener Drogenszenen, Finanzknappheit der öffentlichen Hand und 1996er Krise von *START AGAIN*);
- (2) seitens der Klientel geht eine veränderte *Motivationslage* mit den veränderten soziokulturellen und politischen Rahmenbedingungen einher (Stichworte: Schliessung offener Szenen, Medizinalisierung von "Suchttherapie" und latente Normalisierung von Sucht);
- (3) der Übergang von der organisierten Grossfamilie zur familialen Organisation seitens von *START AGAIN*, der von kontinuierlichen *Professionalisierungsanstrengungen* und vom Aneignen vielschichtigen Erfahrungswissens hinsichtlich des rehabilitatorischen Arbeitens mit Massnahme-Klient/inn/en begleitet ist;

Im Falle beider Kohorten liegt jedoch, was die durchschnittliche *Therapiedauer* betrifft, ein eindeutiger Unterschied bei den zwei Subklientelen vor: Unfreiwillig, aufgrund einer Massnahme Eingetretene haben sich durchschnittlich 0.5 bzw. 0.4 Jahre länger in *START AGAIN* aufgehalten als freiwillig Eingetretene.

Diese Beobachtung und die Tatsache, dass sich der Unterschied hinsichtlich der Therapieerfolgchance zwischen freiwillig und unfreiwillig Eingetretenen über die Jahre verflacht hat, und das trotz der im Allgemeinen ausgeprägten Arbeitsbündnisproblematik bei Massnahme-Klient/inn/en (s. Unterabs. 6.1.2), übersetzen wir in die These: *Massnahme bindet an Therapie, was sich durchaus günstig auf den Therapieerfolg auswirken kann.*

• Männer versus Frauen

Kumuliert über die ersten vierdreiviertel Jahre, *unterscheiden sich* statistisch gesehen die Erfolgchancen und die Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls bei Männern und bei Frauen *nicht*.¹³

Männer verweilen jedoch tendenziell (d.h. mit einer posterioren Wahrscheinlichkeit von 61%) etwa 0.3 Jahre länger in der Therapie als Frauen; und dieser Unterschied korreliert eindeutig mit dem höheren Anteil an unfreiwillig Eingetretenen unter den Durchläufern (56%) als unter den Durchläuferinnen, (wo dieser Anteil 40% ausmacht). Die unfreiwillig eingetretenen Männer halten sich mit durchschnittlich 1.7 ± 0.4 Jahren am längsten in der Therapie auf.

Eine tendenziell bessere Rehabilitationschance unter den Frauen als unter den Männern, die das Therapieprogramm je vollständig durchlaufen haben, wie sie bis Juli 1996 noch vorlag (s. STUDER, 1997b: 35), hat sich zwischenzeitlich verflacht.

Was sich jedoch über die Jahre im Fall von *START AGAIN* gehalten hat, ist die typische Abbruchsituation bei Frauen und Männern: In Unterabs. 9.1.4.3 haben wir gezeigt, dass die Therapie von Frauen und Männer statistisch gesehen etwa gleich häufig früh abgebrochen wird (33% und 31%). Im zweiten Teil des Therapieprogramms (grob in der ersten Hälfte der Phase III) brechen Frauen mit 36% jedoch häufiger ab als Männer, wo es 23% sind, und entsprechend beenden Männer mit 46% etwas häufiger regulär das gesamte Therapieprogramm von *START AGAIN* als Frauen, wo es 31% sind.

¹³ Die Erfolgchancen bzw. Rückfallrisiken sind für die umfassende Kohorte mit einer posterioren Wahrscheinlichkeit von 82% bzw. 87% gleich; s. Tabelle 10.2.1-2 und Tabelle 10.2.1-3.

Zusammenfassend: *Frauen fällt es im Vergleich zu Männern etwas schwerer, das ganze Therapieprogramm von START AGAIN zu durchlaufen, die Durchläuferinnen weisen aber keinesfalls eine geringere Erfolgschance auf als die Durchläufer.*

• **Mit versus ohne Vipassana-Kurserfahrung während der Therapie**

Gestützt auf die Erfolgszahlen der ersten vierdreiviertel Jahre halten wir fest, dass es hinsichtlich der Erfolgschance *keinen empirisch markanten Unterschied* gibt zwischen denjenigen Klient/inn/en, die während der Behandlung einen oder mehrere externe 10-tägige Vipassana-Kurse besucht haben, und jenen, die keinen solchen Kurs besucht haben. Der leichte Trend zu einer besseren Erfolgschance unter den Kurserfahrenen, der sich während den ersten drei Jahren andeutete, hat sich über die Jahre verflacht;¹⁴ s. auch das 3. Beispiel in Unterabs. 2.3.3.

Ganz anders verhält sich die Situation aber im Zusammenhang mit schweren Rückfällen. Hier finden wir sowohl für die Kohorte der ersten drei Jahre (bis September 1995) wie für die umfassende Kohorte der ersten vierdreiviertel Jahre (bis Juni 1997) einen *äusserst signifikanten Unterschied* zwischen Vipassana-Kurserfahrenen und Vipassana-Kursunerfahrenen;¹⁵ auch in der Zwischenauswertung bis Juli 1996 in STUDER (1997b) war hier ein eindeutiger Unterschied feststellbar.

Zusammenfassend: *Während sich empirisch die Teilnahme an externen 10-tägigen Vipassana-Kursen während der Behandlung in START AGAIN nicht generell in eine erhöhte Chance einer guten Rehabilitation (Erfolg) übersetzen lässt, so erweist sich die Tatsache der Teilnahme an einem solchen Kurs umgekehrt jedoch als Prädiktor einer eindeutig verringerten Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls.*

Um die Bedeutung von Vipassana-Kursen im Zusammenhang mit geringerem Rückfallrisiko genau zu verstehen, verweisen wir auf die Unterabschnitte 6.3 und 8.3. Hier halten wir fest, dass diesbezüglich ein Doppeltes zu berücksichtigen ist:

- (1) Während nicht alle Klient/inn/en von START AGAIN, die "gute" soziale und psychomentele Ressourcen aufweisen, einen 10-tägigen Vipassana-Kurs besuchen, so ist es umgekehrt, um den Anforderungen eines solchen Kurses standhalten zu können, eine notwendige Voraussetzung, ein gewisses Mass an solchen Ressourcen mitzubringen oder sie im nach-sozialisatorischen und psychotherapeutischen Prozess erarbeitet zu haben. Mit anderen Worten: *Vipassana-Kurse selektieren "nach hinten"*.
- (2) Dem Besuch von einem oder zwei Vipassana-Kursen während der Therapie kann ein *rückfallpräventives (relapse preventive) Wirkpotenzial* in folgendem Sinne zugeschrieben werden: Der Kursbesuch stellt eine äusserst intensive Selbsterfahrung dar, die tiefe, suchtassoziierte Denk- und Handlungsmuster ins Bewusstsein bringt, womit diese nicht mehr blind ablaufen können. Dies bedeutet aber noch nicht zwangsläufig, dass diese dann auch aufgearbeitet oder "aufgelöst" sind. Um vollen Nutzen aus einer Kurserfahrung zu ziehen, ist diese mit Integrationsarbeit und mit dem Erwerb alltagspraktischer Fertigkeiten zu verschränken, was typischerweise eine anspruchsvolle therapeutische Aufgabe darstellt, die nicht in allen Fällen gelingt.

¹⁴ In der ersten Kohorte unterscheiden sich die Erfolgschancen der Kurserfahrenen und der Kursunerfahrenen tendenziell mit einer posterioren Wahrscheinlichkeit von 74%. Bei der umfassenden Kohorte sind sie mit einer posterioren Wahrscheinlichkeit von 77% gleich; s. Tabellen 10.2.1-1 bis 10.2.1-3.

¹⁵ In der ersten Kohorte unterscheiden sich die Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls bei den Kurserfahrenen und den Kursunerfahrenen eindeutig mit einer posterioren Wahrscheinlichkeit von 99.98%. Bei der umfassenden Kohorte sind sie mit einer noch schärferen posterioren Wahrscheinlichkeit von 99.996% verschieden; s. Tabellen 10.2.1-1 bis 10.2.1-3.

Gerade am letzten Punkt – d.h. an der Notwendigkeit der lebenspraktischen Integration von *Vipassana*-Kursenerfahrungen – lässt sich auch der Unterschied zwischen kurzfristigem und mittel- oder langfristigem Wirkpotenzial von *Vipassana*-Kursen festmachen; s. auch Unterabs. 8.3. Die wesentliche Frage lautet in diesem Zusammenhang: Gelingt es einer Klientin oder einem Klienten, während einem längeren Zeitraum – insbesondere über den Austritt aus der Therapie hinaus – eine mehr oder weniger regelmässige Praxis von *Vipassana* aufrecht zu erhalten oder zumindest wieder einmal, aus eigenem Entschluss, einen *Vipassana*-Kurs zu besuchen?

Gemäss Katamnesedaten trifft dies für 9 (16%) der 58 Durchläufer/innen, die zwischen Oktober 1992 und Juni 1997 aus *START AGAIN* ausgetreten sind, zu. Sie alle haben während der Therapie einen bis drei *Vipassana*-Kurse besucht, und sie sind alle zum jeweiligen Katamnesezeitpunkt als sehr gut rehabilitiert (Erfolg) beurteilt worden.

Die Analyse dieser Fälle legt nahe, *dass mit Hilfe einer kontinuierlichen Praxis von Vipassana Süchtigkeit tatsächlich sukzessive bearbeitet werden kann, unter der Voraussetzung jedoch, dass es gelingt, je nach Fall, spezifische lebenspraktische Kompetenzen sowohl sozialer, affektiv-emotionaler wie auch kognitiv-mentaler Art zu entwickeln und zu konsolidieren.*

Zum Schluss bemerken wir, dass, auch wenn proportional mehr freiwillig als unfreiwillig eingetretene Durchläufer/innen *Vipassana*-Kurse besucht haben – nämlich 61% unter den freiwillig und 48% unter den unfreiwillig Eingetretenen; s. Tabelle 10.1.2.3-1 –, es statistisch gesehen hinsichtlich der Erfolgchancen *keinen* Unterschied gibt zwischen frei- und unfreiwillig eingetretenen Durchläufer/innen mit *Vipassana*-Kursenerfahrungen.

• **Mit versus ohne systemische Paar- und/oder Familientherapie**

Während sich die zwei Subklientele mit und ohne (phasenweise nicht nur ein- oder zweimalige) Teilnahme an systemischen Paar- und/oder Familientherapie-Gesprächen in der ersten Dreijahreskohorte statistisch gesehen weder hinsichtlich der Erfolgchancen noch der Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls unterscheiden, so marginalisiert¹⁶ sich diese Gleichheit, wenn wir die beiden Subklientele über die ersten vierdrei-viertel Jahre betrachten; s. Tabelle 10.2.1-3. Ein eindeutiger Unterschied ist aber zur Zeit empirisch nicht feststellbar.

Zu diesem Resultat ist ein Dreifaches zu bemerken:

- (1) Der systemische Therapieansatz prägt in *START AGAIN*, wie wir in den Kapiteln 5 bis 7 ausgeführt haben, die therapeutische Arbeit mit *allen* Klient/inn/en, was speziell in der starken Ausrichtung auf Biographiearbeit (Genogrammanalysen, Lebenslauf- und Suchtkarrieren-Vorträge etc.) sowie im zentralen, auf allen Ebenen der Einrichtung praktizierten Handlungstyp des Aushandelns zum Ausdruck kommt.
- (2) Der Versuch, Partner/innen und/oder Familienangehörige mit in den therapeutischen Prozess einzubeziehen, wird gleichermassen bei "schwierigen" wie bei "aussichtsreichen" familialen Konstellationen unternommen, womit Erfolg und Scheitern von den Ausgangsbedingungen her gleich wahrscheinlich sind; mit anderen Worten: *Von der therapeutischen Alltagspraxis her kommt der systemischen Paar- und/oder Familientherapie in START AGAIN keine bezüglich Ressourcen selektierende Rolle zu.*
- (3) Eine häufige Grunderfahrung in systemischen Familientherapie-Gesprächen ist schliesslich die, dass typischerweise bereits ab der 2. oder 3. Sitzung nicht mehr die

¹⁶ "Marginalisieren" bedeutet hier, dass in Anbetracht der vorhandenen Daten Gleichheit und Verschiedenheit der Erfolgchancen bzw. Rückfallrisiken gleich wahrscheinlich werden, also eine unentschiedene Situation vorliegt.

Klient/inn/en prominent im Zentrum stehen, sondern dass vielmehr die Eltern und allenfalls Geschwister thematisch werden, und dass entsprechend auf deren Ebene Hilfe zum Verstehen von Orientierungs- und Handlungsmustern sowie Anstoss zur Befreiung aus Verstrickungen geleistet wird. Ein Resultat gelungener Familientherapie kann dabei sein, dass sich etwa einer oder beide Elternteile in einen individualtherapeutischen Prozess hineinbegeben. Die Auswirkungen dieser Art von Prozesse auf die Genesung der Klient/inn/en scheint jedoch ausgesprochen indirekt und eher mittelfristig tragend zu sein.

Im Rahmen der vorliegenden Studie konnten wir dieser interessanten Frage jedoch nicht im Detail nachgehen; eine Untersuchung ihrer würde fraglos ein lohnendes Projekt in sich darstellen.

Abschliessend gilt hier ganz analog zum vorangehenden Punkt, dass, auch wenn sich proportional mehr freiwillig als unfreiwillig eingetretene Durchläufer/innen auf systemische Paar- und/oder Familientherapie eingelassen haben – nämlich 55% unter den freiwillig und 37% unter den unfreiwillig Eingetretenen; s. Tabelle 10.1.2.3-1 –, es statistisch gesehen hinsichtlich der Erfolgschancen *keinen* Unterschied gibt zwischen frei- und unfreiwillig eingetretenen Durchläufer/innen, die Paar- und/oder Familientherapieerfahrungen haben.

- **Sowohl *Vipassana*-Kurse wie systemische Paar-/Familientherapie versus weder *Vipassana*-Kurse noch systemische Paar-/Familientherapie**

Sowohl bezüglich der Erfolgschancen wie bezüglich der Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls ist der Unterschied zwischen den beiden Subklientelen empirisch marginal, d.h. weder ausgeprägt noch nicht ausgeprägt.

Entsprechend finden wir wie in den obigen beiden Punkten für jedes Interventionselement separat, dass, auch wenn proportional mehr freiwillig als unfreiwillig eingetretene Durchläufer/innen sowohl an systemischen Paar- und/oder Familientherapie-Gesprächen wie an *Vipassana*-Kursen teilgenommen haben – nämlich 39% unter den freiwillig und 19% unter den unfreiwillig Eingetretenen; s. Tabelle 10.1.2.3-1 –, es statistisch gesehen hinsichtlich der Erfolgschancen *keinen* Unterschied gibt zwischen diesen beiden Subklientelen.

Vor dem Hintergrund dessen, was wir oben zu den einzelnen Interventionsinstrumenten ausgesagt haben, mag diese statistische Marginalität nachvollziehbar sein. Das "schwache" Resultat der Marginalität hat umgekehrt aber auch eine "starke" Implikation:

In der Tatsache, dass sich die Erfolgschancen und die Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls bei Subklientelen, die sich hinsichtlich des Partizipationsgrades am therapeutischen Angebot von START AGAIN stark kontrastieren, statistisch gesehen nur marginal unterscheiden, liegt ein empirischer Hinweis darauf, dass sich die Wirksamkeit des therapeutischen Programms von START AGAIN nicht additiv als Summe der Wirksamkeiten seiner verschiedenen Interventionselemente ergibt, sondern vielmehr in der Verschränkung der verschiedenen Elemente also im Therapieprogramm als Ganzes begründet liegt.

- **Mit versus ohne Nachsorge**

Die Frage nach der Nutzung des Nachsorgeangebotes von *START AGAIN* nach dem Behandlungsaustritt – d.h. Beratung in sozialadministrativen, finanziellen, schulischen und beruflichen Belangen, therapeutische Nachbetreuung, Begleitung in persönlichen Krisen oder bei einem (punktuellen) Drogenrückfall etc. – führt zwar über die eigentliche stationär-therapeutische Intervention hinaus, ihre positive Beantwortung hat sich aber im Verlaufe der ersten knapp fünf Jahre von *START AGAIN* zu einem *eindeutigen Prädiktor sowohl einer höheren Erfolgchance wie auch einer geringeren Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls* herausgebildet;¹⁷ s. auch die Diskussion im 4. Beispiel in Unterabs. 2.3.3.

Tabelle 10.1.2.3-1 entnehmen wir, dass in den ersten knapp fünf Jahren knapp drei Viertel (72%) aller Durchläufer/innen vom Nachsorgeangebot von *START AGAIN* Gebrauch gemacht haben, und bei der Aufschlüsselung nach freiwillig und unfreiwillig Eingetretenen lässt sich ein *ausgeprägter Unterschied* ausmachen: 93% der unfreiwillig gegenüber 55% der freiwillig Eingetretenen haben das Angebot genutzt. Dieser markante Unterschied erklärt sich aus der Tatsache, dass bei unfreiwillig Eingetretenen teils die Massnahmendauer bei Therapieaustritt noch nicht erschöpft ist, die Massnahme also fort dauert, oder dass teils mit dem Therapieaustritt eine bedingte Entlassungen aus der Massnahme mit entsprechender Schutzaufsicht einhergeht, was in beiden Fällen an die Nachsorge bindet.

Vergleichen wir schliesslich die Subklientele der freiwillig und der unfreiwillig eingetretenen Durchläufer/innen, die vom Nachsorgeangebot von *START AGAIN* Gebrauch gemacht haben, hinsichtlich ihrer Erfolgchancen, so zeigt sich ein *eindeutiger Unterschied*: für die Ersteren beträgt die Erfolgchance ($79 \pm 9\%$), für die Letzteren ($59 \pm 9\%$). Mit anderen Worten: Ganz speziell bei den freiwillig eingetretenen Durchläufer/innen stellt das Faktum der Nutzung des Nachsorgeangebotes einen *eindeutigen Prädiktor einer erhöhten Erfolgchance* dar.

Im Zusammenhang mit *START AGAIN*s Entwicklungsziel für die kommenden Jahre, nämlich im Bereiche der Suchtrehabilitation die Dienstleistung eines umfassenden *case management* voranzutreiben und auf dem Versorgermarkt effizient zur Wirkung zu bringen (s. das Ende von Unterabs. 5.2.6), legen die hier diskutierten empirischen Daten nahe, dass in einem umfassenden *case management* stationäre Therapie und ambulante Nachsorge aus einem Guss zu konzipieren sind.

Zusammenfassung

Verknüpfen wir die Resultate dieses Unterabschnittes mit jenen zur Fallstruktur von *START AGAIN*, die wir in Abschnitt 6.4 zusammengefasst haben, dann werden wir auf folgende **Kernthese zur therapeutischen Wirkungsweise von *START AGAIN*** geführt:

*Es ist das Therapieprogramm als Ganzes oder noch umfassender die Einrichtung als Ganze, die die therapeutische Wirksamkeit von *START AGAIN* begründen.*

**START AGAIN* realisiert als Ganzes eine (partiell) permanent scheiterungsfähige Gratwanderung zwischen einer Vielzahl von einander entgegengesetzten Handlungsorientierungen und Interventionselementen. Diese Gratwanderung provoziert dabei beständig*

¹⁷ Während in der Dreijahreskohorte die Erfolgchancen und die Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls bei den Nutzer/innen und den Nicht-Nutzer/innen des Nachsorgeangebotes empirisch noch marginal gleich sind (mit einer post. Wahr'keit von 56%) bzw. eindeutig gleich sind (mit einer post. Wahr'keit von 85%), unterscheiden sich diese beiden Subklientele im Rückblick über die ersten vierdreiviertel Jahre in beiden Fällen eindeutig (je mit einer post. Wahr'keit von praktisch 100%); s. Tabellen 10.2.1-1 bis 10.2.1-3.

ein ausgeprägtes Klima der Transformation, was seinerseits seitens der Klientel nachhaltig Selbstheilungspotenziale zu wecken vermag, die Basis, auf der der gesamte therapeutisch begleitete Genesungsprozess aufruhet. Das notwendige Mass an strukturellem Optimismus, das Voraussetzung ist, um sich täglich aufs Neue, ganz bewusst dem anspruchsvollen und potenziell scheiterungsfähigen Vermittlungshandeln zwischen unaufhebbaren Gegensätzen zu stellen, speist sich schliesslich in mehr oder weniger direkter Weise sowohl auf der Ebene des Klientels wie des Personals – wenn auch in individuell ganz unterschiedlicher Masse – aus der Praxis von Vipassana.

10.2.2 Nachbeurteilung der Spätabbrecher/innen, die zwischen Oktober 1992 und September 1995 ausgetreten sind

In Tabelle 10.2.2-1 unten haben wir die Nachbeurteilungsergebnisse jener 23 Spätabbrecher/innen von *START AGAIN* zusammengefasst, die die Einrichtung zwischen dem 1. Oktober 1992 und dem 30. September 1995 frühzeitig verlassen haben. Sie gehören der gleichen Dreijahreskohorte von *START AGAIN*-Klient/inn/en an wie die Durchläufer/innen, deren Nachbeurteilungsergebnisse in Tabelle 10.2.1-1 zusammengefasst sind.

Die durchschnittliche Therapiedauer der Spätabbrecher/innen der ersten drei Jahre von *START AGAIN* liegt bei 0.8 ± 0.3 Jahren, das Durchschnittsalter bei Eintritt beträgt 24.3 ± 4.5 Jahre und die durchschnittliche Katamnesezeit beläuft sich auf 1.9 ± 0.5 Jahre.

Ein erstes wichtiges Resultat, das wir Tabelle 10.2.2-1 entnehmen können, besagt, dass *ein frühzeitiger Therapieabbruch nicht notwendigerweise mit der Bewertung Misserfolg versehen werden darf*. Die konservative Erfolgchance liegt für die Spätabbrecher/innen der ersten Dreijahreskohorte bei 12% und die Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls bei 56%.¹⁸

Diese Resultate unterscheiden sich jedoch markant von denen der Durchläufer/innen der gleichen Periode, für die die Werte praktisch umgekehrt sind: Ihre konservative Erfolgchance liegt bei 67% und die Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls beträgt 15%; s. Tabelle 10.2.1-1.

Diese Beobachtung ist verträglich mit der in der wissenschaftlichen Literatur¹⁹ einheitlich dokumentierten Tatsache, dass im Falle abstinenzorientierter stationärer Suchttherapie *ein regulärer Therapieaustritt und eine genügend lange Aufenthaltsdauer (in der Regel mindestens 12 Monate) eindeutige Prädiktoren von Therapieerfolg sind*. Dabei ist es aber wichtig zu verstehen, dass die Verweildauer von Klient/inn/en in einem stationären Therapieprogramm nicht nur eine extern (z.B. durch die Therapiekonzeption oder den Kostenträger) variierbare Grösse ist, sondern dass sie auch ganz stark durch den therapeutischen Prozess selbst bestimmt wird, so ist sie Ausdruck etwa gelungener intrinsischer und extrinsischer Motivationsarbeit während dem Therapieaufenthalt.

¹⁸ Für die Verlässlichkeiten der in Tabelle 10.2.2-1 angegebenen Chancen und Risiken gilt praktisch das Gleiche wie für jene in Tabelle 10.2.1-1 und 10.2.1-2; s. Unterabs. 10.2.1.

¹⁹ Vgl. KAMPE und KUNZ (1984); CONDELLI und HUBBARD (1994); und DOBLER-MIKOLA, WETTACH und UCHTENHAGEN (1998).

Tabelle 10.2.2-1 Resultat der systematischen Nachbeurteilung im 2. Jahr nach Behandlungsaustritt²⁰ aller Spätabbrecher/innen von START AGAIN, die zwischen dem 1. Oktober 1992 und dem 30. September 1995 ausgetreten sind (d.h. alle Spätabbrecher/innen der Betriebsphasen I und II)

Durchläufer/innen-Subklientel	N	Erfolg	Erfolgschance (konservativ)	indifferentere Erfolg	schwerer Rückfall	Wahrheit eines schweren Rückfalls	Therapiedauer (Jahre)	Alter bei Eintritt (Jahre)	Katamnesezeit (Jahre)
Total	23	2	(12 ± 6)%	8	13	(56 ± 10)%	0.8 ± 0.3	24.3 ± 4.5	1.9 ± 0.5
freiwillig Eingetretene	8	0	(10 ± 9)%	4	4	(50 ± 15)%	0.7 ± 0.2	24.0 ± 4.9	2.0 ± 0.3
unfreiwillig Eingetretene	15	2	(18 ± 9)%	4	9	(59 ± 12)%	0.8 ± 0.3	24.5 ± 4.4	1.9 ± 0.6
Männer	14	0	(6 ± 6)%	5	9	(63 ± 12)%	0.7 ± 0.2	26.2 ± 4.1	1.9 ± 0.6
Frauen	9	2	(27 ± 13)%	3	4	(45 ± 14)%	0.9 ± 0.3	21.5 ± 3.7	2.0 ± 0.4
freiwillige Männer	4	0	(17 ± 14)%	3	1	(33 ± 18)%	0.7 ± 0.2	26.3 ± 5.3	1.7 ± 0.2
unfreiwillige Männer	10	0	(8 ± 8)%	2	8	(75 ± 12)%	0.7 ± 0.3	26.1 ± 3.8	1.9 ± 0.7
freiwillige Frauen	4	0	a) (17 ± 14)%	1	3	(67 ± 18)%	0.7 ± 0.2	21.7 ± 3.5	2.2 ± 0.2
unfreiwillige Frauen	5	2	a) (43 ± 17)%	2	1	(29 ± 16)%	1.0 ± 0.3	21.3 ± 4.2	1.8 ± 0.4
mit Vipassana -Kurs(en)	5	1	(29 ± 16)%	2	2	(43 ± 17)%	0.9 ± 0.3	26.3 ± 5.2	1.9 ± 0.3
ohne Vipassana -Kurs	18	1	(10 ± 7)%	6	11	(60 ± 11)%	0.7 ± 0.2	23.8 ± 4.3	1.9 ± 0.5
mit syst. Paar-/Fam'ther.	5	0	(14 ± 12)%	2	3	(57 ± 17)%	1.0 ± 0.2	24.3 ± 6.4	1.9 ± 0.3
ohne syst. Paar-/Fam'ther.	18	2	(15 ± 8)%	6	10	(55 ± 11)%	0.7 ± 0.3	24.3 ± 4.1	1.9 ± 0.5
sowohl Vip. wie syst.Ther.	2	0	(25 ± 19)%	1	1	(50 ± 22)%	0.9 ± 0.1	24.5 ± 4.9	2.0 ± 0.3
weder Vip. noch syst.Ther.	21	2	(13 ± 7)%	7	12	(57 ± 10)%	0.6 ± 0.2	23.7 ± 3.5	1.9 ± 0.6

mit tendenzieller posteriorer Wahrscheinlichkeit von 77-82% liegt ein statistischer Unterschied zw. Mittelwerten vor

mit signifikanter post. Wahrscheinlichkeit von mehr als 91% (bzw. a) 84%) liegt ein stat. Unterschied zw. Mittelwerten vor

Als Konklusion halten wir fest, dass bei Spätabbrecher/inne/n von START AGAIN generell von ersten wichtigen Schritten auf dem Weg der Suchtgenesung ausgegangen werden kann, dies im Gegensatz zu den Frühabbrecher/inne/n, wo nach dem ersten (in sich durchaus wichtigen) Schritt des Therapieeintrittes entweder die Therapiemotivation schnell versiegt oder keine Verträglichkeit zwischen ihnen und der strukturell offenen, auf Begegnung hin angelegten Therapieform von START AGAIN gegeben ist.

²⁰ Die erste Nachbeurteilung der ersten elf Spätabbrecher/innen von START AGAIN fand zu Beginn des 3. Jahres nach deren Behandlungsaustritt statt. Dies hat zur Folge, dass für einige Subklientele in der Tabelle die durchschnittliche Katamnesezeit etwas mehr als 2.0 Jahre beträgt. Alle anderen Nachbeurteilungen wurden im 2. Jahr nach Austritt durchgeführt.

Bemerkungen zur Kontrastierung von Spätabbrecher/innen-Subklientelen

Tabelle 10.2.2-1 ist vollständig analog zu den Tabellen 10.2.1-1 und 10.2.1-2 zu verstehen. Wir beschränken uns in der folgenden Diskussion auf die wichtigsten Unterschiede und Implikationen.

• Freiwillig versus unfreiwillig eingetretene Spätabbrecher/innen

Gleich wie bei den Durchläufer/inne/n der ersten vierdreiviertel Jahren *unterscheiden sich* freiwillig und unfreiwillig eingetretene Spätabbrecher/innen empirisch *nicht* hinsichtlich ihrer Erfolgschancen und ihrer Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls.

• Männer versus Frauen

Im Gegensatz zu den empirisch sehr geringen Erfolgsunterschieden zwischen den Geschlechtern bei den Durchläufer/inne/n finden wir bei den Spätabbrecher/inne/n, dass sich die Frauen gegenüber den Männern sowohl durch eine *eindeutig höhere* Erfolgchance wie durch eine *eindeutig tiefere* Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls auszeichnen.

Des Weiteren gibt es einen tendenziellen Unterschied (mit einer posterioren Wahrscheinlichkeit von 77%), was das *Alter bei Eintritt* anbelangt. Die Spätabbrecherinnen sind durchschnittlich 4 bis 5 Jahre jünger als die Spätabbrecher. Diese Beobachtung gilt zudem nicht nur für die ersten drei Jahre von *START AGAIN*, sondern für die gesamten ersten vierdreiviertel Jahre (Oktober 1992 bis Juni 1997) und sie kontrastiert die Situation bei den Durchläufer/inne/n (s. Tabelle 10.2.1-2), wo es statistisch gesehen keinen Altersunterschied gibt.

Interessant ist es an dieser Stelle, kurz einen Blick auf die Eintrittsalter der Frauen und Männer bei den Frühabbrecher/inne/n zu werfen: Für diese Teilklientel finden wir weder unter den 42 Frühabbrecher/inne/n der ersten drei Jahre noch unter den 51 der ersten vierdreiviertel Jahre einen statistischen Unterschied, was die Eintrittsalter der Frauen und Männer anbelangt.

In Verbindung mit den obigen Resultaten bei den Durchläufer/inne/n und jenen in Unterabs. 9.1.4.3 halten wir folgende Konklusion fest: *Während den ersten vierdreiviertel Jahren von START AGAIN gilt, dass es Frauen im Vergleich zu Männern etwas schwerer fällt, das ganze Therapieprogramm von START AGAIN zu durchlaufen, wobei insbesondere die jüngeren Frauen, die die Behandlung typischerweise im zweiten Teil abbrechen (junge Spätabbrecherinnen), den grössten relativen Anteil unter den Abbrecherinnen ausmachen. Zudem gilt, dass die Durchläuferinnen keinesfalls eine geringere Erfolgchance als die Durchläufer aufweisen und dass bei den Spätabbrecherinnen gegenüber den Spätabbrechern gar eine eindeutig bessere Erfolgchance und eine geringere Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls vorliegt.*

• Mit versus ohne Vipassana-Kurserfahrung während der Therapie

Die Resultate bei den Spätabbrecher/inne/n bezüglich Teilnahme oder Nichtteilnahme an externen 10-tägigen *Vipassana*-Kursen ist vollständig verträglich mit den entsprechenden Konklusionen bei den Durchläufer/inne/n. Es wird die doppelte Bedeutung von solchen Kursen im Sinne von *einerseits einem rückfallpräventiven (relapse preventive) Wirkpotenzial und andererseits des Selegierens "nach hinten"* weiter gestützt.

- **Mit versus ohne systemische Paar- und/oder Familientherapie**

Auch hier sind die Resultate, die wir bei den Spätabbrecher/inne/n finden, vollständig verträglich mit den oben bei den Durchläufer/inne/n gegebenen Konklusionen.

10.2.3 Vergleich der Erfolgchancen für die verschiedene Betriebsphasen von *START AGAIN*

Der letzte Blickwinkel, aus dem wir die Erfolgswahlen von *START AGAIN* betrachten wollen, betrifft ihre zeitliche Entwicklung, d.h. ihre Veränderung im Verlaufe der verschiedenen Betriebsphasen der Einrichtung.

Tabelle 10.2.3-1 fasst die (konservativen) Erfolgswahlen und die Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls je für jene Durchläufer/innen-Kohorten zusammen, die mit den ersten vier Betriebsphasen von *START AGAIN* zusammenfallen; s. Abschnitt 5.2.

Die Kohortenzuweisung von Durchläufer/inne/n, deren Therapieaufenthalt nicht vollständig in die Dauer einer Betriebsphase fällt, stützt sich darauf, in welcher Betriebsphase der "Schwerpunkt" des jeweiligen therapeutischen Prozesses zu verorten ist.

Betrachten wir Tabelle 10.2.3-1, so stellen wir hinsichtlich Erfolgswahlen einen tendenziellen Unterschied zwischen den ersten beiden Betriebsphasen fest, während die Erfolgswahlen der zweiten bis vierten Betriebsphase marginal bis eindeutig gleich sind.²¹

Was die Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls anbelangt, so sind diese für die ersten drei Betriebsphasen marginal bis eindeutig gleich,²² ein tendenzieller Unterschied zeigt sich jedoch im Vergleich zwischen der dritten mit der vierten Betriebsphase.

Vergleichen wir die erste mit der vierten Betriebsphase, so stellen wir sowohl hinsichtlich der Erfolgswahlen wie auch hinsichtlich der Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls eindeutige Unterschiede fest.²³

Womit hängen diese Veränderungen zusammen? Diese Frage auf der Ebene der Klientel, der Einrichtung sowie auf der Ebene politischer Rahmenbedingungen zu verstehen ist sehr aufschlussreich und stellt die Aufgabe dieses Unterabschnittes dar.

- **Veränderte Aufnahme- und Ausschlussgewohnheiten seitens von *START AGAIN***

Ein erster wichtiger Unterschied insbesondere zwischen den ersten beiden Betriebsphasen und den späteren ist unmittelbar aus den Abbildungen 5.2.2-1 und 9.1.4.1-1 ersichtlich. Die Verteilung von Durchläufer/innen (D), Früh- (F) und Spätabbrecher/innen (S) unter allen Therapieaustritten hat sich sowohl in absoluten Zahlen wie auch in ihren relativen Anteilen in dieser Zeit sehr stark verändert.

In der Zeit zwischen der Schliessung der offenen Drogenszene am Zürcher Platzspitz im Februar 1992 und derjenigen am Zürcher Letten im Februar 1995 bestand allgemein eine

²¹ Die Erfolgswahlen der Betriebsphasen II und III bzw. III und IV sind sich mit einer posterioren Wahrscheinlichkeit von 84% bzw. 88% gleich. Vergleichen wir die Erfolgswahlen der Betriebsphasen II und IV, so finden wir marginale Gleichheit mit einer posterioren Wahrscheinlichkeit von 54%.

²² Die Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls der Betriebsphasen I und II bzw. II und III sind sich mit einer posterioren Wahrscheinlichkeit von 79% bzw. 91% gleich. Vergleichen wir jene der Betriebsphasen I und III, so finden wir marginale Gleichheit mit einer posterioren Wahrscheinlichkeit von 61%.

²³ Die beiden posterioren Wahrscheinlichkeiten für einen Unterschied betragen je etwa 99.5%.

Tabelle 10.2.3-1 Resultat der systematischen Nachbeurteilung im 2. Jahr nach Behandlungsaustritt²⁴ aller Durchläufer/innen von *START AGAIN*, die zwischen dem 1. Oktober 1992 und dem 31. Dezember 1997 ausgetreten sind und deren Behandlungsschwerpunkt in die Betriebsphasen I bis IV fällt

Durchläufer/innen-Kohorte	N	Erfolg	Erfolgschance (konservativ)	indifferenter Erfolg	schwerer Rückfall	Wahrheit eines schweren Rückfalls	Therapiedauer (Jahre)	Alter bei Eintritt (Jahre)	Katamnesezeit (Jahre)	Wirksamkeit
I: Okt.'92 bis Dez.'93 [F: 21 / S: 9 / D: 12]	12	9	a) (71 ± 12)%	2	1	(14 ± 9)%	1.3 ± 0.6	25.4 ± 4.6	2.2 ± 0.4	41%
II: Jan.'94 bis März'95 [F: 13 / S: 14 / D: 19]	19	12	a) (62 ± 10)%	4	3	(19 ± 8)%	1.4 ± 0.4	26.8 ± 4.6	1.8 ± 0.3	36%
III: April '95 bis März'96 [F: 8 / S: 5 / D: 17]	17	10	(58 ± 11)%	4	3	(21 ± 9)%	1.6 ± 0.4	26.0 ± 6.4	1.5 ± 0.2	45%
IV: April '96 bis März'97 [F: 8 / S: 8 / D: 18]	(18)	(10)	(55 ± 11)%	(3)	(5)	(30 ± 10)%	1.4 ± 0.3	28.2 ± 5.5	0.9 ± 0.2	38%

mit tendenzieller posteriorer Wahrscheinlichkeit von 81% (bei a) 65%) liegt ein statistischer Unterschied zw. Mittelwerten vor

sehr grosse Nachfrage nach stationären Therapieplätzen (in der Schweiz standen zu jener Zeit ca. 500 Langzeittherapieplätzen etwa 1000 Therapiesuchende gegenüber). Diese Nachfrage zog eine doppelte *Form der Selektion von motivierten Klient/inn/en* nach sich: Zum einen war die Anstrengungshürde, die von Therapiewilligen zu überwinden war, um einen Therapieplatz zu erhalten, höher, zum anderen wurden wenig motivierte Klient/inn/en seitens von *START AGAIN* viel schneller ausgeschlossen als in späteren Phasen.

Nach dem Aufbau und einer ersten Konsolidierung des Therapieprogramms in den ersten beiden Betriebsphasen (Oktober 1992 bis März 1995) setzte *START AGAIN* in der dritten Betriebsphase (April 1995 bis März 1996) zu einer Expansionsbewegung an, es wurde die Liegenschaft *BERNER* in Zürich erworben und umgebaut.

Im Gegensatz zur Annahme von *START AGAIN* einer nach wie vor hohen Nachfrage nach stationären Suchttherapieplätzen setzte im Frühling 1995 aber allmählich eine eher schwankende Nachfrage und schliesslich ab 1996 eine immer klarer rückläufige Nachfrage ein. Dieser Rückgang ist mehrfach begründet, zum einen haben sich in den "Boomjahren" anfangs der 90er Jahre immer mehr, teils minimal qualifizierte "Therapeanbieter" auf den Markt gedrängt, andererseits hat die Finanzknappheit der öffentlichen Hand (auf kommunaler wie nationaler Ebene) privaten Anbietern wie *START AGAIN*, das damals noch sehr wenig Subventionen erhielt und von daher einen auf den ersten Blick relativ hohen Tagesansatz hatte, immer mehr Klient/inn/en entzogen. Schliesslich wurde seit Anfang 1994 die ärztliche Verschreibung von Heroin, Morphin und Methadon sukzessive ausgebaut, deren mehr oder weniger direkter Einfluss auf die Nachfrage

²⁴ Die Nachbeurteilung der ersten fünf Durchläufer/innen von *START AGAIN* fand zu Beginn des 3. Jahres nach deren Behandlungsaustritt statt, daher beträgt die durchschnittliche Katamnesezeit für die Kohorte I 2.2 Jahre. Für 8 der 18 Klient/inn/en der Kohorte IV betrug die Katamnesezeit weniger als 1 Jahr bei der letzten im Rahmen dieser Studie (d.h. Ende Juni 1998) durchgeführten Nachbeurteilung. Die durchschnittliche Katamnesezeit der Kohorte IV liegt deshalb etwas unter einem Jahr, was der Grund dafür ist, dass die entsprechenden Erfolgszahlen in der Tabelle in Klammern gesetzt sind.

nach stationärer Therapie nicht geklärt ist. Ein Stichwort ist hier die Medizinalisierung von "Suchttherapie" und die damit einhergehende latente Normalisierung von Sucht.

Kurz, in der zweiten Hälfte der 90er Jahre hat sich das Blatt gewendet, *START AGAIN* und andere stationäre Therapieeinrichtungen mussten mit einem Mal froh sein, genügend Klient/inn/en rekrutieren zu können, um den Fortbestand der Einrichtung zu sichern. Dies hatte zur Folge, dass einerseits Klient/inn/en aufgenommen wurden, die nicht notwendigerweise zum Stammklientel der Einrichtungen passten, andererseits Klient/inn/en zum Teil in der Einrichtung gehalten wurden, bei denen ein Ausschluss angebracht gewesen wäre. Dass sich dies auf die typischen Erfolgchancen etwa der Durchläufer/innen ausgewirkt hat, wie uns Tabelle 10.2.3-1 nahelegt, scheint leicht nachvollziehbar zu sein.

Die aus der spezifischen Betriebsentwicklung von *START AGAIN* und der allgemeinen Veränderung sozial-, gesundheits-, justiz- und finanzpolitischer Rahmenbedingungen erwachsene Krise von *START AGAIN* erreichte dann im Sommer 1996 ihren Höhepunkt, und die vierte Betriebsphase (April 1996 bis März 1997) umschliesst *START AGAINS* Jahr der Krise.

Zur Abrundung des Bildes erinnern wir daran, dass in der fünften Betriebsphase (April 1997 bis August 1998) die finanzielle Stabilisierung und eine teilweise therapeutische Neukonzeption von *START AGAIN* im Zentrum standen. Seit September 1998 wird schliesslich die Neukonzeption schrittweise umgesetzt, zudem hat sich infolge einer Verringerung der Anzahl von Therapieanbietern sowie seitens von *START AGAIN* einer Anpassung der Taggelder und systematischen Rekrutierungsanstrengungen auch die Nachfragesituation wieder etwas stabilisiert.

Nachbeurteilungsdaten zu den letzten beiden Betriebsphasen liegen noch keine vor.

• **Veränderte Motivationslage bei der Klientel**

Wie bereits angesprochen gehen mit den erwähnten veränderten betriebswirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen nicht nur quantitative Konsequenzen auf der Ebene der Nachfrage, sondern auch qualitative Konsequenz auf der Ebene der Therapiemotivation einher.

Auch wenn sich während den Jahren 1995 bis 1997 wenig am Motivationsprofil geändert hat, das mit Hilfe der FOS-Fragebogen erhoben wurde (s. Tabelle A4.8-1 im Anhang- und Vertiefungsteil A4), so sind doch verschiedene subtile Veränderungen im Zusammenhang mit Therapiemotivation rekonstruierbar.

Erinnern wir uns an die Position von SCHOLZ am Ende von Unterabs. 4.8.1, so ist Motivation zum Entzug bzw. zu einer Therapie "ein komplexer und kontinuierlicher Prozess, der während 'einer Suchtkarriere' in bestimmten lebensgeschichtlichen aktuellen Momenten entlang der biographischen Verstrickung in Kombination mit variierenden Konstellationen konkreter Umweltbedingungen begünstigt, gefördert oder destabilisiert werden kann."

In den genannten Veränderungen betriebswirtschaftlicher und politischer Rahmenbedingungen haben wir im Falle von *START AGAIN* konkrete Beispiele von teils destabilisierenden Umweltbedingungen: *Ein gewisses Mass an latentem Druck oder – positiv konnotiert – von notwendiger Bemühung um einen Therapieplatz ist weggefallen*, was sich scheinbar besonders bei den freiwillig Eingetretenen nachteilig äusserte.

So konnte insbesondere in der ausgeprägten Krisenphase von *START AGAIN* speziell unter dieser Subklientel wiederholt die Meinung angetroffen werden, die ein Klient einmal wie folgt formulierte: "Was habt ihr mir schon zu sagen (,) ich bin ja freiwillig da (...) wenn es mir hier nicht passt (,) dann kann ich jederzeit gehen (.)"

Aus empirischer Sicht ist es zudem interessant zu sehen, dass sowohl für den Rückgang der Erfolgchance wie auch für die Zunahme der Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls von der ersten bis zur vierten Betriebsphase (s. Tabelle 10.2.3-1) genau die entsprechenden Veränderungen bei den *freiwillig* eingetretenen Durchläufer/inne/n massgebend sind. Dies ist aus den Tabellen 10.2.1-1 und 10.2.1-2 klar ersichtlich. Anders formuliert: Für die *unfreiwillig* eingetretenen Durchläufer/inn/en hat sich die empirische Erfolgssituation während den ersten vier Betriebsphasen von *START AGAIN* kaum geändert, und diese Beobachtung führt uns zum letzten Punkt.

- ***START AGAIN* Übergang von der organisierten Grossfamilie zur familialen Organisation**

In der Analyse der Konzept- und Betriebsgeschichte von *START AGAIN* haben wir als ein charakteristisches Strukturmoment den Übergang von der organisierten Grossfamilie zur familialen Organisation rekonstruiert; s. dazu Abschnitt 5.3.

Dieser vielschichtige Übergang ist durch eine Vielzahl an Veränderungen charakterisiert, die alle mehr oder weniger direkte Auswirkungen auf das therapeutische Handeln und damit letztlich die Erfolgsstruktur haben.

Während speziell die ersten beiden Betriebsphasen des Aufbaus und der ersten Konsolidierung durch einen vorwärtsdrängenden, therapeutisch-innovativen *Pioniergeist*, durch viel individuelle *Sonderleistungen* und die *Charismatik des Neuen* geprägt waren – was insbesondere in der ersten Phase durch die damalige räumliche Konzentration auf den Standort Männedorf noch gesteigert war –, so rückten ab der dritten Betriebsphase vor allem kontinuierliche *betriebsorganisatorische Neustrukturierungen* und *therapeutische Professionalisierungsanstrengungen* ins Zentrum, was unter anderem auch eine schrittweise Abkehr von der ursprünglichen Idee des *Ex-Addict-Counseling* bedeutete. Ausserdem wurde über die Jahre ein vielfältiges Erfahrungswissen speziell im Zusammenhang mit der Suchtrehabilitation von Massnahme-Klient/inn/en erarbeitet.

Dieses Erfahrungswissen und die Professionalisierungsanstrengungen haben wesentlich dazu beigetragen, dass sich trotz der im Allgemeinen verschärften Arbeitsbündnisproblematik bei Massnahme-Klient/inn/en (s. Unterabs. 6.1.2) und trotz den oben genannten verschärften Rahmenbedingungen für die therapeutische Alltagspraxis die Erfolgsstruktur bei den *unfreiwillig* Eingetretenen über die Jahre nicht verändert hat. Aus den Tabellen 10.2.1-1 und 10.2.1-2 geht deutlich hervor, dass sich für die *unfreiwillig* Eingetretenen weder die Erfolgchance verringert noch die Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls vergrössert hat.

Vor dem Hintergrund der Ausführungen in diesem Unterabschnitt sowie jener zur Bedeutung des Therapieaufenthaltes bei Spätabbrecher/inne/n in Unterabs. 10.2.2 sind wir geneigt, folgende formale Grösse als Mass für die jeweilige **Wirksamkeit** des therapeutischen Programms von *START AGAIN* während den verschiedenen Betriebsphasen einzuführen:

$$\text{Wirksamkeit} = \frac{\text{Anzahl Durchläufer/innen}}{\text{Anzahl Durchläufer/innen} + \text{Anzahl Spätabbrecher/innen}} \times \text{Erfolgschance der Durchläufer/innen}$$

In Worten besagt diese Definition, dass je höher die durchschnittliche Erfolgschance der Durchläufer/innen ist, umso höher ist die Wirksamkeit des Programms zu veranschlagen. Die Erfolgschance der Durchläufer/innen wählen wir aus dem pragmatischen Grunde, dass in *START AGAIN* sehr gute Katamnese-daten zu fast allen Durchläufer/innen vorliegen, dass dem jedoch für die Spätabbrecher/innen weniger so ist und praktisch gar keine katamnesticen Daten über die Frühabbrecher/innen vorliegen.

Als Zweites berücksichtigt die obige Formel der Wirksamkeit, dass diese als umso geringer anzusetzen ist, je geringer der Anteil an Durchläufer/innen und je grösser der Anteil an Spätabbrecher/innen ist. Die Frühabbrecher/innen werden nicht berücksichtigt, weil sie typischerweise nur sehr minimal am therapeutischen Programm von *START AGAIN* teilnehmen – sie verlassen die Einrichtung gewissermassen innerhalb der "Probezeit".

Mit anderen Worten: *Die oben definierte Wirksamkeit gibt eine untere Schranke (einen Minimalwert) für die Chance der Teilklientel der Spätabbrecher- und Durchläufer/innen zusammen, im zweiten Jahr nach Austritt aus der Behandlung als erfolgreich rehabilitiert zu gelten.*

In der letzten Spalte der Tabelle 10.2.3-1 haben wir die Wirksamkeit des Therapieprogramms von *START AGAIN* für jede der ersten vier Betriebsphasen errechnet – in der ersten Spalte finden sich die dafür notwendigen absoluten Zahlen an Frühabbrecher/innen (F), Spätabbrecher/innen (S) und Durchläufer/innen (D), die der jeweiligen Betriebsphase zuzurechnen sind.

Die Verlaufskurve der Wirksamkeit beginnt nun in der Aufbauphase von *START AGAIN* (Oktober 1992 bis Dezember 1993) bei einem Wert von 41%. Sie sinkt dann in der therapieprogramm-konsolidierenden zweiten Betriebsphase (Januar 1994 bis März 1995) auf 36%, um in der expansiven dritten Phase des Erwerbs und Umbaus der Liegenschaft BERNER in Zürich (April 1995 bis März 1996) auf den vorläufigen Höchstwert von 45% zu steigen. In der vierten Betriebsphase (April 1996 bis März 1997), der Phase der Finanzkrise und der Krisenbewältigung, sinkt die Wirksamkeit wieder etwas ab auf 38%, was aber interessanterweise *nicht* den Tiefstwert bedeutet – d.h. Krise ist hier *nicht* blind mit geringer therapeutischer Wirksamkeit gleichzusetzen. Für die vorläufig letzte abgeschlossene Betriebsphase von *START AGAIN* (April 1997 bis August 1998), die Phase der finanziellen Konsolidierung und teilweisen therapeutischen Neukonzeption, liegen noch keine Zahlen vor.

Zum Schluss dieses Unterabschnittes halten wir fest, dass die obige Diskussion eindrücklich aufzeigt, wie sowohl einrichtungsspezifische betriebswirtschaftliche als auch allgemeine sozial-, gesundheits-, justiz- und finanzpolitische Rahmenbedingungen auf die Wirksamkeit eines suchttherapeutischen Programms einen vielschichtigen direkten und indirekten Einfluss ausüben.

10.2.4 Zusammenfassung: Kontrastierung der Erfolgszahlen von *START AGAIN* mit solchen aus zwei anderen Studien

In dieser Zusammenfassung wollen wir – eingedenk der allgemeinen Problematik bei Vergleichen von Wirksamkeitsstudien – die Erfolgszahlen von *START AGAIN* während den ersten vierdreiviertel Jahren übersichtsmässig ins Verhältnis setzen zu den Erfolgszahlen in zwei besonders gut dokumentierten und für unseren Kontext relevanten Studien. Wir verweisen zum einen auf die deutsche Studie von H. KAMPE und D. KUNZ, *Was leistet Drogentherapie? Evaluation eines stationären Behandlungsprogramms* (Beltz, Weinheim und Basel, 1983), zum anderen auf die kürzlich erschienene schweizerische Studie von A. DOBLER-MIKOLA, R.H.U. WETTACH und A. UCHTENHAGEN, *Stellenwert stationärer Langzeittherapien für Suchtverlauf und soziale Integration Drogenabhängiger* (Inst. für Suchtforschung, Zürich, 1998).

Wegen den im Allgemeinen sehr unterschiedlichen Operationalisierungsweisen von Therapieerfolg beschränken wir uns im Nachfolgenden hauptsächlich auf eine Diskussion entlang der Rehabilitationsdimension Drogenfreiheit bzw. Drogenrückfall, die in der Literatur generell als validestes (wenn auch nicht unbedingt als adäquatestes) Kriterium für Therapieerfolg erachtet wird.

- **Die Studie von KAMPE und KUNZ (1983)**

KAMPE und KUNZ untersuchten zwischen 1975 und 1979 eine therapeutische Gemeinschaft in Deutschland, die sich durch ein dreistufiges, abstinentorientiertes, lerntheoretisch begründetes Therapieprogramm von neunmonatiger Normaldauer auszeichnete. In die Studie gingen 108 Klient/inn/en ein, 75 von ihnen (69%) konnten nach einem durchschnittlichen Katamnesezeitraum von 2.71 ± 0.82 Jahren (minimal 18 und maximal 60 Monaten) erreicht werden.²⁵ Alle nichterreichten Klient/inn/en wurden konservativ als Nichterfolge beurteilt; 11 Klient/inn/en (10%) sind während der Katamnesezeit verstorben.²⁶

Die 108 Klient/inn/en teilen sich auf in 27 Durchläufer/innen (25%), 29 Spätabbrecher/innen (27%) und 52 Frühabbrecher/innen (48%). Die durchschnittlichen Aufenthaltszeiten in der Therapie betragen bei den Durchläufer/innen 0.73 ± 0.21 Jahre, bei den Spätabbrecher/innen 0.32 ± 0.12 Jahre und bei den Frühabbrecher/innen 0.15 ± 0.09 Jahre.²⁷

Das Kriterium für Therapieerfolg wird in KAMPE und KUNZ (1983: 164) wie folgt angesetzt: (1) maximal 20% des Katamnesezeitraumes rückfällig; (2) z.Zt. der Nachuntersuchung mindestens 6 Monate drogenfrei; (3) Institutionalisierungen, Haftzeiten u.ä. gelten als Rückfallzeiten; (4) kein exzessiver Nebendrogenkonsum zum Zeitpunkt der Nachkontrolle.

Wir bemerken, dass unsere "äusserlichen" Kriterien für die Beurteilung von Therapieerfolgen diesem Kriterium ähnlich sind, zum Teil aber etwas strenger sind: Wir lassen unter (1) höchstens einen isolierten, einmaligen Vorfall von Drogenkonsum zu und entsprechend entfällt bei uns die Forderung (2).

Nach diesem Kriterium gelten 19 Durchläufer/innen, 7 Spätabbrecher/innen und 5 Frühabbrecher/innen (insgesamt 29%) als erfolgreich rehabilitiert. Unter ihnen haben sich als

²⁵ Von allen Durchläufer/inne/n konnten 25 (93%), von allen Spätabbrecher/inne/n 17 (59%) und von allen Frühabbrecher/inne/n 33 (63%) erreicht werden. D.h. die Durchläufer/innen sind sehr gut repräsentiert in den Katamnese-daten.

²⁶ KAMPE und KUNZ (1983: 164f.).

²⁷ KAMPE und KUNZ (1983: 160).

vollständig drogenfrei (im Sinne von kein Drogenkonsum während der Katamnesezeit) und gut rehabilitiert (s. Kriterium oben) 13 Durchläufer/innen, 2 Spätabbrecher/innen, aber kein/e Frühabbrecher/in (insgesamt 14%) erwiesen.²⁸

*Als konservative (d.h. als gesicherte minimale) Erfolgchance – Erfolg im Sinne von kein Drogenkonsum während der Katamnesezeit – errechnet sich somit für die Durchläufer/innen dieser Studie ein Wert von $(48 \pm 9)\%$ und für alle ausgetretenen Klient/innen zusammen von $(15 \pm 3)\%$.*²⁹

• Die Studie von DOBLER-MIKOLA, WETTACH und UCHTENHAGEN (1998)

In der kürzlich veröffentlichten Studie von DOBLER-MIKOLA, WETTACH und UCHTENHAGEN wurden Klient/inn/en, die zwischen Juli 1991 und Dezember 1993 aus einer von neun schweizerischen Therapieeinrichtungen ausgetreten waren, untersucht. Die berücksichtigten Therapieeinrichtungen zeichnen sich dabei durch stationäre, abstinenzorientierte, typischerweise 18-monatige Stufenprogramme aus. Von 417 im Untersuchungszeitraum ausgetretenen Klient/inn/en konnten 275 (66%) nach einer durchschnittlichen Katamnesezeit von 1.08 ± 0.14 Jahren nachbefragt werden; 22 (5%) sind in der Katamnesezeit verstorben.³⁰

106 (39%) der 275 Nachbefragten sind Durchläufer/innen und 169 (61%) sind Therapieabbrecher/innen. Die durchschnittliche Therapieaufenthaltsdauer aller 275 untersuchten Klient/innen zusammen liegt bei 0.97 ± 0.84 Jahren.³¹

Unter allen 275 Befragten geben 63 Durchläufer/innen und 34 Abbrecher/innen (insgesamt 35%) an, dass sie in der Katamnesezeit keine harten Drogen (d.h. Opiate und/oder Kokain) konsumiert haben. Unter Berücksichtigung der Dimensionen Arbeitsintegration und unproblematischer Legalstatus gelten dabei 42 Durchläufer/innen und 8 Abbrecher/innen (insgesamt 18%) als erfolgreich rehabilitiert und 21 Durchläufer/innen und 26 Abbrecher/innen (insgesamt 17%) als teilrehabilitiert aber drogenfrei. Als schwere Rückfälle im Sinne von Rückkehr in den (fast) täglichen Konsum harter Drogen sind 15 Durchläufer/innen und 59 Abbrecher/innen (insgesamt 27%) zu erachten.³²

Gestützt auf die 275 Nachbefragten Klient/inn/en errechnet sich³³ für die Durchläufer/innen dieser Studie eine Erfolgchance – Erfolg im Sinne von kein Konsum harter Drogen während der Katamnesezeit – von $(59 \pm 5)\%$ und für alle ausgetretenen Klient/inn/en zusammen von $(35 \pm 3)\%$. Wird bei der Erfolgsbeurteilung zusätzlich Arbeitsintegration und ein unproblematischer Legalstatus mitberücksichtigt, so beläuft sich die Erfolgchance bei den Durchläufer/innen auf $(40 \pm 5)\%$ und bei allen ausgetretenen Klient/inn/en zusammen auf $(18 \pm 2)\%$.

Als Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls (eines Rückfalls in den (fast) täglichen Konsum harter Drogen) berechnet sich – gestützt auf die 275 nachbefragten Klient/inn/en – für die Durchläufer/innen ein Wert von $(15 \pm 3)\%$ und für alle ausgetretenen Klient/inn/en zusammen von $(27 \pm 3)\%$.

²⁸ KAMPE und KUNZ (1983: 167).

²⁹ Siehe Gleichungen (G2) und (G3) in Unterabs. 2.3.2.

³⁰ DOBLER-MIKOLA, WETTACH und UCHTENHAGEN (1998: 33ff.).

³¹ Für die Gesamtheit der in der untersuchten Zeitspanne ausgetretenen 417 Klient/inn/en beläuft sich das Verhältnis zwischen Durchläufer/innen und Abbrecher/innen auf 142 (34%) zu 275 (66%). Separate Angaben zu den Aufenthaltszeiten der Durchläufer/innen und Abbrecher/innen liegen leider nicht vor; s. DOBLER-MIKOLA, WETTACH und UCHTENHAGEN (1998: 58f.)

³² DOBLER-MIKOLA, WETTACH und UCHTENHAGEN (1998: 64ff.).

³³ Siehe Gleichungen (G2) und (G3) in Unterabs. 2.3.2.

- **Zusammenfassung der empirischen Erfolgsdaten der vorliegenden Fallstudie von START AGAIN**

Die zwischen dem 1. Oktober 1992 und dem 30. Juni 1997 erfolgten Therapieaustritte aus START AGAIN umfassen 58 Durchläufer/innen, 36 Spätabbrecher/innen und 51 Frühabbrecher/innen. In Prozenten ausgedrückt: Unter den 145 ausgetretenen Klient/innen dieser Zeitspanne traten 40% regulär aus, nachdem sie das Therapieprogramm vollständig durchlaufen hatten, und zwar innerhalb von durchschnittlich 1.40 ± 0.44 Jahren; 25% brachen spät nach etwa 0.77 ± 0.33 Jahren, typischerweise in der Phase III des Behandlungsprogramms, ab; und 35% brachen früh, d.h. innerhalb der ersten eins bis zwei Monate (0.15 ± 0.09 Jahre), gewissermaßen in der "Probezeit", ab.

Von den untersuchten 145 Klient/innen sind 10 (7%) in der Katamnesezeit verstorben.

Unter den 58 Durchläufer/innen gelten 37 (64%) und unter den 36 Spätabbrecher/innen 3 (8%) nach einer durchschnittlichen Katamnesezeit von 1.68 ± 0.48 Jahren als eindeutige Therapieerfolge (d.h. kein Drogenkonsum während der Katamnesezeit und eine klare relative Autonomiesteigerung). 10 Durchläufer/innen (20%) und 24 Spätabbrecher/innen (67%) müssen als schwere Rückfälle (d.h. (fast) täglicher Drogenkonsum und keine klare Autonomiesteigerung) erachtet werden.

Über den Rehabilitationsstatus der 51 Frühabbrecher/innen ist sehr wenig bekannt. Aus der Sicht einer konservativen Erfolgsbeurteilung müssen wir sie als Nichterfolge bewerten.

Für die Durchläufer/innen von START AGAIN ist eine konservative Erfolgchance – Erfolg im Sinne von kein Konsum harter Drogen während der Katamnesezeit und eine klare relative Autonomiesteigerung – von $(63 \pm 6)\%$ kennzeichnend. Für alle ausgetretenen Klient/innen zusammen beträgt die konservative Erfolgchance $(28 \pm 4)\%$.

Als Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls (eines Rückfalls in den täglichen Konsum harter Drogen) berechnen wir für die Durchläufer/innen einen Wert von $(18 \pm 5)\%$.

Da keine Daten zu den Frühabbrecher/innen vorliegen, können wir keine angemessene Aussage über die Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls bei allen ausgetretenen Klient/innen machen.

Für die Teilklientel aller Durchläufer- und Spätabbrecher/innen zusammen besitzen wir jedoch Daten, da beläuft sich die Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls auf $(36 \pm 5)\%$. Mit anderen Worten: Für die START AGAIN-Teilklientel aller Durchläufer- und Spätabbrecher/innen zusammen liegt die Chance, im zweiten Jahr nach Therapieaustritt teilweise oder vollständig rehabilitiert zu sein, bei $(64 \pm 5)\%$.

11 Zusammenfassung, Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit der Resultate der Fallstudie

Im ersten Abschnitt dieses Kapitels geben wir eine Reflexion seitens des Gesamtleiters von *START AGAIN*, Dr. Gerhard SCHOLZ, dazu, wie die praxisorientierte Forschungstätigkeit, deren Umsetzung im Rahmen der vorliegenden Fallstudie angestrebt wurde, von der Praktikerseite her erfahren wurde und welche Bedeutung Therapieforschung dieser Art aus seiner Sicht für die Praxis weiterhin haben kann.

Im zweiten Abschnitt geben wir eine theseartige Zusammenfassung der wichtigsten Einsichten und Resultate, die aus der Fallstudie von *START AGAIN* erwachsen, und kommentieren ihre Generalisierbarkeit und mögliche Übertragbarkeit auf andere therapeutische und beraterische Handlungskontexte.

11.1 Therapieforschung in *START AGAIN* aus der Sicht der Einrichtungsleitung¹

Einer der Grundgedanken in *START AGAIN* war immer schon, eine Komplementarität von unter Handlungsdruck stehendem, klinisch-praktischem Handeln und tendenziell handlungsentlasteter wissenschaftlich, methodisch kontrollierter Analyse anzustreben.

Über das vom Bundesamt für Justiz (BAJ) finanzierte Forschungsprojekt war es *START AGAIN* möglich, die leider vielerorts vorherrschende Trennung beider Bereiche, nicht nur zu vermeiden, sondern anstatt dessen, sie zu einer Einheit verschmelzen zu lassen.

Eine durchdachte Forschungskonzeption – so wie sie von Dr. Urban M. STUDER skizziert und umgesetzt wurde – kann gar nicht anders als je fallspezifisch vorzugehen. Dies heisst, es werden erst einmal natürliche Protokolle von sozialer Wirklichkeit analysiert, die immer konkrete Einzelfälle verkörpern. Weil dem so ist, unterscheidet sich das Vorgehen in dieser Art Forschungsverständnis grundsätzlich nicht vom praktisch-therapeutischen Handeln in einem Suchttherapiezentrum, in dessen Zentrum die Bearbeitung von beschädigter Autonomie steht: Im Hinblick auf den jeweils dem Handeln zugrundeliegenden Einzelfall erscheint die wissenschaftliche Tätigkeit wie eine auf unmittelbar praktische Problemstellungen bezogene angewandte Handlungsanleitung und

¹ Verfasst von Dr. Gerhard SCHOLZ, Gesamtleiter von *START AGAIN*.

Beratung. Für die Interventionspraxis ergeben sich hieraus eine Vielzahl von Service-Leistungen, z.B.:

- Methodische Supervision von Daten- und Dokumentenauswertungen: Problemfokusbestimmung, Problemlösungsstrategien, Zerlegung der Problemlösung in Teilschritte, therapeutische Arbeitsbündnisklärung.
- Evaluation unseres Konzeptes im Hinblick auf die angemessene Berücksichtigung seiner süchtigkeitspezifischen Zweckmässigkeit, Theorie- und Modellbildung wird unmittelbar einbezogen, Strukturgesetzmässigkeiten konkreter Fälle werden unmittelbar in theoretischen Begriffen expliziert.
- Geringer Kostenaufwand, überschaubarer Zeitaufwand: Es reichen wenige Fälle (Sequenzen), um zu umfassenden Aussagen zu gelangen. Das Verfahren als solches ist – sofern man gewisse anfängliche Berührungängste aus seinem Alltagsverständnis von *normal science* überwunden hat – wenig technisch. Es kann im Prinzip leicht erlernt und auch von Praktikern in seinen Schlussfolgerungen leicht nachvollzogen werden.
- Anstieg an Flexibilität und Spielräumen: Die Analysen und Ergebnisse der wissenschaftlichen Tätigkeit sind extrem fallnah und gegenstandskonkret, intersubjektiv nachprüfbar und von daher für den Kliniker griffig und in ihren praktischen Folgen reichhaltig und optionsfördernd. Somit wird Gewähr dafür geboten, dass sehr schnell und ohne grosse Vorbereitung auf überraschende, neue und unerwartete Problemstellungen reagiert werden kann.

So interessant qualitative Verfahren für den klinischen Alltag sind, so wenig können sie häufigkeitsanalytische, standardisierte Verfahren ersetzen. Für uns ist es von daher ausserordentlich hilfreich, mit U.M. STUDER einen Wissenschaftler für die Evaluation im Hause zu haben, der wirklich in der Lage ist, qualitative Ansätze mit quantitativen sinnvoll und von der Sache her begründet zu vernetzen. Über seine systematischen Rekonstruktionsarbeiten wurde einerseits die Basis dafür geliefert, Hypothesenbildung und die Konstruktion von Messinstrumenten sachhaltig zu begründen und ein teures *trial-and-error*-Verfahren bzw. einen riskanten *motivated-guesses*-Prozess zu vermeiden; andererseits ist U.M. STUDER als Fachmann für bayesische Statistik sehr wohl in der Lage auch aus kleinen Populationen für uns als Kliniker ausserordentlich spannende und interessante quantitative Analyseergebnisse zu produzieren, deren Aussagekräftigkeit über seine Schulung der MitarbeiterInnen im Hinblick auf sachhaltige textanalytische Verfahren gemeinsam interpretiert werden können. Es entstehen von daher keine unnötigen Datenfriedhöfe und MitarbeiterInnen lernen, dass alle Arten von Daten bzw. Protokollen letztendlich Resultat von sozialen Wirklichkeitskonstruktionen sind. Dieser Schulungsprozess wiederum fördert die Geschmeidigkeit und Flexibilität des therapeutischen Arbeitens hinsichtlich unterschiedlichsten Gegenstandsansforderungen und Problemstellungen.

Therapieforschung – so wie wir sie in unserem Projekt erfahren und miterleben durften – stellt von daher eine direkte, methodisch kontrollierte Basis für unseren Therapiealltag dar.

11.2 Thesenartige Zusammenfassung und abschliessende Bemerkungen zur Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit der Resultate der Fallstudie

In der Gliederung dieser Zusammenfassung folgen wir dem grossen Bogen der Inhaltsorganisation der vorliegenden Studie mit ihren vier zentralen Themenkreisen:

- I. Methodologischer und methodischer Rahmen der Studie
- II. Die Klientel von *START AGAIN*
- III. Das Besondere und das Allgemeine von *START AGAIN*
- IV. Prozess- und Effektevaluation. Was bewirkt *START AGAIN* wie?

11.2.1 ad I: Methodologischer und methodischer Rahmen der Studie

- **Methodische Intervision und Supervision, Qualitätsmanagement**

Der in Kapitel 2 aufgespannte methodologische und methodische Rahmen mit seinen klinisch-rekonstruktionslogischen und standardisiert-subsumtionslogischen Techniken stellt eine allgemeine Grundlage für *methodische Intervision und Supervision* sowie *einzelfall-angepasstes Qualitätsmanagement*² dar. Die Techniken sind überall da anwendbar, wo einerseits ein Fall in seiner Einmaligkeit und Besonderheit interessiert, andererseits für empirische Generalisierungen nur relativ kleine Zahlen zur Verfügung stehen.

- **Grundbegriffe und Sozialisationsmodell einer strukturalistischen und pragmatistischen Theorietradition**

Die in Kapitel 2 und 3 eingeführten Grundbegriffe wie (latente) Sinnstruktur, autonome Lebenspraxis, Fallstruktur(gesetzlichkeit), das komplementäre Paare von Krise und Routine, von diffusen oder personalen und spezifischen oder rollenförmigen Sozialbeziehungen etc. sowie das vorgestellte Strukturmodell der familialen Sozialisation haben sich als überaus tragfähig erwiesen, um Problem- und Aufgabenstellungen in sozialrehabilitatorischen, sozialarbeiterischen, pädagogischen, sonderpädagogischen, therapeutischen, beratenden und ähnlichen Handlungsfeldern sachadäquat zu konzeptualisieren und entsprechende konkrete Handlungsorientierungen abzuleiten.

Ein strukturalistischer Problemlösungszugang birgt in sich ein naturwüchsiges Potenzial zur *Ressourcenorientierung*, im Gegensatz etwa zu routinisiertem Subsumieren unter tendenziell defizitäre Kategorien. Des Weiteren ist dieser Zugang wegen seiner ausgesprochenen *Prozessorientierung* – denn im zentralen Begriff der Fallstruktur(gesetzlichkeit) fallen die Pole Struktur und Prozess zusammen – maximal dynamik-, transformations-, und innovationsförderlich.

² Vgl. dazu die im Rahmen der vorliegenden Fallstudie von *START AGAIN* verfasste Diplomarbeit von Arndt MÜLLER, *Qualitätssicherung in der stationären Suchttherapie. Rekonstruktive Verfahren als Instrumente der Qualitätssicherung* (Berufsakademie Villingen-Schwenningen, 1997).

11.2.2 ad II: Die Klientel von *START AGAIN*

• Die Ausgangslage: Strukturmodell suchtspezifisch beschädigter Lebenspraxis

Suchtspezifisch beschädigte Lebenspraxis ist aus strukturalistischer Sicht allgemein als beschädigte Autonomie zu verstehen, die spezifisch dadurch gekennzeichnet ist, dass Poligkeiten, Komplementaritäten oder widersprüchliche Einheiten,³ die Lebenspraxis charakterisieren bzw. für diese konstitutiv sind, entweder dichotom aufgespalten sind in jeweils zwei unvermittelte Extreme oder dass sie umgekehrt gewissermassen kurzgeschlossen sind in nicht genügend ausdifferenzierten Praxisformen. Mit anderen Worten: Es fehlt generell entweder die Mitte oder besser die dynamische Vermittlung zwischen entgegengesetzten Extremen, oder es sind komplementäre Handlungstypen, die konstitutiv lebenspraktische Handlungsfelder aufspannen, nicht ausdifferenziert. Wir haben also die pathologische Gestalt eines entweder dichotom aufgespaltenen oder dann kurzgeschlossenen "*Entweder-oder-Denkens, -Fühlens und -Handelns*" bzw. eines ständigen "*Alles-oder-nichts*".

Als die ausgeprägtesten problematischen Komplementaritäten oder widersprüchlichen Einheiten im Falle von Sucht haben wir in Kapitel 3 die folgenden rekonstruiert:

- (1) Kurzgeschlossene widersprüchliche Einheit von Entscheidungszwang und Begründungsverpflichtung;
- (2) Problematisches Verhältnis zwischen Krise und Routine, Leben und Tod;
- (3) Scheinautonomie im Spannungsverhältnis von Autonomie und Heteronomie;
- (4) Kluft zwischen Empfindungen oder Gefühlen und Verstand;
- (5) Problematische Perspektivenübernahme und Ich-Andere-Abgrenzung, Narzissmus;
- (6) Komplementarität von Allmacht und Ohnmacht, von Täter- und Opferhaltung, von Eigeninteresse und Gemeinwohl;
- (7) Problematische Gestaltung diffuser/personaler und spezifischer/rollenförmiger Sozialbeziehungen;
- (8) Im Spannungsfeld von Rebellion und Anpassung, von Ausseralltäglichkeit und Alltäglichkeit; und
- (9) Vergangenheit und Herkunft im Spannungsverhältnis zur Zukunft.

Vor dem Hintergrund rekonstruierter Familiengeschichten, Biographien und Interviews kann Sucht nicht als blosse Suchtmittelabhängigkeit verstanden werden, es handelt sich dabei vielmehr um eine basale Störung, die insbesondere im Kontext der sozialisatorischen Genese von Autonomie zu sehen ist. Entsprechend erschöpft sich die suchtrehabilitatorische Aufgabenstellung nicht in der Umsetzung von *Re-Sozialisation*, vielmehr ist in je fallspezifischer Weise teils in bedeutendem Masse *Nach-Sozialisation* zu leisten.

Die konkrete therapeutische Antwort von *START AGAIN* auf diese Problematik fassen wir im nachfolgenden Unterabschnitt zusammen.

³ Der dialektische Begriff der "**widersprüchlichen Einheit**" fasst die produktive, d.h. Dynamismus entbindende, Gleichzeitigkeit von aufeinander bezogenen, aber in nicht auszugleichendem (sinnstrukturelem) Widerspruch zueinander stehenden Gegensatzpaaren.

- **Statistisches Profil der Klientel von *START AGAIN* bei Eintritt im schweizerischen Vergleich**

In den Jahren 1993 bzw. 1995 bis 1997 unterscheidet sich die Klientel von *START AGAIN* statistisch gesehen *generell sehr wenig* von der Poolklientel der im FOS⁴ zusammengesetzten stationären Suchttherapieeinrichtungen der Schweiz. Entlang den deskriptiv-statistischen Dimensionen: soziodemographische Grundangaben, Eintrittssituation bzw. strukturelle Integration im Jahr vor der Behandlung, strukturelle Ressourcen und Defizite, soziales Netz, Drogenkonsum und Drogenerfahrungen, Gesundheit, Institutionserfahrungen und Justizkontakte und Therapiemotivation sind die zwei wichtigsten Variablen, in denen ein markanter Unterschied zwischen der Klientel von *START AGAIN* und der FOS-Poolklientel auszumachen ist, die folgenden beiden:

- (1) Das Verhältnis von unfreiwillig (d.h. aufgrund einer Massnahme, einer vormundtschaftlichen oder ärztlichen Zuweisung) in die Behandlung Eintretenden zu freiwillig Eintretenden ist in *START AGAIN* (kumuliert über die Zeitspanne 1993 bis 1997) mit 62% zu 38% praktisch genau umgekehrt zu jenem der Verbund-FOS-Poolklientel, wo es 39% zu 61% beträgt.
- (2) Der Grossteil der Klientel von *START AGAIN* (73%) stammt aus dem Kanton Zürich und da insbesondere aus dem Grossagglomerationsraum Zürich, wohingegen nur knapp die Hälfte der FOS-Poolklientel ihren letzten Wohnsitz vor Therapieeintritt in einer Grossagglomeration hatte.

Dieses Faktum verbindet sich mit der Programmatik von *START AGAIN*, Suchttherapie an dem Orte zu realisieren, wo Süchtige (mindestes teilweise) sozialisiert wurden und nach der Therapie mit grösster Wahrscheinlichkeit leben werden, sowie der Maxime, dass für Suchttherapie nicht Ausgrenzung aus, sondern Integration in die Gesellschaft Thema sein muss, da Drogensucht nur als die Spitze des Eisberges eines gesamtgesellschaftlichen Problems anzusehen ist, jenem von Süchtigkeit (s. unten).

Die *Eintrittsmodalität* (Freiwilligkeit bzw. Unfreiwilligkeit des Therapieeintritts) stellt empirisch gesehen die wichtigste Variable beim Unterscheiden der *START AGAIN*-Klientel von der FOS-Poolklientel dar. Im Zusammenhang mit dem hohen Anteil an Massnahmeklient/inn/en bei *START AGAIN* ist es dann auch verständlich, weshalb die Klientel von *START AGAIN* durchschnittlich mehr Institutionserfahrungen und Justizkontakte aufweist, als dies im FOS-Pool der Fall ist.

11.2.3 ad III: Das Besondere und das Allgemeine von *START AGAIN*

- **Zur Konzept- und Betriebsgeschichte von *START AGAIN***

Als den Gesamtbetrieb und die Gesamtorganisation von *START AGAIN* prägende Bestimmungsmomente haben wir in Kapitel 5 die produktive Gleichzeitigkeit verschiedener strukturlogisch entgegengesetzter Pole rekonstruiert und sie in folgenden Punkten zusammengefasst:

- (1) zwischen organisierter Grossfamilie und grossfamiliärer Organisation;
- (2) zwischen Alltag als Therapie und Therapie als Alltag;

⁴ FOS bezeichnet den vom Bundesamt für Gesundheit subventionierten Forschungsverbund stationäre Suchttherapie, dessen Aufgaben "eine flächendeckende Evaluation stationärer dorgentherapeutischer Einrichtungen in der Schweiz" ist; s. Kapitel 4.

- (3) therapeutische versus betriebswirtschaftliche Perspektive;
- (4) zwischen Wandel als Konstante und Konstanz im Wandel;
- (5) Orientierung am Ideal der lernenden Organisation;
- (6) Professionalisierung therapeutischen Handelns; und
- (7) das soziokulturelle Spannungsfeld von Stadt (Zürich) und Land (Männedorf).

Zum Punkt (5) ist gestützt auf Erfahrungen in *START AGAIN* als These festzuhalten, dass eine Organisation in dem Masse eine *lernende Organisation* ist, wie die Menschen dieser Organisation intrinsisch motiviert sind zu lernen. Rahmenbedingungen, die Lernen fördern, können klar geschaffen werden, Lernwilligkeit kann aber nicht verordnet werden.

Auf den Punkt (6) gehen wir im übernächsten Thesenpunkt ein.

- **Zur Fallstrukturgesetzlichkeit von *START AGAIN***

Was die allgemeine Strukturlogik von *START AGAIN* anbelangt, so ist der Strukturkern der Einrichtung als eine *vielschichtige und vieldimensionale widersprüchliche Einheit* charakterisiert, wo die verschiedenen Dimensionen untereinander nach ihrer spezifischen genesungsprozess-logischen Reichweite geordnet sind: Selbsthilfe entlang dem Zwölf-Schritte-Programm der *Anonymen Narkotiker* zur Bearbeitung problematischer Lebensstilelemente, professionelle Therapie zur Bearbeitung von Lebensthemen und das *Vipassana*-Praxissystem zur Bearbeitung von Süchtigkeit und von Lebenssinnfragen stehen einander je paarweise gegenüber, und zwar jeweils sowohl mit Strukturgemeinsamkeiten wie auch mit unversöhnlichen Strukturgegensätzen. Des Weiteren stellt jedes interventive Grundelement in sich selbst eine vieldimensionale widersprüchliche Einheit dar.

Das Zwölf-Schritte-Programm der *Anonymen Narkotiker* ist geprägt durch die Grundfigur eines ständigen zyklischen Wiederholens der Schritte in einem prinzipiell nicht abschliessbaren Prozess. Es handelt sich um eine schrittweise gegliederte Bewegungsform, die die Verschränkung zweier an sich gegensätzlicher Bewegungsmodelle darstellt: einem auf Vertiefen durch Wiederholen basierenden Spiralmodell und einem linearen Fortschrittsmodell. Die Strukturformel für professionelles therapeutisches Handeln lautet "*Fallverstehen in der Begegnung*" (s. den nächsten Thesenpunkt) und thematisiert das familiengeschichtlich und individualbiographisch Besondere vor dem Hintergrund des sozial Allgemeinen, während, gewissermassen reziprok dazu, sich der Strukturkern der *Vipassana*-Praxis formelmässig fassen lässt als "*Verstehen letzter Wirklichkeit in der Selbstbegegnung*", wobei es um das Verstehen des strukturgesetzlich Allgemeinen des Daseins geht vor dem Hintergrund des individuell erfahrenen Besonderen.

Von seiner Konzeptionalisierung und von seiner konkreten Geschichte her ist das Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige *START AGAIN* als vielschichtige und vieldimensionale "Sowohl-als-auch-Gestalt" zu verstehen; und wir schliessen, dass im Realisierungsfalle dieser Gestalt das entsprechende "Sowohl-als-auch-Denken, -Fühlen und -Handeln" maximal mit dem pathologischen entweder dichotom aufgespaltenen oder kurzgeschlossenen "Entweder-oder-Denken, -Fühlen und -Handeln" der Klientel kontrastiert. Umgekehrt haben wir im Falle des Auseinanderbrechens der dialektisch gebundenen Strukturpole von *START AGAIN*, gewissermassen auf der Gesamtebene der Einrichtung, eine latente bis manifeste Reproduktion der Strukturlogik süchtigen Handelns.

Als roter Faden, entlang dem sich die therapeutische Vermittlungsarbeit der verschiedenen, einander strukturell entgegengesetzten Handlungsorientierungen und Interventionselemente konkret organisiert, dient auf der einen Seite die rekonstruierte, je spezifische Fallstruktur einer Klientin oder eines Klienten und auf der anderen Seite das Suchtver-

ständnis von *START AGAIN*, das – zumindest vom Modell her – einen ganzheitlichen, therapeutisch-geistigen Genesungsprozess skizziert, der auf die vollständige Rückgewinnung bzw. Ausbildung lebenspraktischer Autonomie gerichtet ist.

- **Allgemeines Strukturmodell professionellen therapeutischen Handelns**

Das im Zusammenhang mit der allgemeinen Strukturlogik von *START AGAIN* in Kapitel 7 explizierte Strukturmodell professionellen therapeutischen Handelns legt eine generelle Handlungsorientierung für die Bereiche Therapie und Beratung vor.⁵ Der Strukturkern dieses Modells wird mit der dialektischen Formel von "Fallverstehen in der Begegnung" gefasst, die auf eine vieldimensionale widersprüchliche Einheit verweist von:

- (1) praktischer Vermittlung von Theorie und Praxis;
- (2) einerseits Krisenthematisierung, andererseits Routinisierung ausseralltäglicher (partiell stellvertretender) Krisenbewältigungen oder systematische Erneuerung durch Krisenbewältigung; und
- (3) Handeln als ganze Person und unpersönliches Rollenhandeln, d.h. die produktive Gleichzeitigkeit der entgegengesetzten Strukturtypen der diffusen und funktional-spezifischen Sozialbeziehung, von Nähe und Distanz.

- **Suchttherapie, ohne – zumindest potenziell – systematisch Süchtigkeit zu bearbeiten, ist letztlich Symptombehandlung**

Der Begriff der *Süchtigkeit* bezeichnet ein handlungsinduzierendes und handlungsstrukturierendes Potenzial, das den Grad der Routinisierung von allgemeinem mentalem Reagieren mit Verlangen zunächst auf Angenehmes und schliesslich auf Verlangen selbst fasst.

Im Begriff der Süchtigkeit lassen sich – wie wir in Kapitel 7 gezeigt haben – alte östliche Erklärungsmodelle von (Drogen-)Sucht, die Sucht als fundamentales geistiges Problem des unbewussten Reagierens auf Verlangen mit Verlangen sehen, und moderne westliche Hypothesen zur Neurobiologie der Sucht zueinander in Bezug setzen. Letztere formulieren dabei, dass das unbewusste mentale Reagieren mit Verlangen auf Verlangen lernpsychologisch mit einem unbewussten, von addiktiven Drogen selbst stark vorangetriebenen Lernprozess einhergeht, vermittels dessen den entsprechenden Drogen und drogenassoziierten Stimuli überlebensrelevante Bedeutsamkeit zugeschrieben wird und der sozusagen sukzessive immer mehr entgleist.

Da Süchtigkeit auf eine sehr grundsätzliche Bewegungs- und Strukturierungsgesetzlichkeit des menschlichen Fühlen, Denken und Handelns verweist, ist der Anwendungsbereich des tiefensystemischen Therapiemodells von *START AGAIN* (s. den nächsten Thesepunkt) mit seiner vorläufigen Fokussierung auf Drogensuchttherapie keinesfalls ausgeschöpft, eine Erweiterung der Klientel ist vom Ansatz her eindeutig vorstellbar.

Aus der Sicht von *Vipassana* kommt dem *Fühlen körperlicher Empfindungen* (*vedanā*) eine Schlüsselrolle bei der Entwicklung bzw. bei der Befreiung von (universeller) Süchtigkeit zu. Die "Genesungs"-Programmatik wird hier aufgespannt als Übergang von:

vedanā-paccayā taṇhā – "In einem unwissenden Geist führen körperliche Empfindungen zu Verlangen oder Abneigung", zu:

⁵ Das allgemeine Strukturmodell professionalisierten Handelns geht auf Ulrich OEVERMANN zurück und wurde speziell für den Kontext Therapie und Beratung durch Bruno HILDENBRAND und andere weiterentwickelt; vgl. OEVERMANN (1996a), HILDENBRAND (1995) und WELTER-ENDERLIN und HILDENBRAND (1996).

vedanā-paccayā paññā – "In einem wissenden und aufmerksamen Geist führen körperliche Empfindungen zu Weisheit und damit Befreiung."

Die *Vipassana*-Maxime ist die Förderung lebenspraktischer Autonomie durch Realisierung einer "mental- Haltung des gleichmütigen und wissensklaren Weder-nochs" – d.h. der Freiheit von blindem mentalem Reagieren mit Verlangen auf Angenehmes oder mit Abneigung auf Unangenehmes, d.h. der Fähigkeit Wirklichkeit, so zu erleben, *wie sie ist*.

Bemerkenswert ist hier schliesslich, dass auch neuste neuropsychologische Erkenntnisse immer stärker darauf hinweist, dass das Fühlen körperlicher Empfindungen für sehr viele kognitiv-mentale Prozesse unabdingbar ist, und zwar in dem Sinne, dass diese permanent rückgekoppelt sind an das Fühlen körperlicher Empfindungen. Salopp gesprochen: Wir denken nicht nur mit unserem Gehirn, sondern auch mit unserem Körper.⁶

• **Tiefensystemische Suchttherapie als neuer Therapietyp**

Das prozessorientierte, tiefensystemische Suchttherapiemodell von *START AGAIN* zeichnet sich im Kern durch zwei Punkte aus:

- (1) Die Genese und Aufrechterhaltung von Sucht wird als gekoppelter Verstrickungsprozess verstanden, in dem sich ein besonderer beschädigter sozialisatorischer und individualbiographischer Entwicklungsprozess und eine allgemeine entgleiste mental-somatische Reaktionsdynamik zwischen Begehren und körperlichen Empfindungen pathologisch verschränken, wobei für die mental-somatische Reaktionsdynamik die physiologische Impulskraft und die nachhaltige neurobiologische Wirkung von Drogen auf das Gehirn eine wichtige, aber nicht ausschliessliche Rolle spielen.
- (2) Entsprechend diesem Verständnis setzt die therapeutische Interventionslogik sowohl auf der biographischen und re- bzw. nach-sozialisatorischen Ebene (systemische Dimension) als auch auf der Ebene methodischer Selbstbeobachtung, Selbsterfahrung und Geistesschulung (Tiefendimension) an.

Der therapeutische Prozess zeichnet einen Weg aus pathologisch aufgespaltenem oder kurzgeschlossenem "Entweder-oder-Denken, -Fühlen und -Handeln" hin zu einem dynamisch gestalteten, zukunfts-offenen "Sowohl-als-auch-Denken, -Fühlen und -Handeln" wobei letztlich die Entwicklungsperspektive einer "mental- Haltung des gleichmütigen und wissensklaren Weder-nochs" am Horizont aufgespannt wird.

11.2.4 ad IV: Prozess- und Effektevaluation. Was bewirkt *START AGAIN* wie?

• **Zum Status professionellen therapeutischen Handelns in *START AGAIN***

Im stationären Suchttherapiekontext von *START AGAIN* hat sich hinsichtlich der *Professionalisierung therapeutischen Handelns*, wo es um die kunstvolle Realisierung der widersprüchlichen Einheit von Fallverstehen in der Begegnung geht, ein Dreifaches als notwendig herausgestellt: (1) Es bedarf einer stetigen internen wie externen Weiterbildung im Bereiche des rekonstruktiven Fallverstehens; (2) es bedarf einer kontinuierlichen Reflexion und Schulung der persönlichen Begegnungsfähigkeit etwa im Rahmen

⁶ Siehe z.B. A.R. DAMASIO, *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn* (List, München, 1996).

von Intervention oder mit Hilfe der Praxis von *Vipassana*; und (3) schliesslich ist seitens therapeutischer Leitung stets Aufmerksamkeit darauf zu richten, dass weder zu geringe Begegnungskompetenz gewohnheitsmässig durch ein Zuviel an Fallverstehen noch mangelndes Vermögen zu methodischem Fallverstehen durch ein Zuviel an Begegnungsarbeit kompensiert werden. Der letztere Fall war insbesondere in der Anfangszeit von *START AGAIN* bei nicht-professionalisierten beratenden Ex-Usern zu beobachten und führte dazu, dass die Mitarbeit von Ex-Usern auf die Bereiche Selbsthilfe und Nachtwache – heute zum grössten Teil durch Ex-Klient/inn/en von *START AGAIN* umgesetzt – beschränkt und neu konzipiert wurde.

Was die *dreifache Rahmungslogik therapeutischer Prozesse* anbelangt – d.h. (1) Herstellen einer affektiv positiven Beziehung, (2) soziale Rahmung und (3) eigentliches Arbeitsbündnis; s. Abschnitt 6.1 – so hat sich in *START AGAIN* im Allgemeinen die soziale Rahmung als diejenige Rahmungskomponente erwiesen, die am leichtesten unbemerkt entgleitet. Soziale Rahmung heisst wiederholte implizite oder explizite Klärung von der Frage: Was muss hier geschehen, damit das, was hier geschieht, Therapie ist?

- **Weshalb Suchttherapie auf der Begegnungsebene so anspruchsvoll ist**

Die ausserordentlich schwierige Therapierbarkeit süchtiger Menschen begründet sich besonders darin, dass sie habituell ihre Sucht in doppelter Weise in die Therapie hinein verlängern: Zum einen unterlaufen sie tendenziell die rollenförmige Dimension des therapeutischen Arbeitsbündnisses (Distanz zwischen Klient/in und Therapeut/in) dadurch, dass sie das Arbeitsverhältnis in ein Abhängigkeitsverhältnis umdeuten, zum anderen weisen sie die Ausgestaltung der diffusen Dimension des Arbeitsbündnisses (Empathie, Nähe und Vertrauen zwischen Klient/in und Therapeut/in) dadurch zurück, dass sie therapeutische Bezugspersonen zu "Experten" stempeln und sie somit auf Distanz halten.

- **Therapiemotivation**

Gemäss FOS-Befragung in den Jahren 1995 bis 1997 werden sowohl von der *START AGAIN*-Klientel wie von der FOS-Poolklientel die drei gleichen Ausstiegsgründe am häufigsten als ausdrücklich zutreffend bezeichnet:

"sehne mich nach einem sinnvollen Leben" (StA: 88%; FOS: 87%),

"will bewusst leben" (StA: 83%; FOS: 82%), und

"Drogen lösen keine Probleme" (StA: 76%; FOS: 77%).

Gestützt auf therapiepraktische Erfahrungen in *START AGAIN* ist festzuhalten, dass Therapiemotivation aber keine feste Grösse ist, die entweder vorhanden ist oder nicht. Es handelt sich dabei eher um ein Handlungspotential, das mal manifester, mal latenter am wirken ist.

Motivation zu einem Entzug bzw. zu einer Therapie ist ein komplexer und kontinuierlicher Prozess, der während "einer Suchtkarriere" in bestimmten lebensgeschichtlichen Momenten entlang der biographischen Verstrickung in Kombination mit variierenden Konstellationen konkreter Umweltbedingungen begünstigt, gefördert oder destabilisiert werden kann.

Während einem Behandlungsaufenthalt stellt kontinuierliches Motivieren zur therapeutischen Arbeit in sich eine der wichtigsten und anspruchsvollsten Aufgaben stationär-suchttherapeutischen Handelns dar, und das sowohl auf der Ebene der Gruppe wie auch auf der Ebene der einzelnen Klientin und des einzelnen Klienten. Verschiedenste Qualitäten von Öffnungen sind dazu fallspezifisch zu verstanden und müssen fallspezifisch genutzt werden.

- **Zur praktischen Bedeutung der Selbsthilfe entlang dem Programm der Anonymen Narkotiker**

Für das Element der Selbsthilfe, d.h. das Einbinden des Suchtverständnisses der *Anonymen Narkotiker* und der Partizipation an deren *meetings* und *conventions*, haben wir als Bedeutung für den Genesungsprozess folgende Dimensionen rekonstruiert (s. Kapitel 8):

- (1) Die Begegnung mit anderen Süchtigen und Ex-Usern, die *clean* sind, fördert die eigene Motivation, *clean* zu leben und den Teufelskreis der Sucht wirklich aufzubrechen.
- (2) Sich im Kreise von Menschen, die eine ähnliche Geschichte haben, transparent und von Begründungszwang befreit mit dem eigenen Lebensstil als süchtiger Mensch auseinanderzusetzen – d.h. mit "Täuschen", "Tricksen" und "Tarnen", mit "Alles sofort und möglichst umsonst", Zwanghaftigkeit, Kontrollwahn, Masslosigkeit, Angst vor Begegnung etc. – ermöglicht das Einüben pragmatischer Handlungsorientierungen und lebenspraktischer Fertigkeiten, um dem Verlangen nach Drogen (dem "Reissen") zu widerstehen und *clean* zu leben.
- (3) Selbsthilfegruppen stellen eine Art *peer group* dar und bergen als solche ein wichtiges nach-sozialisatorisches Potenzial.

- **Zur Wirkung professioneller systemischer Therapie**

Die Wirkung systemisch-therapeutischen Arbeitens gründet sich im Falle von *START AGAIN* im Wesentlichen auf zwei Praxisformen:

- (1) *Biographiearbeit* durchzieht gewissermassen als roter Faden – wenn auch mit zeitweisen Intensitätsunterschieden – den gesamten Therapieaufenthalt. Die Hauptsache dabei besteht in Folgendem: Während Lebensläufe nicht verändert werden können, denn was geschehen ist, ist geschehen, lassen sich hingegen Biographien im Sinne von Wirklichkeitskonstruktionen um- und neuschreiben. Es wird Zeit rückwirkend neu organisiert und dadurch können neue Zukunftsentwürfe entstehen; s. die Beispiele in den Abschnitten 3.2 und A3.1.
- (2) Als zentrale, allgegenwärtige Grundoperation im stationären therapeutischen Alltag von *START AGAIN* ist der *Prozess des Aushandelns* zu identifizieren, sei es im Rahmen von individualtherapeutischen Gesprächen, von Fallbesprechungen, von Standorten bei Phasenübertritten, von sozialdienstlichen Beratungen, von Wochenplanungsgruppen oder von Wohnungsgruppen.

Das re- bzw. nach-sozialisatorische Wirkpotenzial von Aushandlungsprozessen begründet sich in der folgenden Bedingungskette: Aushandlungsprozesse fordern dazu auf, die Perspektive des Anderen, des Gegenübers einzunehmen, was aber nur bei einem gemeinsamen Grundbestand von Alltagswissen möglich ist, Wissen, das seinerseits typischerweise im Rahmen einer gemeinsamen Soziokultur im Sozialisationsprozess angeeignet wird.

Als Orientierungsmaxime für die Gestaltung von Aushandlungsprozessen formuliert *START AGAIN*, dass Autonomie dadurch entwickelt wird, dass man sich im Rahmen des Möglichen Autonomie nimmt, gleich wie man das Fahrradfahren dadurch lernt, dass man Fahrrad fährt.

- **Zum Wirkpotenzial der Praxis von *ānāpāna-sati* und von 10-tägigen *Vipassana*-Kursen**

Im Zusammenhang mit der täglichen Praxis der *ānāpāna-sati*-Übung formulieren wir die These, dass *Achtsamkeitsschulung* als das naturwüchsige Resultat persistenter Aufmerksamkeitsfokussierung zu erachten ist, und dass die *ānāpāna-sati*-Übung in westlicher Sprache mit gutem Recht als *Anti-Stress-Technik* bezeichnet werden kann.

Hinsichtlich des Wirkpotenzials 10-tägiger *Vipassana*-Kurse rekonstruieren wir allgemein fünf Klassen potenzieller Effekte (s. Abschnitt 8.3):

- (1) Effekte auf der Ebene des sozialen Handelns (Ethisierung des Handelns),
- (2) somatische und psychosomatische Effekte,
- (3) Effekte im Zusammenhang mit methodischer Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle und Coping,
- (4) Effekte tiefenpsychodynamischer Natur, was insbesondere die potenzielle Konfrontation mit der eigenen Süchtigkeit einschliesst, und
- (5) Effekte im Bereiche von Weisheit und Förderung von basalem strukturellem Optimismus.

Gestützt auf die Erfahrungen in *START AGAIN* ist festzuhalten, dass falls man die potenziell wirkungsvollen *Vipassana*-Kurse, in der Form wie diese zur Zeit weltweit durchgeführt werden, im Kontext des therapeutischen Arbeitens mit suchtspezifisch beschädigter Autonomie nutzen möchte, drei *Rahmungsbedingungen* erfüllt sein müssen (s. dazu Unterabs. 6.3.3) – Rahmungsbedingungen, die auch im Falle der Übertragung auf andere therapeutische oder beispielsweise pädagogische Kontexte in mehr oder weniger ausgeprägter Form umzusetzen sind:

- (1) Eine systematische Vorbereitung auf den Kurs, was insbesondere eine längere Phase der Praxis der *ānāpāna-sati*-Übung beinhaltet.
- (2) Die Sicherstellung einer adäquaten Begleitung von Klient/inn/en, die frühzeitig abbrechen.
- (3) Die Nachbetreuung nach dem Kurs, die sich fallspezifisch irgendwo zwischen den beiden Polen realisiert von: "Ich habe so viel erlebt, ich *muss* darüber sprechen", und: "Es war eine ganz persönliche Erfahrung, ich *will nicht* darüber sprechen."

Um mittelfristig vollen autonomisierenden Nutzen aus einem *Vipassana*-Kurs ziehen zu können, ist die zentrale Frage die, ob es gelingt die während dem Kurs aufgestiegenen Erfahrungen *lebenspraktisch zu integrieren*, was in sich eine durchaus subtile und anspruchsvolle Aufgabe ist, die gerade im Falle von beschädigter Autonomie nicht notwendigerweise auf Antrieb geleistet werden kann und daher zum Teil der therapeutischen Begleitung bedarf.

- **Zur Geschichte von *Vipassana*-Kursen in Gefängnissen im Osten und im Westen**

Der erste 10-tägige *Vipassana*-Kurs in einem Gefängnis wurde im September 1975 im Central Jail in Jaipur, Rajasthan (Indien) durchgeführt. Im Januar 1977 organisierte die Regierung von Rajasthan im gleichen Gefängnis einen zweiten Kurs.

Nach ein paar weiteren sporadischen Kursen in verschiedenen indischen Gefängnissen wurde im November 1993 der erste 10-tägige *Vipassana*-Kurs im Tihar Jail in New Delhi (Indien), einem der – mit über 9'000 Insassen – grössten Gefängnisse weltweit, abgehalten.

Die Nachfrage nach *Vipassana*-Kursen in Gefängnissen stieg dann plötzlich stark an und der damalige Inspector General of Prisons im Tihar Jail, die resolute Mrs. Kiran BEDI, verkündete öffentlich "my search for a method which would bring about a transformation of the prisoners ended after finding *Vipassana* meditation. (..) It actually changed people".

Im April 1994 fand schliesslich im Tihar Jail der bis anhin grösste je durchgeführte 10-tägige *Vipassana*-Kurs statt. Es nahmen daran 1'003 Insassen teil, die Leitung hatte S.N. GOENKA selbst inne und er wurde unterstützt von 13 erfahrenen Assistenzlehrern und 60 "alten Schülern", die vormalige Gefängniskurs-Teilnehmer waren. Parallel zum Kurs der Männer fand damals ebenfalls im Tihar Jail – in einem getrennten Block – ein Kurs für 49 Insassinnen statt, unter der Leitung von zwei Assistenzlehrerinnen. Auf diesen Doppelkurs folgte die Eröffnung eines permanenten *Vipassana*-Zentrums in diesem Gefängnis, wo seither regelmässig monatlich, unentgeltlich (wie es die Tradition allgemein will) zwei Kurse durchgeführt werden und mittlerweile mehrere tausend Insass/inn/en bereits an einem Kurs teilgenommen haben.

Dem Beispiel des Tihar Jail sind mittlerweile viele indische Gefängnisse gefolgt, wobei die Umsetzungen gefördert werden durch das indische Innenministerium (*Ministry of Home Affairs*), das 1994 beschlossen hat, *Vipassana*-Kurse als Reformmassnahme in allen Gefängnissen des Landes einzuführen. Als zweites indisches Gefängnis mit eigenem *Vipassana*-Zentrum und regelmässigen Kursen gilt seit 1996 das Central Jail in Nashik, Maharashtra (Indien).

Unter der Schirmherrschaft des All India Institute of Medical Sciences in New Delhi werden zudem seit 1994 verschiedene standardisierte Studien zur Wirkung von *Vipassana* in Gefängnissen durchgeführt.⁷

In den letzten zwei bis drei Jahren kommt dieser indischen Gefängnisreform auch internationale Beachtung zu. 1998 wurde Mrs. Kiran BEDI für ihre Verdienste mit dem Joseph-BEUYS-Preis in Frankfurt a.M. ausgezeichnet, und ebenfalls in diesem Jahr gewann – unter 1600 Bewerbern – der Videofilm *Doing Time, Doing Vipassana* von Karuan Films über die durch *Vipassana* bewirkten Veränderungen bei Gefangenen im Tihar-Gefängnis den *Golden-Spire*-Preis am San Francisco International Film Festival.⁸

Im Juni 1996 fand im Ming-Te Branch Prison (Drug Rehabilitation Center) in Tainan County auf Taiwan der erste *Vipassana*-Gefängniskurs ausserhalb Indiens statt, an dem ich [UMS] im Rahmen der vorliegenden Studie teilnehmen durfte und über den ich in STUDER (1997a) ausführlich berichtet habe.

Die ersten beiden *Vipassana*-Kurse in westlichen Gefängnissen fanden im November 1997 in der North Rehabilitation Facility in Seattle, Washington (USA) und im November 1998 im Lancaster Castle Prison in England statt. Vorbereitungen für weitere *Vipassana*-Gefängniskurse werden zur Zeit in verschiedenen westlichen und östlichen Ländern unternommen.

Die Umsetzbarkeit von *Vipassana*-Kursen innerhalb von Gefängnismauern sowohl im Osten wie auch im Westen darf damit als praktisch erwiesen gelten.

⁷ Für Daten dazu wende man sich an: KISHORE Chandiramani, Associate Professor of Psychiatry, All India Institute of Medical Sciences, Ansari Nagar, New Delhi - 110029; FAX: (++91) 11 6862 663; e-mail: kishore@medinst.ernet.in

⁸ Dieser Videofilm kann käuflich erworben werden via: Vipassana-Buch-Service, c/o Sigi STEHLE, Bahnhofstrasse 41/2, 78532 Tuttlingen, FAX: (++49) 7461 12443; eine Videovorführung kann auch via den Autor der vorliegenden Studie [UMS] organisiert werden.

- **Eine Übersicht über die Resultate der systematischen Nachbeurteilung ehemaliger *START AGAIN*-Klient/inn/en jeweils im zweiten Jahr nach Austritt**

Wir fassen Resultate des Kapitels 10 zusammen:

Zwischen dem 1. Oktober 1992 und dem 30. Juni 1997 sind 58 Durchläufer/inne/n, 36 Spätabbrecher/innen und 51 Frühabbrecher/innen aus *START AGAIN* ausgetreten. In Prozenten ausgedrückt: Unter den 145 ausgetretenen Klient/inn/en dieser Zeitspanne traten 40% regulär aus, nachdem sie das Therapieprogramm vollständig durchlaufen hatten, und zwar innerhalb von durchschnittlich 1.40 ± 0.44 Jahren; 25% brachen spät nach etwa 0.77 ± 0.33 Jahren, typischerweise in der Phase III des Behandlungsprogramms, ab; und 35% brachen früh, d.h. innerhalb der ersten eins bis zwei Monate (0.15 ± 0.09 Jahre), gewissermassen in der "Probezeit", ab.

Von den untersuchten 145 Klient/inn/en sind 10 (7%) in der Katamnesezeit verstorben.

Unter den 58 Durchläufer/innen gelten 37 (64%) und unter den 36 Spätabbrecher/innen 3 (8%) nach einer durchschnittlichen Katamnesezeit von 1.68 ± 0.48 Jahren als eindeutige *Therapieerfolge* (d.h. kein Drogenkonsum während der Katamnesezeit *und* eine klare relative Autonomiesteigerung; s. Unterabs. 10.1.2). 10 Durchläufer/innen (20%) und 24 Spätabbrecher/innen (67%) müssen als *schwere Rückfälle* (d.h. (fast) täglicher Drogenkonsum und keine klare Autonomiesteigerung) erachtet werden.

Übersetzt in *Erfolgschancen und Rückfallwahrscheinlichkeiten* bedeutet das, dass für die Durchläufer/innen von *START AGAIN* eine konservative Erfolgchance von $(63 \pm 6)\%$ kennzeichnend ist.

Für alle ausgetretenen Klient/inn/en zusammen beträgt die konservative Erfolgchance $(28 \pm 4)\%$, wobei wir aus der Sicht einer konservativen Erfolgsbeurteilung alle 51 Frühabbrecher/innen, über deren Rehabilitationsstatus wir nur sehr wenig wissen, als Nichterfolge bewertet haben.

Als Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls finden wir für die Durchläufer/innen einen Wert von $(18 \pm 5)\%$.

Für die Teilklientel aller Durchläufer/innen und Spätabbrecher/innen zusammen beläuft sich die Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls auf $(36 \pm 5)\%$. Mit anderen Worten: Für die *START AGAIN*-Teilklientel aller Durchläufer- und Spätabbrecher/innen zusammen liegt die Chance, im zweiten Jahr nach Therapieaustritt teilweise oder vollständig rehabilitiert zu sein, bei $(64 \pm 5)\%$.

- **Empirische Resultate zur Wirksamkeit des Therapieprogramms von *START AGAIN* bei verschiedenen Subklientelen**

Wir fassen hier interventionsinstrument- und subklientelspezifische Resultate aus dem Kapitel 10 zusammen, wo wir alle Resultate vor dem Hintergrund der Rekonstruktion von *START AGAIN* sowie der Rekonstruktion von therapeutischen Prozesse während der Behandlung ausführlich interpretiert haben.

Massnahme bindet an Therapie, was sich durchaus günstig auf den Therapieerfolg auswirken kann.

Während den ersten vierdreiviertel Jahren von *START AGAIN* (Oktober 1992 bis Juni 1997) gilt, dass es *Frauen im Vergleich zu Männern* etwas schwerer fällt, das ganze Therapieprogramm von *START AGAIN* zu durchlaufen, wobei insbesondere die jüngeren Frauen, die die Behandlung typischerweise im zweiten Teil abbrechen (junge Spätabbrecherinnen), den grössten relativen Anteil unter den Abbrecherinnen ausmachen. Zudem gilt, dass die Durchläuferinnen keinesfalls eine geringere Erfolgchance als die Durchläufer aufweisen und dass bei den Spätabbrecherinnen gegenüber den Spätabbrechern

gar eine eindeutig bessere Erfolgschance und eine geringere Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalles vorliegt.

Während sich empirisch die ein-, zweimalige *Teilnahme an externen 10-tägigen Vipassana-Kursen* während der Behandlung in *START AGAIN* nicht generell in eine erhöhte Erfolgschance übersetzen lässt, so erweist sich die Tatsache der Teilnahme an einem solchen Kurs jedoch als Prädiktor einer eindeutig verringerten Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls.

Die Analyse von 9 Fällen, die auch nach Austritt aus *START AGAIN* mehr oder weniger regelmäßig *Vipassana* praktizierten oder zumindest einen oder mehrere weitere *Vipassana*-Kurse besuchten, legt nahe, dass mit Hilfe einer kontinuierlichen Praxis von *Vipassana* Süchtigkeit tatsächlich bearbeitet werden kann, unter der Voraussetzung jedoch, dass es parallel dazu gelingt, fallspezifisch je bestimmte lebenspraktische Kompetenzen sowohl sozialer, affektiv-emotionaler wie auch kognitiv-mentaler Art zu entwickeln und zu konsolidieren.

Der *systemischen Paar- und/oder Familientherapie* kommt in *START AGAIN* empirisch weder hinsichtlich Therapieerfolg noch hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls eine klar selektierende Bedeutung zu.

In der Tatsache, dass sich die Erfolgschancen und die Wahrscheinlichkeiten eines schweren Rückfalls bei verschiedenen Subklientelen, die sich hinsichtlich des Partizipationsgrades am therapeutischen Angebot von *START AGAIN* stark kontrastieren, statistisch gesehen nur marginal unterscheiden, liegt ein empirischer Hinweis darauf, dass sich die Wirksamkeit des therapeutischen Programms von *START AGAIN* nicht additiv als Summe der Wirksamkeiten seiner verschiedenen Interventionselemente errechnen lässt, sondern vielmehr in der Verschränkung der verschiedenen Elemente also im Therapieprogramm als Ganzes begründet liegt.

In der Verknüpfung der Resultate der empirischen Nachuntersuchungen, der Fallrekonstruktionen sowie der Fallstrukturanalyse von *START AGAIN* selbst werden wir auf folgende **Kernthese zur Begründung der therapeutischen Wirksamkeit von *START AGAIN*** geführt:

*Es ist das Therapieprogramm als Ganzes, das die therapeutische Wirksamkeit von *START AGAIN* begründet.*

START AGAIN realisiert als Ganzes eine (partiell) permanent scheiterungsfähige Gratwanderung zwischen einer Vielzahl von einander strukturell entgegengesetzten Handlungsorientierungen und Interventionsinstrumenten. Diese Gratwanderung provoziert dabei beständig ein ausgeprägtes Klima der Transformation, das auf der Seite der Klientel nachhaltig Selbstheilungspotenziale zu wecken vermag, die Basis, auf der der gesamte therapeutisch begleitete Genesungsprozess aufruht.

Das notwendige Mass an strukturellem Optimismus, das Voraussetzung ist, um sich täglich aufs Neue ganz bewusst dem anspruchsvollen und potenziell scheiterungsfähigen Vermittlungshandeln zwischen unaufhebbaren Gegensätzen zu stellen (ganz im Sinne von Krise als Ort von Strukturtransformation), speist sich dabei latent oder manifest sowohl auf der Ebene des Klientels wie des Personals – wenn auch in individuell ganz unterschiedlichem Masse – aus der Praxis von Vipassana.

*Therapiepraktisch wird der rote Faden, entlang dem sich die alltagspraktische Vermittlungsarbeit der verschiedenen Handlungsorientierungen und Interventionsinstrumente konkret organisiert, auf der einen Seite durch rekonstruktives Fallverstehen auf der anderen Seite durch das Suchtverständnis von *START AGAIN* aufgespannt.*

- **Zur Bedeutung der Therapienachsorge von *START AGAIN***

Schliesslich halten wir hinsichtlich der Bedeutung der Nutzung des Nachsorgeangebotes von *START AGAIN* – d.h. Beratung in sozialadministrativen, finanziellen, schulischen und beruflichen Belangen, therapeutische Nachbetreuung, Begleitung in persönlichen Krisen oder bei einem (punktuellen) Drogenrückfall etc. – in der Zeit nach dem Behandlungsaustritt Folgendes fest: Die Nutzung des Nachsorgeangebotes hat sich im Verlaufe der ersten knapp fünf Jahre von *START AGAIN* empirisch zu einem eindeutigen Prädiktor sowohl einer höheren Erfolgchance wie auch einer geringeren Wahrscheinlichkeit eines schweren Rückfalls herausgebildet.

Im Zusammenhang mit *START AGAINs* Entwicklungsziel für die kommenden Jahre, nämlich im Bereiche der Suchtrehabilitation die Dienstleistung eines umfassenden *case management* voranzutreiben und auf dem Versorgermarkt effizient zur Wirkung zu bringen, legen die empirischen Daten nahe, dass in einem umfassenden *case management* stationäre Therapie und ambulante Nachsorge notwendigerweise aus einem Guss zu konzipieren sind.

11.3 Als Nachwort

Wasser fliesst
 so's halt gerade seinen Weg findet
 Wasser fliesst
 weicht, wenn möglich, Widerständen aus
 Wasser fliesst
 und wenn nicht möglich, löst es sie langsam auf
 Wasser fliesst
 mal träge treibend, mal schnell stürzend
 Wasser fliesst
 mal sich schlängelnd, mal in einem fort
 Wasser fliesst
 seiner Kraft und seiner Umwelt gemäss
 Wasser fliesst
 schlussendlich immer in den grossen, dunklen Ozean –
 Tja und?
 Wir Menschen bestehn zu vier Fünftel aus Wasser.

Yves SOUTTER (1998: Stimmungsbild 39)

**ANHANG-
UND
VERTIEFUNGSTEIL**

A2 Konkretes Beispiel eines Forschungsinterviews und Anhang zum methodischen Teil

A2.1 Exemplarische Passagen aus einem idiolektischen Forschungsinterview: "Zwischen coolem *impression management* und zarter Erfahrung von Gegenseitigkeit"

A2.1.1 Pragmatischer Rahmen des Gesprächs

Die nachfolgenden zwei zusammenhängenden Passagen stammen aus einem Gespräch, das ich im Rahmen einer ganzen Gesprächsreihe mit etwa einem Dutzend Klientinnen und Klienten von *START AGAIN* zum Thema "eigene Erfahrungen im Zusammenhang mit der *ānāpāna-sati*- und *vipassanā*-Praxis innerhalb der Einrichtung und ausserhalb, d.h. im Rahmen externer *Vipassana*-Kurse" geführt habe.

Das Gespräch mit Kurt Eggenschwiler (so der anonymisierte Name meines Gesprächspartners) fand ein Tag nach einem der monatlich in der Einrichtung durchgeführten und für das Klientel der Phase I und II obligatorischen *Anapana*-Tage (s. Abschnitt 5.1) statt. Es wurde im geschlossenen Aufenthaltsraum der Einrichtungseinheit in Männedorf durchgeführt, und ausser mir war noch eine dem Kurt bekannte Praktikantin anwesend, die das Beobachtungsprotokoll verfasste. Die vorab vereinbarte Gesprächsdauer betrug etwa eine halbe Stunde, da nach Kurt aber kein weiteres Gespräch anstand, war der Zeitrahmen de facto offen. Tatsächlich dauerte das Gespräch dann auch (zur Überraschung aller Beteiligten) eineinhalb Stunden. Abgesehen von einer kurzen informellen Unterhaltung ein paar Wochen zuvor, war es das erste ausführliche Gespräch, das ich mit Kurt führte. Das Gespräch wurde auf Schweizerdeutsch geführt.

Vor dem Gespräch erklärte ich Kurt, dass er Fragen, die er als zu persönlich erachte, nicht zu beantworten brauche, und nach dem Gespräch holte ich seine ausdrückliche Einwilligung ein, das Gespräch in anonymisierter Form für Forschungszwecke nutzen zu dürfen.

Mein Gesprächspartner Kurt Eggenschwiler (K) war ein etwa 30-jähriger Schweizer, der während vieler Jahre sehr stark vor allem Heroin und Kokain konsumiert hatte und der infolge verschiedener Delikte bereits mehr als ein Jahr im Gefängnis verbracht hatte. Zur Zeit des Gesprächs befand sich Kurt am Anfang der Phase II des Therapieprogramms von *START AGAIN* in das er als Massnahme-Klient im Rahmen von "Therapie statt Strafe" eingetreten war. Er befand sich zum Zeitpunkt des Gesprächs also etwas mehr als 3 Monate in *START AGAIN*.

A2.1.2 Die Anfangspassage des Gesprächs

Die nachfolgende Transkription (auf Deutsch) gibt die ersten 6 Minuten und 15 Sekunden des Gesprächs wieder. Die verwendeten Transkriptionszeichen von KALLMEYER und SCHÜTZE (1976) haben wir in Unterabs. 2.1.2.3 erläutert.

- 1 I: äh (,) die erste Frage die ich dich .. gerne fragen würde (') ist (,) äh (-) der
 2 Rahmen mal (,) äh (,) wieviel Anapana-Tage hast du jetzt schon da erlebt (?)
 3 K: pff
 4 I: L (...) (,) mal so grob halbe und ganze (.) (I hustet, er ist erkältet)
 5 K: also im Eins drüben [in Phase I des Therapieprogramms] schätz' ich hab' ich
 6 .. zwei halbe (') einen ganzen (') und dann bin ich in den Kurs [externer *Vipasa-*
 7 *sana*-Kurs] wahrscheinlich (,) so sehe ich das .. einmal im Monat ist einer oder
 8 (') zwei halbe und ein ganzer ... und da (') [in der Phase II des Therapie-
 9 programms] (,) zwei ganze (.) und dann kommt dann der dritte [d.h. der Ana-
 10 pana-Tag, der vor einem Tag war] ...
 11 I: ja circa (-)
 12 K: (...)
 13 I: und ein 10-Tageskurs (?)
 14 K: ein 10-Täger (,) ja (.)
 15 I: o.k. (,) das ist mal das (.) (...) äh (,) wenn du so zurückschaust (-) ins Eins (,)
 16 bist eingeführt worden ins Anapana ... am Morgen und Abend gesessen [d.h.
 17 Meditation praktiziert] (...) (,) wie hat sich das so entwickelt (?) was hat sich da
 18 so verändert in der Zeit (?) was kommt dir dazu in den Sinn (?)
 19 K: pff (nachdenkliches, starkes Ausatmen) ich habe gewusst für mich ist das et-
 20 was Gutes weil ich ja selbst schon Meditationsarten ausprobiert habe (.) aber
 21 ich habe Anapana nicht gekannt oder (') .. äh vielleicht auf eine andere Art
 22 oder (') das ist für mich der Auslöser gewesen ins Start Again zu kommen (,)
 23 das vegetarische Essen und .. die Meditation .. am Anfang (,) was hat das bei
 24 mir bewirkt (?) .. am Anfang hat mich alles aufgeregt oder (') .. wo ich die
 25 Sinnlosigkeit gesehen habe (kurzes Lachen) das hat mich ruhig gemacht am
 26 Anfang oder (') und ich habe gerade gemerkt oops (') das ist etwas Gutes oder
 27 (?)
 28 I: das hat dich ruhig gemacht (?)
 29 K: am Anfang (,) das ist das einzige gewesen was es mir gemacht hat oder (')
 30 sagen wir mal die ersten zwei drei Wochen oder (')
 31 I: mhm (,) was ist dann geschehen (?)
 32 (Pause)
 33 K: ja (') ich weiss auch nicht ... (nachdenklich) gute Frage (,) + ich habe mich
 34 durch das auf die Menschen einlassen können (,) was ich vorher nicht gekannt
 35 habe oder (') (,) oder nicht gewollt habe (.)
 36 I: wie hat es das ermöglicht (?)
 37 K: das weiss ich nicht (.)
 38 I: das ist einfach (k) plötzlich hast du gemerkt (') mh (,) es geht (?)
 39 K: mhm (,) also ermöglicht hat das der Manu [ein Mitklient] natürlich (') oder (.)
 40 I: als Person (?)
 41 K: L als Person (.) er ist die ausführende (k) er hat mir die Hand gege-
 42 ben und von ihm konnte ich sie nehmen
 43 I: L ja
 44 K: L zu jedem anderen hätte ich nein

- 45 gesagt (.) .. ausser der Paolo [ebenfalls ein Mitklient] (,) da kann man auch die
 46 Hand geben und nehmen (.) das beruht eben auf Gegenseitigkeit oder (')
 47 (Pause) und da habe ich das erste Mal gesehen dass das etwas Angenehmes
 48 ist oder (') .. Hilfe auch nehmen zu können (') das ist gut gewesen für mich
 49 oder (') ... jja und ich habe weitermeditiert weil ich .. mich habe beobachten
 50 wollen dabei oder (') (,) ich habe mir vorgenommen (') wie ich mich hingehockt
 51 habe (') ein Jahr lang zu meditieren weil ich das gelesen habe oder (') weil ich
 52 ja ein gewisses Ziel verfolge oder (') (,) einfach fünf 10-Täger (') (,) und ich
 53 wünsche mir einmal einen Zwanziger [d.h. einen 20-tägigen *Vipassana*-Kurs]
 54 zu machen oder (') ... ja (,) unterdessen (') ... sehe ich dass das einfach mit
 55 mehr Zeit verbunden ist oder (') (,) da ich ja ein bequemer Mensch bin (') oder
 56 (') (,) habe ich mir vorgenommen ein wenig länger im Start Again (') zu bleiben
 57 oder (') da ich ja (kurzes, gehauchtes Lachen) zwei Jahre Massnahme habe (,) ist
 58 das auch o.k. (.) ich könnt das bis im letzten Jahr oder einfach (k) ausser
 59 wenn ihr mich rauswerft (') dann ist das natürlich wieder etwas anderes dann
 60 gehe ich dann halt oder (')
- 61 I: vielleicht gehst du ja auch vorher gern freiwillig (,) wenn dir der Rainer [ein
 62 Teamer der Phase II, über den sich Kurt kurz vor dem Gespräch lautstark be-
 63 klagt hat] so auf den Nerv geht (-)
- 64 K: ich rede vom Zwei (') (,) ich weiss ganz genau was ich im Drei machen werde
 65 (') das habe ich auch schon ganz genau hier gewusst (') & und ich mache ge-
 66 nau das was ich will oder (') .. natürlich im Rahmen vom Rahmen halt (') oder
 67 (.) aber äh ich habe äh (,) nicht grosse Pläne (') aber kleinere Pläne (,) die ich
 68 für mich .. schaurig gerne angehen würde aber hier noch geklemmt wird oder
 69 (.) .. das ist mir einfach schaurig wichtig oder (.) endlich mal für mich selber
 70 etwas zu machen (.) ich habe viel gelernt
- 71 I: └ also das meinst du jetzt bezüglich der
 72 Meditation (?) oder (')
- 73 K: das gehört (k) das ist auch (k) das ist der Grundstock fürs Ganze (.) sehe ich
 74 oder (') (.) das ist für mich auch Arbeit weil es ist nicht an jedem Tag ange-
 75 nehmen zu sitzen oder (') also das Sitzen an und für sich schon (') aber das was
 76 hochkommt oder (') nur da kann ich das einfach nehmen (') (,) es löst mir na-
 77 türlich im Lauf vom Tag noch andere Sachen .. aus (.) & das ist ja klar oder (.)
 78 aber die Meditation schaue ich als Grundstock (-) (Pause) nein (') momentan
 79 (') schaue ich es als das an (.) so will ich das sehen (.) das ist ein Experiment
 80 das ich mit mir im Sinn habe (,) einfach oder (.) ich habe mir vorgenommen (')
 81 ein Jahr zu meditieren oder (') (I hustet) und das werde ich auch machen (')
 82 das ist mir wichtig (') (,) die Zeit habe ich verdient (') die darf ich mir nehmen (')
 83 und der Goenka hat am 10-Täger gesagt (,) (in leicht triumphierendem Ton)
 84 das finde ich total gut (') das ist mein Argument oder (') + (I hustet) das sei
 85 nicht egoistisch oder (') einfach zu sitzen oder (') (,) wenn man die Zeit braucht
 86 muss man sie sich einfach nehmen (.) mit dem kann ich viel (lachend) anfan-
 87 gen oder + .. das kann man dann auslegen wie man will (') oder (')
- 88 I: gut
- 89 K: └ ich habe weiter meditiert oder (.) ... und der Anapana-Tag vor dem 10-
 90 Täger oder (') der ist mir voll gut reingekommen oder (')
- 91 I: was heisst äh (-) gut reingekommen (?)
- 92 K: das heisst ich habe gemerkt oops (') ... das ist .. gut ich hab's vorher schon
 93 gemerkt dass mehr da ist als nur Ruhe (,) weil es kommt ja Zeug oder (') es
 94 läuft ja Zeug ab oder (') aber der ist .. vom Gefühl her oder (.) .. es (k) äh (,) ich

- 95 komme mir's .. (k) ich komme (k) ich kann mich durch's Medi'tatieren eben ein
 96 bisschen besser nehmen unterdessen (.)
 97 I: ein bisschen besser nehmen (?) (kurz) ja (-) +
 98 K: L akzeptieren L nehmen (,) L nehmen oder (')
 99 I: (kurz) ja (.) +
 100 K: ja (') das ist schon mal angenehm (') oder (.) ich bin ja mein grösster Feind (.)
 101 einfach (,) denk ich mir mal (.)
 102 I: mhm
 103 K: gut (.) /... [Es folgt eine Rahmenschaltung, die den Beginn eines neuen
 Gesprächssegments anzeigt.]

A2.1.3 Textanalytische Bemerkungen zur Anfangspassage

Ohne an dieser Stelle die von uns¹ durchgeführte vollständige sequenzielle Analyse dieses Textes auszubreiten, wollen wir hier zusammenfassend die wesentlichsten Strukturmerkmale dieses Textes und die wichtigsten aus ihm rekonstruierten Hypothesenkerne bezüglich der Fallstruktur von Kurt exemplarisch erörtern. (Wir weisen darauf hin, dass der Sprachstil dieses Unterabschnittes nicht ein theoriesprachlicher ist, sondern der des unmittelbaren, gemeinsamen Arbeitens am Datenmaterial. Die leicht editierten Ausschnitte aus dem Protokoll der Analysesitzung wurden gewählt, um der Leserin und dem Leser einen direkten Einblick ins Arbeiten am Datenmaterial zu geben.)

Die Anfangsfrage (Zeilen 1 u. 2) markiert explizit den pragmatischen Rahmen eines Forschungsinterviews, was im Allgemeinen bedeutet, dass der Befragte nichts davon hat, sondern sich zur Verfügung stellt. Da das Gespräch hier aber innerhalb einer Einrichtung stattfindet, ist es Bestandteil der nachgefragten Behandlung, und die Asymmetrie zwischen den Gesprächspartnern, was ihren Gewinn aus dem Gespräch anbelangt, ist damit nicht so scharf wie üblich im Kontext sozialwissenschaftliches Forschungsinterview. – Ich habe mich daher auch nie als Belästiger der Befragten fühlen müssen.

Nach einem ersten "Luft rauslassen" ("pff" – Zeile 3) antwortet Kurt (Zeilen 5-10) auf die Nachfrage vom Interviewer in sehr unverbindlicher Weise. Er spricht über sich wie über eine dritte Person und erweckt mit dieser Distanzierung den Anschein, dass er sich nicht besonders viel Mühe geben will, sich verbindlich zu äussern.

Mit "ja circa" (Zeile 11) drängt der Interviewer aufs Weitergehen und mit "o.k." (Zeile 15) wir das Nächste angekündigt. Der Interviewer stellt drei Fragen: "wie hat sich das so entwickelt (?)", die er sogleich spezifiziert durch "was hat sich da so verändert in der Zeit (?)", um dann mit "was kommt dir dazu in den Sinn (?)" Kurt aufzufordern, die Fragen gewissermassen frei assoziierend und nicht analytisch-rational zu beantworten. Der Interviewer beginnt sich hier zum Gesprächsführer zu wandeln.

Nach einem zweiten "Luft rauslassen" ("pff" – Zeile 19) beantwortet Kurt nicht die Frage, sondern schildert (Zeilen 19 u. 20), unter welchen günstigen Voraussetzungen er in *START AGAIN* zu meditieren begonnen hat und schmälert dadurch latent die Leistung der Behandlung. Mit der ganzen Antwort (Zeilen 19-23), insbesondere mit der Figur um "das ist für mich der Auslöser gewesen ins Start Again zu kommen", präsentiert sich Kurt als jemand, der versucht die Kontrolle der Situation weitgehendst bei sich selbst unterzu-

¹ d.h. von Ulrich OEVERMANN, von Mitarbeiter/inn/en von *START AGAIN* sowie von mir (UMS) in einer gemeinsamen Analysesitzung durchgeführt; vgl. OEVERMANN (1998a).

bringen. Hypothesenansatz: *Nicht die Behandlung bewirkt bei ihm etwas, sondern er ist es eigentlich, der alles macht. Vor dem Hintergrund, dass Kurt ein Massnahmeklient ist, d.h. grundsätzlich durch die Justiz in START AGAIN eingewiesen wurde, haben wir hier tendenziell einerseits die Gestalt einer Verleugnung bzw. Pseudokontrolle oder Scheinautonomie, andererseits die einer Kaufbeziehung, i.S. von "ich habe bestellt, ihr liefert." Im Hintergrund schwingt hier somit tendenziell die Ablehnung eines Arbeitsbündnisses mit: Der Klient hat eigentlich der Einrichtung keinen therapeutischen Auftrag erteilt.*

Mit "was hat das bei mir bewirkt (?)" (Zeilen 23 u. 24) nimmt Kurt gar das Interview in die Hand. Er schwingt sich dann mit der (Kern-)Aussage "am Anfang hat mich alles aufgeregt oder (!) .. wo ich die Sinnlosigkeit gesehen habe (kurzes Lachen)" (Zeilen 23 u. 24) zu einer durchblickerhaften Höhe auf, wobei er mit dem kurzen Lachen (als Ausdruck von Peinlichkeit) bestätigt, dass er realisiert, dass er hier eine ziemliche Aggression gegen die Einrichtung äussert, denn gemäss feinsequenzieller Analyse müssen wir die angesprochene "Sinnlosigkeit" auf die Behandlung in *START AGAIN* bezieht. Und er besiegelt schliesslich mit der auf die Meditation bezogenen Äusserung "das hat mich ruhig gemacht am Anfang oder (!)" (Zeilen 25 u. 26) seine Sicht, dass, was in *START AGAIN* ausser der Meditation läuft, wertlos ist. Hypothesenansatz: *Kurt instrumentalisiert das auf Süchtigkeitsbearbeitung gerichtete Kernstück der Behandlungslogik von START AGAIN (die Meditation, d.h. das ānāpāna-sati und vipassanā Praxissystem), um ein therapeutisches Arbeitsbündnis zu unterlaufen.* Diese sehr verdeckte Unterlaufensstrategie (als Meditierender nimmt er ja am Therapieprogramm von *START AGAIN* teil) könnte wohl eine Person, die freiwillig in die Behandlung eingetreten ist, kaum realisieren, da der Selbstwiderspruch zu gross wäre.

Aus therapeutischer Sicht deutet sich hier an, dass es sehr schwierig sein wird, Kurt in eine strukturierte Verpflichtung einzubinden. Mit "das ist das einzige gewesen was **es** mir gemacht hat" (Zeile 29) unterstreicht er die Instrumentalisierung der Meditation.

Im Anschluss an die kurze Frage des Gesprächsführers, "was ist dann geschehen (?)" (Zeile 31), schweigt Kurt zunächst. Hernach beginnt er seine Antwort (Zeile 33) mit einem mehrdeutigen "ich weiss auch nicht" und einem ironisch gebrochenen "gute Frage" – ironisch gebrochenen i.S. von: würden wir dieser Frage nachgehen, dann würde sich ein ganzer Abgrund auf tun –, um dann ganz unerwartet etwas Neues anzuschliessen.

In einem Dreischritt (Zeilen 33-35), 1. "ich habe mich durch das auf die Menschen einlassen können", 2. was ich vorher nicht gekonnt habe oder (!) und 3. "oder nicht gewollt habe (.)" kehrt hier Kurt ab vom vorgängigen "*impression management* (Eindrucksmanagement)" und äussert, dass er sich jetzt fähiger fühlt, in die Lage anderer Menschen zu versetzen und ein Stück Bindung einzugehen ("sich auf die Menschen einlassen"), als vorher, wo er sehr isoliert gewesen sein muss – m.a.W.: Es ist mehr passiert mit ihm, als er zuvor vorgibt, und was passiert ist, versucht er klein zu machen.

In Zeile 39 konkretisiert Kurt nun das, was in Zeile 34 noch sehr unbestimmt und allgemein klingt, "sich auf die Menschen einlassen können", indem er einen ganz bestimmten Mitklienten, den Manu, nennt, und in nahezu pastoralen Worten (Zeilen 41 u. 42): "er hat mir die Hand gegeben und von ihm konnte ich sie nehmen", unterstreicht er die ganze Bewegung noch. Hypothesenkeim: *Hier geschieht Vertrauensbildung. Kurt erfährt im Rahmen von START AGAIN eine basale Form von Sozialität.* Aus ressourcenorientierter therapeutischer Sicht geht es hier darum wahrzunehmen, dass eine Kruste aufzubrechen beginnt und etwas sehr Zartes (eine zarte Begegnungsressource) zum Vorschein kommt.

In Zeilen 45 u. 46 erweitert er diese Erfahrung der Vertrauensbildung noch, indem er ausser Manu zusätzlich den Mitklienten Paolo nennt, wo "man auch die Hand geben und

nehmen" kann. Bemerkenswert ist, dass hier Kurt mit "geben und nehmen" gewissermaßen eine Strukturformel für Reziprozität (Wechselseitigkeit) angibt, was ihm klar bewusstseinsfähig ist, wie aus dem Anschluss (Zeile 46): "das beruht eben auf Gegenseitigkeit oder (")", hervorgeht. Bedeutungsvoll ist hier schliesslich, dass sich "produktive Paradoxien" oder "produktive *double binds*"², wie die des "Gebens und Nehmens" oder der im Kontext Meditation zentralen Maxime "der Weg ist das Ziel", nur in einem entsprechenden lebenspraktischen Vollzug fruchtbar auflösen lassen, wobei dieser Vollzug direkt in die Autonomie führt. Voraussetzung für die Realisierung einer solchen Auflösung ist dabei ein genügend Mass an *Selbstvertrauen*, an Sicherheit: im Zweifelsfall geht's gut.³

Lesen wir nun vor diesem Hintergrund, wie Kurt nach einer längeren Pause des Nachsinnens fortfährt (Zeilen 46-48): "und da habe ich **das erste Mal** gesehen dass das etwas Angenehmes ist oder (") .. Hilfe auch nehmen zu können (") das ist gut gewesen für mich oder (")", so stellt sich die Frage: Wo rührt dieses Unvermögen, Gegenseitigkeit als etwas Angenehmes zu erleben, her? Hypothese: *Kurt hat das Erlebnis der bedingungslosen Vertrauensherstellung in einer funktionierenden Mutter-Kind-Symbiose nicht gekannt*; vgl. Unterabs. 3.1.4.

An diesem Punkt können wir darüber nachdenken, ob es unter anderem sein könnte, dass **süchtiges Verhalten** dadurch gestiftet wird, dass die Mutter-Kind-Symbiose durch einen ungestillten Hunger gekennzeichnet ist – ein Hunger im Sinne von "es wird das Stück Kuchen vorgezeigt, wie es sein könnte, und in dem Moment, wo man es genießen will, wird es weggezogen" (OEVERMANN, 1998a) –, der sich dann verselbstständigt. Man kann schliesslich nie genug kriegen, denn, was man kriegt, fällt in ein Fass ohne Boden, kann man nicht sammeln. D.h., man kann nicht satt werden, denn die Grunderfahrung ist die: Alles geht wieder weg.

Zurück zur obigen Hypothese: Metaphorisch könnten wir also formulieren, dass "*Die Mutter-Kind-Symbiose im Fall von Kurt keinen Boden hatte.*" – Vor einem solchen Hintergrund, (der sich hier als Hypothesenkeim abzeichnet, sich aber im Fall von Kurt, so kann hier bemerkt werden, durch vielfältiges Material erhärten lässt), *kann dann Sucht nicht als blosse, leicht behebbare Stoffabhängigkeit gesehen werden, sondern muss als sehr basale Störung verstanden werden*; vgl. Abschnitt 3.3. Und die zarte Erfahrung von basaler Zuverlässigkeit, die Kurt an dieser Interviewstelle anspricht, und

² BATESON (1996⁶: 353ff.).

³ Wir lehnen uns hier an OEVERMANN (1998a) an, der in diesem Zusammenhang Folgendes ausgeführt hat: Die Paradoxie in der Maxime "*der Weg ist das Ziel*" besteht darin, dass sobald man ein Ziel hat, welcher Art auch immer, man einen Weg beschreiten muss. Denn ein Weg ist definitionsgemäss ein Mittel, um zu einem Ziel zu kommen. Wird aber gesagt, "*der Weg ist das Ziel*", wird genau dies geleugnet: D.h., auf der einen Seite ist der Weg Mittel zum Ziel, indem er aber zum Ziel gemacht wird, wird er auf der anderen Seite als Mittel geleugnet. Diese Paradoxie oder dieser Widerspruch kann fruchtbar nur dadurch aufgelöst werden, dass man den Weg trotzdem geht und dadurch realisiert, die Wege als Mittel sind sozusagen gegebene Muster, aber die Ziele, die kann man sich nicht von aussen, fremd vorgeben lassen, die muss man selbst suchen, und man kann auch nicht erwarten, dass man sie vorher kennt. Die Ziele findet man erst, wenn man sich auf den Weg begibt, sie zu suchen. Die Paradoxie löst sich lebenspraktisch auf, in dem, was man einen Vollzugssinn nennen könnte: Erst indem man sein Leben führt, und zwar ohne die Erwartung und die Abhängigkeit davon, ein Ziel schon vorher kennen zu müssen, findet man überhaupt ein Ziel, und zwar das einem gemässe; und genau dies ist eine Formel für Autonomie. In diesem Sinne führen "**produktive Paradoxien**", im Gegensatz zu "logischen Paradoxien", in die Autonomie. Das kann man aber nur schaffen, wenn man genügend *Selbstvertrauen* hat, bzw. in alten Worten (des nicht-säkularisierten Zeitalters), wenn man genügend Gottvertrauen hat; d.h. nur dann, wenn man über eine Charismatisierungsquelle verfügt, die einem für Krisenlösung die Sicherheit gibt, eine Sicherheit i.S. von: im Zweifelsfall geht's gut. Vgl. dazu auch Fussnote 42 in Kapitel 2.

deren Stabilisierung ist fraglos ausserordentlich grundlegend für den weiteren therapeutischen Prozess.

Als nächste aufschlussreiche Gestalt, die sich feinsequenziell aus dem Text herausarbeiten lässt (Zeilen 49-57), finden wir eine Verbindung oder Verschränkung von einerseits dem Eröffnen des eben rekonstruierten Selbstheilungs- oder Autonomiepotenzials und andererseits immer wieder Einbrüchen des Süchtigen. Schliesslich kehrt er über die ironische Bemerkung "da ich ja (kurzes, gehauchtes Lachen) zwei Jahre Massnahme habe (,)" zu seinem gewohnheitsmässigen (habituellen) *coolen impression management* zurück, nämlich (Zeile 59 u. 60) "ausser wenn ihr mich rauswerft (') dann ist das natürlich wieder etwas anderes dann gehe ich dann halt oder (')". Die Öffnung schliesst sich wieder, denn eine solche Öffnung stellt zweifellos auch eine grosse Anstrengung dar.

Aus therapeutisch-konzeptioneller Sicht, haben wir hier ein sehr schönes Beispiel dafür, was die dialektische Formel von "**beschädigter Autonomie**" (s. Unterabs. 2.2.6) fassen will, nämlich die, wie in diesem Fall hier konkret realisierte, Gleichzeitigkeit von einerseits Beschädigung der individuellen Autonomie (hier die basale Störung der Sucht), andererseits von spezifischen Autonomiepotenzialen in der Beschädigung (hier die zarte Ressource von Gegenseitigkeit (Reziprozität)).

Im Anschluss an die Rückkehr zur coolen Selbstpräsentation von Kurt, fügt der Gesprächsführer (Zeilen 61-63), unter Rückgriff auf eine Begebenheit kurz vor dem Gespräch, eine Provokation an "vielleicht gehst du ja auch vorher gern freiwillig".

Kurt klammert diese provozierende Störung kurzerhand ein (Zeile 64), um sich dann, im Verweis auf seine Vorstellungen für die Zeit in der Phase III, wieder arbeitsbündnisproblematisch (s. oben) als jemand darzustellen, der alles im Griff hat: "und ich mache genau das was ich will oder (') .. natürlich im Rahmen vom Rahmen halt (') oder (,)" Und dabei bleibt er einerseits ganz cool (Zeile 67) "aber äh ich habe äh (,) nicht grosse Pläne (') aber kleinere Pläne", andererseits präsentiert er sich voller Tatendrang "das ist mir einfach schaurig wichtig oder (,) endlich mal für mich selber etwas zu machen (,) ich habe viel gelernt". Auch wenn dieser Tatendrang und die Komponente des Pläne-Machens als positive Bewegungen zu würdigen sind, ist Kurt hier tendenziell in Gefahr, sich zu überschätzen, da er, wie wir gesehen haben, gewissermassen noch hin und her schwankt zwischen den Polen der Autonomie und der Beschädigung.

Bemerkung: Diese Pendelbewegung zwischen den Polen, die wir hier rekonstruiert haben, so können wir an dieser Stelle vorwegnehmen, ist charakteristisch für das ganze Gespräch mit Kurt – insbesondere durchzieht sie auch die letzte Sequenz der oben wiedergegebenen Eröffnungspassage (Zeilen 71-104) –, sie ist ein Hinweis auf das, was wir in Unterabs. 2.2.6 **Strukturtransformation** genannt haben. Da wir das gleiche Phänomen, wenn auch in unterschiedlicher Form, auch in vielen anderen Texten, die im Rahmen der Behandlung in *START AGAIN* durch Klientinnen und Klienten erzeugt wurden und die wir analysiert haben, gefunden haben, haben wir bezüglich der Wirkgrundlage von *START AGAIN* folgende Kernhypothese formuliert: *Das Milieu START AGAIN ist durch eine Atmosphäre der Transformation charakterisiert.*

Zur letzten wiedergegebenen Sequenz der Anfangspassage (Zeilen 71-104) und ihrer Kontrastierung mit dem eben diskutierten Anfangssegment wollen wir abschliessend bezüglich der Meditation noch Folgendes anmerken: Die Aussage "das [d.h. die Meditation] ist der Grundstock fürs Ganze (,) sehe ich oder (') (,) das ist für mich auch Arbeit weil es ist nicht an jedem Tag angenehm zu sitzen oder (') also das Sitzen an und für sich schon (') aber das was hochkommt oder (') nur da kann ich das einfach nehmen (') (,) es löst mir natürlich im Lauf vom Tag noch andere Sachen .. aus (,)" erhärtet den Eindruck, der bis anhin entstanden ist,

dass Kurt nicht irgendwie nur abstrakt oder gefühlig über die Meditation redet, sondern dass er prinzipiell die bewirkte Sache, die Gegenseitigkeit, ins Zentrum stellt. Erst in zweiter Linie spricht er davon, wie angenehm das ist. Wir können daher vermuten, dass Kurt bis anhin die Meditation (in seinem Fall *ānāpāna-sati* und *vipassanā*-Praxis) wirklich als Aufarbeitungswerkzeug nutzen konnte, um etwas ganz Reales, nämlich Gegenseitigkeit (Reziprozität), zu erfahren. Darin besteht für ihn ein meditationsinduzierter lebenspraktischer Qualitätszuwachs, und die offene Frage ist, ob es ihm gelingt diesen Zuwachs zu stabilisieren und darauf aufzubauen.⁴

A2.1.4 Eine Passage aus dem letzten Teil des Gesprächs

Die nachfolgende Passage aus dem letzten Teil des Gesprächs erfolgte nach einer Gesprächsdauer von etwa 70 Minuten und dauerte 3 Minuten und 45 Sekunde. Wir geben sie ohne grosse Analyse wieder, da wir sie eher aus interviewtechnischen Gründen ausgewählt haben. Die Frage in Zeilen 1103-1110 soll ein Beispiel für jene Frageform geben, die wir in Unterabs. 2.1.2.2 *Intervention der kognitiven und/oder affektiven Verdichtung* genannt haben.

Aus einem intuitiv und z.T. in gesprächspareller Analyse erschlossenen Fallverständnis heraus, habe ich als Gesprächsführer in dieser Frage versucht, Kurts grosse *coolness* und sein stellenweise stark markiertes Streben nach Kontrolle (seine "ausserordentliche Bestimmtheit", Zeile 1105) auf der einen Seite und seine Angst vor einem Rückfall, die er in Zeilen 1095-1101 äussert, bzw. seine latente grosse Unsicherheit und Bodenlosigkeit (vgl. oben in Unterabs. A2.1.3) auf der anderen Seite miteinander in Bezug zu setzen.

Auch wenn das aus diesem Textsegment fallstrukturell Erschliessbare nur minimal mit den Hypothesen aus der Anfangspassage kontrastiert, so kommt hier doch, ableitbar aus den starken Veränderungen von Sprachtempo, -lautstärke und -intonation, eine ganz andere Gefühls- und Empfindungsqualität zum Ausdruck, worin sich insbesondere ein ganz anderer Grad an subjektiv bewusster Repräsentiertheit einzelner Themen äussert.

- 1075 K: ... / Moment (') (...) ich habe ja viel Verständnis oder (,) was Bürokratie und
 1076 Verantwortung anbelangt (,) weil ich möchte euren Job nicht um Himmels wil-
 1077 len (,) nicht geschenkt nicht für eine Million Stutz im Monat oder (-) neh-neh
 1078 (verneinend) brauche ich nicht oder (') ... (...) ich bin da als Klient (,) (...) ... am
 1079 Anfang bin ich gekommen und habe gedacht ihr müsst einfach ja sagen zu
 1080 (lachend) allem was ich will oder + (,) aber ich bin unterdessen auch ein biss-
 1081 chen anders oder (')
 1082 I: das fügt sich ja gut (.) (räuspert sich)
 1083 K: nein das stimmt nicht so gut tue ich .. tue ich mich nicht fügen

⁴ Was die Fallgeschichte von Kurt anbelangt, so wollen wir anfügen, dass Kurt etwa ein halbes Jahr nach diesem Gespräch die Behandlung abgebrochen hat, indem er sich ohne weitere Kontaktaufnahme aus der Therapie entfernt hat. Dazu zwei Bemerkungen: Ein Grund für diesen Abbruch, so hat sich gezeigt, ist unter anderem darin zu sehen, dass es nicht gelungen ist, Kurt in Phase III in eine produktive, strukturierte Vereinbarung (Form von therapeutischem Arbeitsbündnis) einzubinden, etwas, das vor dem Hintergrund des obigen Textes kaum erstaunen mag. Gegeben nun den Therapieabbruch von Kurt, so finden wir im vorliegenden Textbeispiel einen Nachweis dafür, *dass es aus fallrekonstruktiver Sicht nicht angemessen ist, einen Therapieabbruch pauschal als Misserfolg zu erachten*. Vielmehr scheint das Konzept der "**Genesungskarriere**", einem individuellen Genesungsprozess, der viele verschiedene Phasen aufweisen kann, adäquat zu sein.

- 1084 I: nein (,) es fügt sich gut
- 1085 K: es fügt sich (?)
- 1086 I: nicht du fügst dich (,) es kommt ja auch Start Again zugute (,) (...)
- 1087 K: nein das mache ich nicht dem Start Again & das mache ich schon hauptsächlich mir oder (') (,) sonst muss ich mich ja aufregen (') wegen etwas wo ich
- 1088 mich ja gar nicht aufregen soll (.) .. das ist euer Job euch aufzuregen (.) (kurzes Lachen) (leise) aber trotzdem wahrscheinlich macht's mich (...) + ich weiss
- 1089 es einfach dass Start Again gut ist (immer leiser) für mein (...) +
- 1090 I: (sehr leise) (.....) +
- 1091 K: (leise) ja das hoffe ich auch (,) darum ist dieses Experiment [über die Weihnachtszeit einen zehntägigen *Vipassana*-Kurs zu besuchen] sehr wichtig und
- 1092 ich (-) + .. (nachdenklich, leise) Weihnachten (,) ist halt eine schwierige Phase für mich oder (.) und ich schütze mich durch das natürlich auch (.) ... das
- 1093 heisst +.. (sehr leise) das ist jetzt (,) das tönt nach (.....) oder (,) das meine ich aber gar nicht so (,) + (leise) ich hoffe mich wenigstens halten zu können bis
- 1094 zum nächsten Kurs oder (') und nach dem Kurs habe ich eh wieder drei Wochen so viel zu tun dass ich keine Zeit habe zum (schmunzelnd) (Kippen ?) +
- 1095 .. glaube ich eben oder (.) .. also habe ich das schon wieder überstanden (,) und ich hoffe mir wieder ein bisschen sicherer zu sein (-) +
- 1096 I: └ du Kurt (,) äh (,)
- 1097 vielleicht ist's zu persönlich (,) aber jetzt kommt mir einfach ein Gedanke (,) steht denn viel von deiner ausserordentlichen (,) äh (-) Bestimmtheit (,) die du
- 1098 an den Tag legst (I hustet) Entschuldigung (,) äh (-) (,) auch mit dieser Angst im Zusammenhang
- 1099 K: └ (ernst und bestimmt) ja auf jeden Fall +
- 1100 I: └ (leise) von denn da (,) immer
- 1101 quasi .. so (,) am Abgrund zu stehen (?) +
- 1102 K: (mit nachdenklicher, ruhiger Stimme) ja (,) ich laufe schon seit Jahren am Abgrund oder (-) .. das hält mich eben dran (-) +
- 1103 I: └ quasi nicht zu kippen (,)
- 1104 K: (leise und nachdenklich) so ist es (,) +
- 1105 I: (leise) seit Kindheitstagen (schon ?) +
- 1106 K: └ ja (,) auf jeden Fall ist das so (,)
- 1107 I: (leise) Das ist auch ein enormer Druck (...) (?) +
- 1108 K: └ (sehr leise) ja auf jeden Fall +
- 1109 *I und K wechseln hier sehr leise zwei Sätze über die gefühlsmässige Seite dieser Situation. Sie sind auf dem Tonband nicht verständlich.*
- 1110 K: (sehr leise und gedehnt) das stimmt ja (,) das stimmt (-) + ... (leise) ich lebe natürlich in einer Dauerangst vor mir selber (,) + weil alle anderen die machen mir einfach nicht viel Angst (,) also ein Mensch ist keine Bedrohung für mich
- 1111 das ist ein Mensch (,) gegenüber einem Menschen kannst du respektvoll sein (-) (,) aber Angst musst du vor niemandem haben (,) das habe ich schon lange abgeschafft oder (-)
- 1112 I: ja (,) in den Abgrund hinunterstürzen kannst quasi nur du dich selber
- 1113 K: └ ja genau
- 1114 I: └ wenn
- 1115 man's so sagen will
- 1116 K: └ so ist es (,) wenn ich nicht will (,) dann können andere schieben oder (,) dann bleibe ich einfach stehen (.) /...
- 1117
- 1118
- 1119
- 1120
- 1121
- 1122
- 1123
- 1124
- 1125
- 1126
- 1127
- 1128
- 1129
- 1130
- 1131
- 1132

A2.2 Zusammenfassende Bemerkungen zu den Rahmenbedingungen für die Fallstudie von *START AGAIN* seitens der Einrichtung

Rahmenbedingungen

Über die Zugangsbedingungen zum Fallstudienobjekt *START AGAIN* lässt sich Folgendes sagen:

Zunächst sei daran erinnert, dass die Integration in eine Gruppe von Drogenabhängigen bzw. Ex-Abhängigen oder wenigstens das Herstellen eines stabilen Kontaktes im Rahmen forschungsorientierter teilnehmender Beobachtung im Allgemeinen schwierig ist und nur selten gelingt. (Ex-)Drogenabhängige überblicken sehr schnell, dass die Untersuchenden und sie als Untersuchte durch eine lediglich kurzzeitig zu überbrückende soziale Distanz getrennt sind. Es gilt, wie SCHOLZ (1992: 37) es zutreffend formuliert hat, dass: "Die Erfahrungen sozialer Ausweglosigkeit werden von den meisten Wissenschaftlern nicht gemacht oder können nicht gemacht werden, da ihnen faktisch soziale und kognitive Auswege offenstehen, die fast allen Drogenabhängigen aus der Heroinszene durch nahezu unüberwindliche Barrieren verschlossen sind. Man kann versuchen, diese privilegierte soziale Position aufzugeben; allerdings, das Problem von Bildungsprivilegien und ein Erfahrungsvorsprung durch Zugangsmöglichkeiten zu höher bewerteten sozialen Positionen bleibt immer noch als bestehend und distanzfördernd erhalten."

Dieses Problem wird üblicherweise mit Hilfe zweier forschungsstrategischer Vorgehensweisen überwunden: Entweder wird versucht, die faktisch bestehende Distanz durch Nettigkeit zu überwinden, oder es werden nur bezahlte Tiefeninterviews durchgeführt, und dies bei gleichzeitigem Verzicht auf teilnehmende Beobachtung.

Bei der Fallstudie von *START AGAIN* musste ich [UMS] als Studienleiter und Untersucher im Austausch mit der Klientel auf keine dieser problematischen Lösungen zurückgreifen. Eine Forschung gegenüber offen und positiv eingestellte Leitung führte mich anfänglich sowohl beim therapeutischen und administrativen Team wie auch bei der Klientel im Rahmen verschiedener Settings sorgfältig ein, und über die Zeit wurde ich für Klientel und Personal von *START AGAIN* gewissermassen zu einem "festen Bestandteil" der Einrichtung. Hier möchte ich unterstreichen, dass m.E. eine sorgfältige Einführung meiner Person beim Team und anschliessende Transparenz diesem gegenüber für die Studie entscheidend war, da im Rahmen der Gesamtstudie einer Einrichtung insbesondere auch das professionelle Handeln der Mitarbeiter/innen Gegenstand der Untersuchung ist und dabei keine schwelenden Ängste einer indirekten Kontrolle oder Arbeitsbewertung zu Gunsten etwa der Geschäftsleitung entstehen dürfen.

Rückblickend kann ich sagen, dass die Möglichkeit, in der Einrichtung mit jemandem ein Gespräch zu führen, das "keine Konsequenzen" für die Gestaltung des weiteren Therapieaufenthaltes bzw. für die weitere Teamzusammenarbeit hat, die Möglichkeit einer ungezwungenen Begegnung mit einem "normalen Menschen", wie es ein Klient einmal ausdrückte (d.h. mit einem Nicht-Therapeuten bzw. Nicht-Teamer), wo Eindrücke und Meinungen bezüglich der Einrichtung und dem therapeutischen Geschehen in dieser sowie individuelle biographische Erfahrungen "unbefangen" ausgesprochen werden können, wo sozusagen frei assoziiert werden kann, von einer grösseren Zahl Klient/inn/en und Mitarbeiter/inne/n sehr positiv aufgenommen wurde, was mir ermöglichte, in au-

sserordentlich unmittelbarer Art und Weise Anteil nehmen zu können am Erleben und Konstruieren von Wirklichkeit innerhalb des Milieus *START AGAIN*. – Eine **Grundbeobachtung**, die sich dabei wiederholt sowohl in Gesprächen mit Klient/inn/en wie auch in Gesprächen mit Mitarbeiter/inne/n einstellte, ist folgende: *Je klarer gerahmt ein Gespräch war, und je vermeintlich unverfänglicher der Gesprächsgegenstand war, desto bereitwilliger, unmittelbarer und ungefilterter wurden persönliche Sichtweisen und Erfahrungen mitgeteilt und erläutert.*

Weiter möchte ich an dieser Stelle festhalten, dass mir alle Klient/inn/en, die ich anfragte, ohne Zögern erlaubten, unsere Gespräche für Forschungs- und Studienzwecke auf Tonband aufzuzeichnen sowie Einsicht in ihre Dossiers (d.h. therapeutische Aufzeichnungen im "Klientenheft", Rechenschaftsberichte an Ämter, allfällige Justizdokumente, Bewerbungslebenslauf, Genogramm der Familie, persönliche Briefe, Standortberichte etc.) nehmen zu dürfen. Dabei sicherte ich stets *vollständiges Anonymisieren* der Daten zum Schutz der Persönlichkeit zu, falls Auszüge aus den Gesprächen oder den Daten weiterverwendet würden.

Während der Fallstudie von *START AGAIN* nahm ich gemeinsam mit Klient/inn/en und Teamern an folgenden Veranstaltungen teil:

- tägliche Meditationssitzungen und interne Meditationstage
- therapeutische Gruppensitzungen in verschiedenen Phasen
- sogenannte (therapeutische) Planungsgruppensitzungen
- Suchtvorträge
- mehrtägiger interner Narcotics Anonymous Workshop
- Iyenga-Yoga Workshops
- Fallbesprechungen (mit und ohne Klient/inn/en)
- interne Feste und Parties
- Familiengespräche (via Videoaufzeichnungen)

Gleichermassen günstig und offen empfand ich auch den Zugang zu den verschiedensten Teilbereichen der Einrichtung seitens des therapeutischen, sozialarbeiterischen und administrativen Teams. Mir wurde, wann immer ich wollte, Zugang zu Sitzungen und Veranstaltungen gewährt, und dem Wunsch diese zu Analysezwecken auf Tonband aufzuzeichnen wurde abgesehen von ganz wenigen, begründeten Ausnahmen stets entsprochen. Entsprechende Situationen, an denen ich teilnahm, waren:

- Geschäftsleitungs- und Teamsitzungen
- Retraiten und Gesamtteamsupervisionen
- Konzeptentwicklungs- und Budgetsitzungen
- Schulungen oder Beratungssitzungen durch externe Fachleute in den Bereichen Therapie, Organisationsentwicklung und Finanzen
- "Krisensitzungen" infolge spezieller therapeutischer oder betrieblicher Vorkommnisse (z.B. infolge eines Klientensuizides oder als eine sehr problematische Geldmittelbeschaffungssituation herrschte)
- interne Fortbildungseinheiten

In keinem Bereiche des rehabilitatorischen und administrativen Arbeitens in *START AGAIN* fand ich irgendwelche Tabubereiche, in die ich nicht hätte Einblick nehmen können. Im Gegenteil, es überraschte mich immer wieder, mit welcher ausgesprochenen Freizügigkeit mir überall Einblick gewährt wurde.

Ein weiterer für die Studie von *START AGAIN* wichtiger Bereich für teilnehmende Beobachtung – bzw. in diesem Fall eher für "beobachtende Teilnahme" – wurde mir bereitwillig seitens der *community of Vipassana meditators* geöffnet; s. auch Unterabs. 2.1.1. Etwas bevor ich die üblichen Teilnahmebedingungen erfüllte, wurde es mir gestattet, an einem *Satipatthāna Sutta* Kurs teilzunehmen, jenem Kurstyp in der *Vipassana*-Tradition, in dem das *Vipassana*-Praxissystem und gewissermassen dessen innere Logik oder latente Sinnstruktur "alten Schüler/inne/n (*old students*)" ausführlich erläutert wird. Zudem wurde mir im Juli 1996 die Möglichkeit eingeräumt, am ersten ausserhalb Indiens stattfindenden 10-tägigen *Vipassana*-Gefängniskurs, der im Ming-Te Branch Prison (Drug Rehabilitation Center) in Tainan County (Taiwan) stattfand, teilzunehmen. Ich konnte dort einerseits interessante teilnehmende Beobachtungen für die Kontrastierung von *Vipassana*-Meditation im Therapiekontext *START AGAIN* machen, andererseits konnte ich ein paar Gespräche führen mit dem heutigen Hauptvertreter der *Vipassana*-Tradition, dem gebürtigen Burmesen indischer Abstammung und Principal Dhamma Teacher S.N. GOENKA.⁵

Abschliessend kann ich sagen, dass mir in keiner Phase der Studie, weder durch Klient/inn/en noch durch Mitarbeiter/innen von *START AGAIN*, je das Gefühl vermittelt wurde, unerwünscht oder störend (im Sinne etwa von voyeuristisch tätig) zu sein. Ich meine, dass alle im Rahmen der Fallstudie von *START AGAIN* Betroffenen stets über meine Intentionen Bescheid wussten – nicht zuletzt auch deshalb, weil diese in verschiedenen Kontexten immer wieder dargelegt und erläutert wurden –, und es sind mir bis heute keine Voten der Verunsicherung, Irritation oder gar üblen Gesinnung zu Ohren gekommen, was berechtigtes Nachfragen und angemessenes Kritischsein seitens der Betroffenen natürlich nicht ausschliesst.

Eine allgemein ungezwungene und weltoffenen Mentalität sowie eine Grundhaltung, Neuem und Anderem gegenüber offen, wohlwollend und interessiert zu sein, machten es mir leicht, mich ins Milieu *START AGAIN* zu integrieren und damit gewissermassen aus der Innensicht die Einrichtung sinnstrukturell zu analysieren und quantitativ zu evaluieren.

Studienverlauf und forschungspragmatische Logik der Fallstudie

Eine Übersicht über den tatsächlichen Verlauf der Fallstudie sowie die konkrete forschungspragmatische Logik der Studie habe ich ausführlich im Zwischenbericht ans Bundesamt für Justiz vom September 1997 vorgelegt. Da die dortigen Ausführungen ihre Gültigkeit vollauf bewahrt haben, verweise ich an dieser Stelle auf sie; s. STUDER (1997b).

⁵ Eine erste Auswertung des dort erhobenen Datenmaterials ist zu finden in STUDER (1997a).

A2.3 Anhang zu Unterabschnitt 2.3.3: "Sind sie gleich oder verschieden, das ist hier die Frage"

Die nachfolgenden vier Computerausdrucke geben die Resultate einer probabilistischen Vergleichsanalyse der Erfolgchancen verschiedener Stichproben:

- (1) Die Teilklientel der *Vipassana*-Meditierenden gegenüber der Teilklientel der Nichtpraktizierenden dieser Technik, und zwar unter all jenen, die die Therapie zwischen Oktober 1992 und September 1995 vollständig durchlaufen haben.
- (2) Die zwei gleichen Teilklientele wie in (1) diesmal aber unter all jenen, die die Therapie zwischen Oktober 1992 und Juni 1997 vollständig durchlaufen haben.
- (3) Die Teilklientel jener, die die Therapie zwischen Oktober 1992 und September 1995 vollständig durchlaufen haben und danach vom Nachsorgeangebot von *START AGAIN* Gebrauch gemacht haben, gegenüber jenen Durchläufer/inne/n der gleichen Zeitspanne, die vom Nachsorgeangebot keinen Gebrauch gemacht haben.
- (4) Die zwei gleichen Teilklientele wie in (3), diesmal jedoch wiederum unter all jenen, die die Therapie zwischen Oktober 1992 und Juni 1997 vollständig durchlaufen haben.

**DurchläuferInnen 1992-95: Erfolg unter Vipassana-Kurserfahrenen
 [13/18] vs. Erfolg unter Vipassana-Kursunerfahrenen [8/13]**

----- **Data (Input)** -----

$s_1/N_1 = 13/18$: $\text{Mean}_1 \pm \text{SD}_1 = 0.7 \pm 0.1$
 $s_2/N_2 = 8/13$: $\text{Mean}_2 \pm \text{SD}_2 = 0.6 \pm 0.12247$

Bounds on the Mean ($s_{\min} = 0$): $\text{Mean}_L = 0.05$, $\text{Mean}_H = 0.95$
 Bounds on the Standard Deviation: $\text{SD}_L = 0.047$, $\text{SD}_H = 0.125$

----- **Results (Output)** -----

$N = N_1 + N_2 = 31$: $\text{Mean}_{\text{comb}} \pm \text{SD}_{\text{comb}} = 0.65806 \pm 0.11909$

$P(mv | D_1, D_2, I) = \text{const. } 1.44916 \cdot 10^{20}$

$P(\bar{m}v | D_1, D_2, I) = \text{const. } 4.0047 \cdot 10^{20}$

$P(m\bar{v} | D_1, D_2, I) = \text{const. } 6.18536 \cdot 10^{19}$

$P(\bar{m}\bar{v} | D_1, D_2, I) = \text{const. } 1.94669 \cdot 10^{20}$

where $\text{const.} = 1.20642 \cdot 10^{-13} / p(D_1 D_2 | I) = 1.24703 \cdot 10^{-21}$

----- **Model** ----- **Probability** -----

mv : Same Mean, Same Variance:	18.071
$\bar{m}v$: Different Mean, Same Variance:	49.94
$m\bar{v}$: Same Mean, Different Variance:	7.7133
$\bar{m}\bar{v}$: Different Mean, Different Variance:	24.276

The probability the means are the same is: 25.7847
 The probability the means are different is: 74.2153
 The odds ratio is 2.88 to 1 in favor of different means.

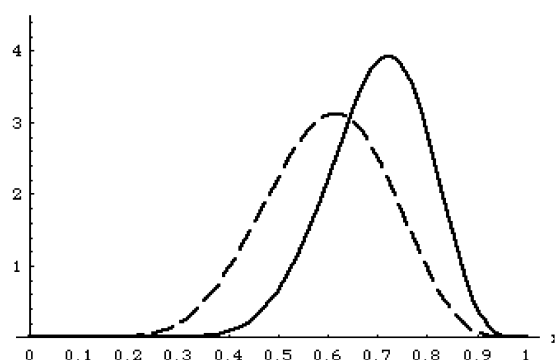
The probability the variances are the same is: 68.011
 The probability the variances are different is: 31.989
 The odds ratio is 2.13 to 1 in favor of the same variances.

The probability the data sets are the same is: 18.071
 The probability the data sets are different is: 81.9286
 The odds ratio is 4.53 to 1 in favor of different means and/or variances.

----- **Graphics** -----

$p(H[x] | s_1/N_1, I)$ [durchgezogen] und $p(H[x] | s_2/N_2, I)$ [gestrichelt]

$p(H(x) | s/N, I)$



**DurchläuferInnen 1992-97: Erfolg unter Vipassana-Kurserfahrenen
 [21/32] vs. Erfolg unter Vipassana-Kursunerfahrenen [16/26]**

----- **Data (Input)** -----

$s_1/N_1 = 21/32$: $\text{Mean}_1 \pm \text{SD}_1 = 0.64706 \pm 0.080777$
 $s_2/N_2 = 16/26$: $\text{Mean}_2 \pm \text{SD}_2 = 0.60714 \pm 0.090691$

Bounds on the Mean ($s_{\min} = 0$): $\text{Mean}_L = 0.02$, $\text{Mean}_H = 0.98$
 Bounds on the Standard Deviation: $\text{SD}_L = 0.028$, $\text{SD}_H = 0.093$

----- **Results (Output)** -----

$N = N_1 + N_2 = 58$: $\text{Mean}_{\text{comb}} \pm \text{SD}_{\text{comb}} = 0.62917 \pm 0.086931$

$P(mv | D_1, D_2, I) = \text{const. } 7.04329 \cdot 10^{46}$

$P(\bar{m}v | D_1, D_2, I) = \text{const. } 2.11357 \cdot 10^{46}$

$P(m\bar{v} | D_1, D_2, I) = \text{const. } 1.82023 \cdot 10^{46}$

$P(\bar{m}\bar{v} | D_1, D_2, I) = \text{const. } 5.71205 \cdot 10^{45}$

where $\text{const.} = 1.54571 \cdot 10^{-24} / p(D_1 D_2 | I) = 8.65929 \cdot 10^{-48}$

----- **Model** ----- **Probability** -----

mv : Same Mean,	Same Variance:	60.99
$\bar{m}v$: Different Mean,	Same Variance:	18.302
$m\bar{v}$: Same Mean,	Different Variance:	15.762
$\bar{m}\bar{v}$: Different Mean,	Different Variance:	4.9462

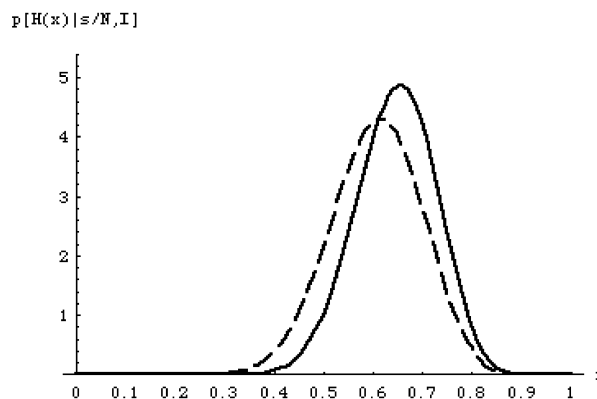
The probability the means are the same is: 76.7517
 The probability the means are different is: 23.2483
 The odds ratio is 3.3 to 1 in favor of the same means.

The probability the variances are the same is: 79.2919
 The probability the variances are different is: 20.7081
 The odds ratio is 3.83 to 1 in favor of the same variances.

The probability the data sets are the same is: 60.99
 The probability the data sets are different is: 39.0101
 The odds ratio is 1.56 to 1 in favor of the same means and variances.

----- **Graphics** -----

$p(H[x] | s_1/N_1, I)$ [durchgezogen] und $p(H[x] | s_2/N_2, I)$ [gestrichelt]



**DurchläuferInnen 1992-95: Erfolg mit Nachsorge [18/26] vs.
 Erfolg ohne Nachsorge [3/5]**

Data (Input) -----

$s_1/N_1 = 18/26$: $\text{Mean}_1 \pm \text{SD}_1 = 0.67857 \pm 0.086724$
 $s_2/N_2 = 3/5$: $\text{Mean}_2 \pm \text{SD}_2 = 0.57143 \pm 0.17496$

Bounds on the Mean ($s_{\min} = 0$): $\text{Mean}_L = 0.03$, $\text{Mean}_H = 0.97$
 Bounds on the Standard Deviation: $\text{SD}_L = 0.034$, $\text{SD}_H = 0.177$

Results (Output) -----

$N = N_1 + N_2 = 31$: $\text{Mean}_{\text{comb}} \pm \text{SD}_{\text{comb}} = 0.66129 \pm 0.10933$

$P(mv | D_1, D_2, I) = \text{const. } 3.07885 \cdot 10^{21}$

$P(\bar{m}v | D_1, D_2, I) = \text{const. } 3.63807 \cdot 10^{21}$

$P(m\bar{v} | D_1, D_2, I) = \text{const. } 1.36057 \cdot 10^{22}$

$P(\bar{m}\bar{v} | D_1, D_2, I) = \text{const. } 9.28493 \cdot 10^{21}$

where $\text{const.} = 6.8485 \cdot 10^{-14} / P(D_1, D_2 | I) = 3.37751 \cdot 10^{-23}$

Model -----
Probability -----

mv : Same Mean, Same Variance:	10.399
$\bar{m}v$: Different Mean, Same Variance:	12.288
$m\bar{v}$: Same Mean, Different Variance:	45.954
$\bar{m}\bar{v}$: Different Mean, Different Variance:	31.36

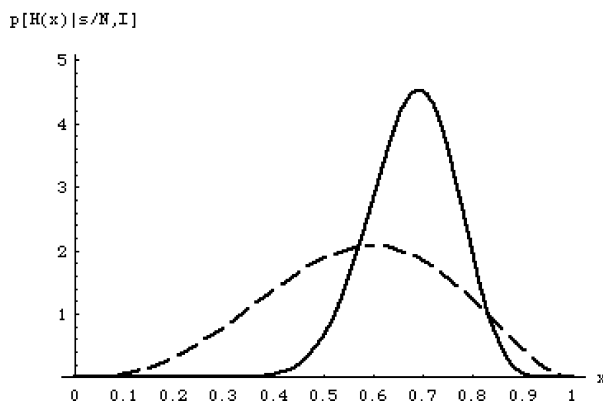
The probability the means are the same is: 56.3524
 The probability the means are different is: 43.6476
 The odds ratio is 1.29 to 1 in favor of the same means.

The probability the variances are the same is: 22.6865
 The probability the variances are different is: 77.3135
 The odds ratio is 3.41 to 1 in favor of different variances.

The probability the data sets are the same is: 10.399
 The probability the data sets are different is: 89.6011
 The odds ratio is 8.62 to 1 in favor of different means and/or variances.

Graphics -----

$p(H[x] | s_1/N_1, I)$ [durchgezogen] und $p(H[x] | s_2/N_2, I)$ [gestrichelt]



**DurchläuferInnen 1992-97: Erfolg mit Nachsorge [29/42] vs.
 Erfolg ohne Nachsorge [8/16]**

Data (Input) -----

$s_1/N_1 = 29/42$: $\text{Mean}_1 \pm \text{SD}_1 = 0.68182 \pm 0.069433$
 $s_2/N_2 = 8/16$: $\text{Mean}_2 \pm \text{SD}_2 = 0.5 \pm 0.11471$

Bounds on the Mean ($s_{\min} = 0$): $\text{Mean}_L = 0.02$, $\text{Mean}_H = 0.98$
 Bounds on the Standard Deviation: $\text{SD}_L = 0.022$, $\text{SD}_H = 0.115$

Results (Output) -----

$N = N_1 + N_2 = 58$: $\text{Mean}_{\text{comb}} \pm \text{SD}_{\text{comb}} = 0.63166 \pm 0.11683$

$P(mv | D_1, D_2, I) = \text{const. } 1.86928 \cdot 10^{39}$

$P(\bar{m}v | D_1, D_2, I) = \text{const. } 7.25722 \cdot 10^{46}$

$P(m\bar{v} | D_1, D_2, I) = \text{const. } 1.4178 \cdot 10^{40}$

$P(\bar{m}\bar{v} | D_1, D_2, I) = \text{const. } 2.4802 \cdot 10^{47}$

where $\text{const.} = 1.12188 \cdot 10^{-24} / P(D_1, D_2 | I) = 3.11923 \cdot 10^{-48}$

Model ----- **Probability** -----

mv : Same Mean, Same Variance: $5.8307 \cdot 10^{-7}$

$\bar{m}v$: Different Mean, Same Variance: 22.637

$m\bar{v}$: Same Mean, Different Variance: $4.4224 \cdot 10^{-6}$

$\bar{m}\bar{v}$: Different Mean, Different Variance: 77.363

The probability the means are the same is: $5.0055 \cdot 10^{-6}$

The probability the means are different is: 100

The odds ratio is $2 \cdot 10^7$ to 1 in favor of different means.

The probability the variances are the same is: 22.6369

The probability the variances are different is: 77.3631

The odds ratio is 3.42 to 1 in favor of different variances.

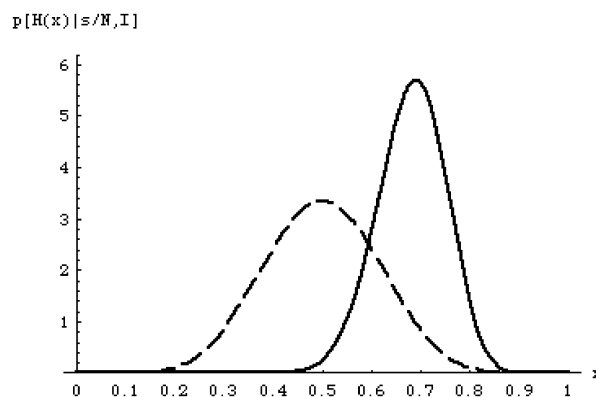
The probability the data sets are the same is: $5.8307 \cdot 10^{-7}$

The probability the data sets are different is: 100

The odds ratio is $1.72 \cdot 10^8$ to 1 in favor of different means and/or variances.

Graphics -----

$p(H[x] | s_1/N_1, I)$ [durchgezogen] und $p(H[x] | s_2/N_2, I)$ [gestrichelt]



A3 Protokoll einer sequenziellen Genogramm- und Biographieanalyse und Anhang zu Genogrammnotationen

A3.1 Exemplarische sequenzielle Analyse des Genogramms und Bewerbungslebenslaufs der Natalie Lang

Die eher ausführliche Darstellung des Falls der Natalie Lang an Hand einer sequenziellen Analyse ihres Genogramms und ihres "Bewerbungslebenslaufs" – d.h. jener Biographie (vgl. Unterabs. 3.2.2.1), die sie für die Bewerbung um einen Therapieplatz bei *START AGAIN* verfasst hat – verfolgt ein doppeltes Ziel: (1) Sie soll gewissermassen idealtypisch – da nicht unter therapeutischem Handlungsdruck entstanden – das konkrete Vorgehen beim methodischen Fallverstehen in *START AGAIN* ausführlich illustrieren. Für alle am konkreten Wie dieses methodischen Fallverstehens interessierten Leserinnen und Leser geben wir in den folgenden zwei Unterabschnitten die **leicht editierten Protokolle** der zwei mehrstündigen Analysesitzungen des Genogramms und des Beginns des Bewerbungslebenslaufs.¹ (Der Sprachstil dieses Unterabschnittes ist daher wie in Abschnitt A3.1 nicht ein theoriesprachlicher, sondern der des unmittelbaren, gemeinsamen Arbeitens am Datenmaterial.) Die Protokolle illustrieren insbesondere die für die Sequenzanalyse zentrale zweiphasige Vorgehensweise, bei der an jeder Entscheidungsstelle zuerst gedankenexperimentell der Horizont möglicher Handlungsentwürfe exploriert wird, um diesen dann diskursiv und unter Rückgriff lediglich auf bis zu diesem Punkt erschlossenes Fallwissen mit der von der Lebenspraxis konkret ausgeführten Handlung zu kontrastieren und so sukzessive eine Fallstrukturhypothese herauszuschälen. (2) Die Falldarstellung der Natalie Lang liefert uns einen aufschlussreichen Kontrastfall zu jener des Beat Kaiser in Abschnitt 3.2. Die wesentlichen Gleichförmigkeiten und Unterschiede (minimalen und maximalen Kontraste) beider Fälle sind in Unterabs. 3.3.2 zusammengestellt. Es soll aus dieser exemplarischen Kontrastierung hervorgehen, wie *im suchtherapeutischen Handlungskontext nach- und re-sozialisatorische Behandlungsanstrengungen fallspezifisch zu bestimmen und in ganz unterschiedlicher Gewichtung zu realisieren sind.*

¹ Die Analysen wurden gemeinsam mit Bruno HILDENBRAND und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern am Soziologischen Institut der Universität Jena durchgeführt. Aus Persönlichkeitsschutzgründen wurden die Daten (Namen, Ortschaften, z.T. Berufe etc.) vollständig anonymisiert.

A3.1.1 Analyse des Genogramms der Familie Lang-Gomez mit Indexklientin Natalie: "Die habituelle Auslagerung des Exzessiven"

Das zentrale Anliegen der Genogrammanalyse der Familie Lang-Gomez ist herauszufinden, in welchem familialen Kontext sich die Drogenabhängigkeit ihrer Tochter Natalie entwickelt hat.

In der sequenziellen Analyse des Genogramms gehen wir so vor, dass wir bei den Grosseltern des Vaters beginnen, dann die Familie der Mutter analysieren, um schliesslich Handlungsspielräume und historisch konkrete Handlungsketten auf der Ebene der Kinder, d.h. der Ebene der Indexklientin Natalie zu verstehen. Datengrundlage der Analyse bilden die in der Klientinnen-Dokumentation (im sog. Klientenheft) von Natalie zusammengestellten Familiendaten und Zitate, Daten, die in den ersten paar Wochen des Therapieaufenthalts von Natalie in *START AGAIN* erfasst wurden. Des Weiteren konnten im Rahmen von Familientherapiesitzungen der Familie Lang-Gomez in *START AGAIN* ein paar Datenergänzungen und Klärungen direkt bei den entsprechenden Personen nachgefragt werden.

Alle in die Analyse eingehenden Daten heben wir typographisch durch eine andere Schriftart vom Analysetext ab, und sie werden jeweils an jener Stelle aufgeführt, wo sie in der tatsächlichen Analyse auch zum ersten Mal eingebracht wurden.²

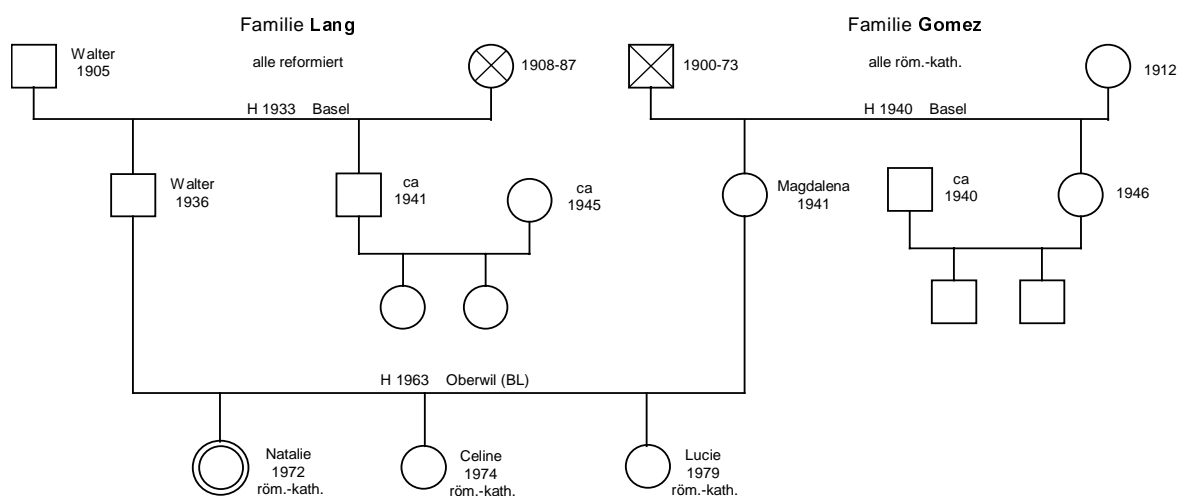


Abb. 3.1.1-1 Genogramm der Familie Lang-Gomez mit Indexklientin Natalie

A3.1.1.1 Familie väterlicherseits

Grossvater väterlicherseits

"Walter Lang: geboren 1905 (heisst wie sein Vater und sein Sohn, d.h. Urgrossvater, Grossvater und Vater tragen alle den gleichen Namen); reformiert; Lokführer. Familienhintergrund: Bauernfamilie im Toggenburg, in der der Jüngste den Hof übernahm. Zog

² Konkret wird bei der sequenziellen Genogrammanalyse zunächst alles abgedeckt, um dann Position um Position aufzudecken und die entsprechenden Daten zu interpretieren.

alleine nach Schaffhausen, wo er als Selbstversorger anfang. 1933 zog er aus freiem Entsch eid mit seiner Frau (Heirat vor dem Umzug) nach Basel, weil er dort bessere Aufstiegschancen vor sich sah. Mitglied der SP, liebt die Gartenarbeit und ist gut zuwege."

Von der Namengebung her (gleicher Name wie sein Vater) vermuten wir, dass der Grossvater der Älteste bzw. der älteste Sohn ist, also natürlich dazu disponiert ist *Verantwortung* zu übernehmen.

Als weichender Erbe Selbstversorger in Schaffhausen zu sein heisst, dass er so weit im Bäuerlichen verhaftet ist, dass er dort im kleinen Massstab zunächst weitermacht, was für eine Traditionalismus-Hypothese (Skepsis gegenüber Neuem) spricht.

Schaffhausen und Basel sind beide reformiert. Der Umzug bedeutet aber fraglos das Betreten einer anderen Welt. Es wird ihm am Dialekt gespiegelt, wo er herkommt, ein Ausdruck des ausgeprägten schweizerischen Regionalpartikularismus.

Der Grossvater wechselt also vom Kleinbauer/Selbstversorger als weichender Erbe zur Bahn, in einen Beruf mit berufsständischem Ansehen, wofür er bereit ist, die Unabhängigkeit des Ersteren aufzugeben. Und dann zieht er auch noch von Schaffhausen nach Basel aus Gründen der Aufstiegs- und Karrierenorientierung: *Ehrgeiz, Leistungsorientierung*. D.h. *in diesem Mann vollzieht sich ein erstaunlicher biographischer Wandlungsprozess*.

In der Anfangszeit seiner Lokführerkarriere wird der Grossvater noch mit Dampflokomotiven konfrontiert gewesen sein. Dabei kam ihm sicherlich die Erfahrung des Bäuerlich-Erdigen, also die Bewährung im Kampf mit der Natur zugute. Lokführer zu sein, das hatte damals etwas Naturwüchsig-Abenteuerliches an sich: Die Lokomotive als Instrument der *Naturbewältigung*.

Lokführer im Kontext SBB, d.h.: Genauigkeit und Ordentlichkeit; man hat Pflichterfüllung an den Tag zu legen; man gehört zum Versorgungskontext SBB, einem Staatsbetrieb (Grossunternehmen mit Pensionscharakter); Beamtenmentalität, wobei Lokführer sich als Elite vorkommen; Korrektheit; *relativ viel Verantwortung, aber in einen sehr engen Verantwortungskontext eingebunden*, sie haben nicht viel zu entscheiden; strikter Dienstplan (bis auf ein Jahr hinaus vorgegeben).

Zur Stützung unserer Deutung ein paar zusätzliche Informationen zur SBB von einem "alten Bähnler":

Die Elektrifizierung der Bahn geschah in der Schweiz in den 30er und 40er Jahren (z.B. die Strecke Zürich-St.Gallen war 1933 fertig elektrifiziert und Basel-Chur anfangs der 40er Jahre; auf Nebenstrecken wurde jedoch bis Ende der 40er Jahre noch mit Dampf gefahren: z.B. Toggenburg).

In den 30er/40er Jahren war die typische Voraussetzung, um Lokführer zu werden, eine abgeschlossene Lehre in der Metallbranche. In den 50er/60er Jahren herrschte Lokführermangel, und es wurden auch andere Berufslehren als Voraussetzung anerkannt.

Die Lokführerkarriere sah in etwa wie folgt aus: 1. Unterhaltsarbeiten und Lokwartung im Depot, 2. Heizer (fällt mit der Elektrifizierung weg), 3. Hilfslokführer (hat unregelmässige Einsätze), 4. Lokführer (besitzt eine feste Einteilung, d.h. seine Ruhetage, Ferien etc. sind auf ein Jahr hinaus festgelegt, und die zu befahrenden Strecken werden ein Monat im Voraus zugeteilt).

Seit dem Generalstreik von 1918 sind die Lokführer vom Lohn her besser gestellt als das restliche Zugpersonal (zuvor war es der Zugführer).

Über jede bei der Bahn arbeitende Person wird ein Dossier geführt, in dem Fehlverhalten registriert werden und das bei Beförderung herangezogen wird.

Gewerkschaftlich war das Bahnpersonal schon vor dem Generalstreik im Schweizerischen Eisenbahner Verband (SEV) organisiert; seit 1919 gibt es zusätzlich noch die kleine Gewerkschaft des Christlichen Verkehrspersonals (GCV).

Die Gesamtorganisation der SBB gliedert sich in eine Generaldirektion (Bern), drei Kreisdirektionen (Lausanne, Luzern und Zürich) und die regionalen Lockdepots, die für die Monats- und Jahresplanung bzw. -einteilung des Zugpersonals zuständig sind.

Dass der Grossvater mit über 90 Jahren noch lebt, spricht dafür, dass er ein ausreichendes Humankapital für seinen Aufstieg besessen hat, es muss ihm gefallen haben: *Er ruht gewissermassen in sich und wird auch etwas Patriarchalisches an sich haben. Wir haben ein durch und durch kleinbürgerliches Leben: sehr geordnet, überschaubar, es kann nichts passieren ausser einem Schicksalsschlag. Das Thema ist: Leben nach Plan.*

Grossmutter väterlicherseits

Wir fragen uns: Was für eine Frau passt zum Lokführer? Bei einem so ordentlichen Mann erwarten wir weder eine uneheliche Geburt noch eine Heirat ausserhalb des Standes (also weder nach oben noch nach unten), oft im Eisenbahnerkontext selbst. Die Frauensuche findet in den 30er Jahren statt, denn er wird kaum mit 20 heiraten, eher zwischen 25 und 28, dann nämlich, wenn er es schon zu etwas gebracht hat, wenn er in typisch kleinbürgerlicher Manier genügend gespart hat, um einen Hausstand zu gründen. Hier die Daten zur Grossmutter:

"1908-87, gestorben an Krebs nach 10 Jahren Krankheit; reformiert; keine Ausbildung, Hausfrau. Familienhintergrund: Bauerntochter aus dem Toggenburg, zog mit der ganzen Familie nach Schaffhausen, wo sie ihren Mann kennenlernte und ihn 1933 heiratete. Sie war introvertiert und schwerfällig. Sie liess die Mutter der Natalie (Indexklientin), ihre Schwiegertochter nicht an sich herankommen."

Da sie und der Grossvater schon in Schaffhausen nach der Logik des geschlossenen Heiratskreises³ heiraten – möglicherweise sind sie miteinander weit aussen verwandt –, vermuten wir eine *stark innenzentrierte Familie*, nämlich (1) vom Stamm her innenzentriert und (2) gemeinsam ins fremde Basel gezogen werden sie dort als innenzentrierte Familie leben, was gestützt wird durch die Charakterisierung der Grossmutter als introvertierte und schwerfällige Frau, an die die Schwiegertochter (Mutter der Indexklientin) nur schwer herankommt.

Als Bauerntochter ohne erlernten Beruf und mit einem Lokführer als Mann wird sie viel zu Hause sitzen. *Sie gestaltet das Binnenmilieu aus und sorgt für Stabilität bei einem Ehemann, der sich in einem starken biographischen Wandlungsprozess befindet.*

Man kann ins Handbuch der Psychosomatik schauen, was mit Krebs konnotiert ist: Z.B. Krebskranke "leiden unter einem ungeliebten Leben" (Viktor von WEIZSÄCKER). Es ist hier jedoch Vorsicht angebracht. Die Grossmutter, 3 Jahre älter als ihr Mann, stirbt mit knapp 80 Jahren. Mit anderen Worten: Es wird sich um einen Alterskrebs gehandelt haben. In den kritischen 30er und 40er Jahren war sie aber gesund. Hier ist die Idee einer Krebspersönlichkeit daher nicht angebracht.

Kinder der Grosseltern väterlicherseits

"Die Grosseltern väterlicherseits haben zwei Söhne, geboren 1936 (Vater von Natalie) und ca. 1940."

³ Geschlossener oder endogamer Heiratskreis heisst, es wird nur innerhalb des Stammes geheiratet, hier lediglich räumlich aus dem Toggenburg nach Schaffhausen verlagert.

Aus welchem Spektrum haben die beiden Söhne ihre Berufe gewählt? Dabei sind die Einflüsse sowohl der väterlichen wie der mütterlichen Seite massgebend. Mütter können Aspirationen in Bezug auf ihre Söhne haben, die sich aus ganz anderen Quellen speisen als die der Väter.

Der Älteste, Vater von Natalie (der Indexklientin)

Was erwarten wir, was der Älteste als Beruf wählt? Typisch väterlicher Wunsch: Maschinenbauingenieur, ganz im Sinne des Entwicklers der Lokomotiven, die er als Vater lenkt. Mütterlicher Wunsch: Konkret schwer erschliessbar bei den geringen Daten, die wir über sie haben. Der Richtung nach wird ihre Erwartung, die speziell für die Berufswahl des Ältesten entscheidend ist, auf eine bodenständige, solide, tendenziell aufstiegsorientierte Berufswahl fallen. Da dem Vater einiges gelungen ist, muss einerseits nichts kompensiert werden, andererseits sind Kleinbürgermilieus aber auch genuine Aufstiegsmilieus, und zwar im Regelfall über Bildung, da keine anderen Ressourcen vorhanden sind. Wir erwarten also vom Qualifikationsniveau her einen Aufstieg, und zwar im Bereich naturwissenschaftlich-technischer Berufsfelder.

Die Daten sind:

"Walter Lang, geboren 1936; reformiert; Primarlehrer (in der Nachbarstadt Muttenz); SP-Gemeinderat in Oberwil (BL), wo die Familie Lang-Gomez in einem Eigenheim lebt. Ist ruhig und überlegt; theoretische Suchterfahrung durch Kurse; raucht keine 'Zigis'."

Bis zur Zeit ist der Primarlehrerberuf in der Schweiz nicht akademisiert – Umbrüche sind z.Z. im Gange. Nach der mittleren Reife konnte (kann) man ins Lehrerseminar gehen. Primarlehrer ist nicht der grosse Aufstieg aber eine *moderate Aufwärtsbewegung*.

Lehrer ist ein Wahlamt: Der Lehrer ist kein Beamter auf Lebenszeit, er muss immer wieder von der Gemeinde bestätigt werden, er wird also *ständig beaufsichtigt*. Solange der Lehrer auf der Spur bleibt, ist alles Routine. Wenn er aber aus der Spur kommt, dann wird sanktioniert. Lehrern sinnt die Gemeinde auch gerne alle möglichen Extrafunktionen an: Gemeinderat, Chorleiter, Vereinspräsident, etc.

"Theoretische Suchterfahrung durch Kurse" bedeutet wahrscheinlich, dass er Drogenbeauftragter in der Schule war/ist.

Der Vater von Natalie ist also eingebunden in den Kontext des Ordentlichen, wo man sich bewähren muss, des Vorbildhaften und Regelkonformen. Zudem braucht er ein *gerüttelt Mass an emotionalen Fertigkeiten*, um über viele Jahre mit Kindern zwischen 7 und 10 Jahren arbeiten zu können. Er hat eine väterliche Haltung zu verbreiten. Die Motivationslinie für Lehrer muss von der Mutter kommen.

Politisch ist er ein SP-Funktionär, was bedeutet, dass der Grossvater seine politische Orientierung an den Sohn weitergibt, wobei es aber innerhalb der SP genügend Abgrenzungskriterien gibt (z.B. die alte Gewerkschaftstradition gegen die Intellektuellentradition), dass sich Vater und Sohn streiten können.

Da die 2'000-Seelen Gemeinde Oberwil (BL) einerseits ziemlich stark urbanisiert ist – sie liegt wenige km ausserhalb der Stadtgrenze von Basel und eine Strassenbahn führt direkt ins Stadtzentrum von Basel –, können wir davon ausgehen, dass er in Oberwil in einem politischen Milieu verankert ist und nicht die Rolle eines politischen Einzelgängers spielt, andererseits haben wir trotz grosser Stadtnähe noch immer einen dörflichen Kontext, was höhere soziale Kontrolle als in der Stadt bedeutet: Man wird beobachtet.

Kein ungeschickter Zug ist da, dass er Lehrer in einer anderen Gemeinde der Region ist, in Muttenz. Er hat dadurch mehr Spielraum für sein politisches Engagement, da er bei der Bestätigung als Lehrer nicht von jenen abhängig ist, denen er seine politische Über-

zeugung nahe legen will. Er umgeht so zudem die problematische Konstellation, in der Schule seine eigenen Kinder unterrichten zu müssen.

Zusätzliche Daten zum Vater von Natalie aus einer Familientherapiesitzung:

"Er hatte mit 6 Jahren eine schwere (potenziell tödliche) Krankheit, und der Schuleintritt wurde 1 Jahr zurückgestellt. Er wurde wieder gesund und entwickelte sich zum Bücherwurm, worin er von seiner Mutter gefördert wurde.

Zwischen 1970 und 1976 beschäftigte er sich theoretisch mit Suchtfragen als Mitglied einer Kommission für Suchtprophylaxe in der Schule. Seine diesbezügliche Aktivität sei aber nicht stark in die Familie eingeflossen."

Da der Grossvater Lang einen so grossen *Transformationsdruck* entfaltet, muss er sich, speziell als ältester Sohn, damit auseinandersetzen, und das insbesondere im Zusammenhang mit der Berufswahl. Wenn zusätzlich von der Mutter ein eher *kontemplatives Element* kommt, was natürlich ist vor ihrem reformierten Bauernhintergrund (regelmässiges Bibelstudium etc.), dann steht der Lehrerberuf insofern in einem Passungsverhältnis dazu, als dass die Aufstiegsbewegung (der Lehrer ist eine bedeutende Person) fortgesetzt wird, aber nicht im technisch-instrumentellen Bereich, sondern im Lehrerbereich (das Kontemplative). Soziologisch gesehen haben wir den Aufstieg aus der oberen Unterschicht (aus der gehobenen Statusposition des Lokführers) in die Mittelschicht (Lehrer).

Die Anregung zum Bücherwurm durch die Mutter spricht dafür, dass die Mutter nicht eine undifferenzierte Bauerntochter gewesen ist. Woraus wir zusätzlich schliessen, dass die Mutter ihren Mann in seiner Aufstiegsorientierung unterstützt haben wird.

Eine schwere Krankheit, wo die Genesung eine "Schicksalsfrage" ist, heisst *Sonderposition*: Er ist als 6-jähriges Kind ziemlich sicherlich verstärkt gehegt und gepflegt worden. Er fällt wegen der Krankheit für einige Zeit aus *peer groups* heraus.

Das Faktum, dass der Vater sich "theoretisch mit Suchtfragen beschäftigt hat", wollen wir an dem Punkt interpretieren, wo die Suchtkarriere der Tochter Natalie anfängt; s. Seite A.32 unten.

Bruder des Vaters von Natalie

"geboren um 1941"

Was macht der Jüngste? Es ist unplausibel, dass er Ingenieur wird, es sei denn, es gab einen ernsthaften Bruderkonflikt. Wenn der Jüngere seinem älteren Bruder etwas zeigen will, dann muss er etwas Technisches machen (väterliche Linie). Beim Jüngsten kommt aber noch eine Portion Schlitzohrigkeit dazu, zumal der Altersabstand 5 Jahre beträgt. Da der ältere Bruder als Primarlehrer auf Ordnung, Moral, Verantwortung, Integrität, u.ä. setzt, wird der jüngere etwas Schlitzohriges wählen: Verkäufer, der den Leuten etwas andreht; einer, der sich hocharbeitet (da Humankapital fehlt); setzt einen künstlerischen Kontrapunkt; könnte als Jüngster aber auch auf die schiefe Bahn geraten.

Angenommen, dass ihr Vater (Lokführer) sich tendenziell aus der Familie heraushält, dann kämpfen die zwei Brüder um die Gunst der Mutter. Die Mutter ist aber an den Grossen schon vergeben, dann wäre der Kleine draussen im Niemandsland. Nimmt der Vater aber teil an der Familie – ordentlich, wie er ist, wird er wohl seinen Vaterpflichten nachkommen –, dann besteht dieses Problem nicht, und der Kleine kann sich mehr am Vater entwickeln. Datum:

"Produktionsleiter bei Radio DRS"

Wählt also die Kunst und das etwas Halbseidene, dies aber im hochtechnischen Rahmen des Mediums Radio. Er bringt genial die Orientierung am Vater (Orientierung an der Technik) und die Position des Jüngsten, dem Kreativität typischerweise näher steht als dem Ältesten, zusammen. Zudem realisiert er ebenfalls einen *sozialen Aufstieg*. Alles ist aber so etwas auf der Kippe und windig. Demgegenüber geht der Bruder (Lehrer), den viel geraderen Weg.

Datum zum Vater aus einer Familientherapiesitzung:

"Mit seinem Bruder steht er in keinem ausgeprägten Konkurrenzverhältnis, wohl aber mit einem Doppelcousin, der als promovierter Chemiker in der Forschung arbeitet."

Die Konkurrenzsituation mit einem Doppelcousin (entweder hat ein Bruder des Grossvaters eine Schwester der Grossmutter geheiratet oder umgekehrt) spricht (1) für die obige Hypothese des geschlossenen Heiratskreises, (2) für eine grosse Dichte verwandtschaftlicher Beziehungen. Zum allgemein, insbesondere im reformierten Kontext, vorhandenen Leistungsdruck kommt verschärfend noch eine Geschwisterkonkurrenz in der Grosselterngeneration dazu, wobei der Primarlehrer im entsprechenden Statuskampf "schlechte Karten" hat gegenüber einem Chemiker in der Forschung.

Das Faktum dieser Konkurrenzsituation kann möglicherweise dafür gewertet werden, dass es sich hier nicht nur um individuelle Leistungen bezüglich Aufstieg handelt, sondern dass es sich um ein Familienthema handelt. *Selbst im weiteren Verwandtschaftssystem ist Leistung und Aufstieg ein Thema.*

A3.1.1.2 Familie mütterlicherseits

Nun stellen wir uns die Frage: Was für eine Frau passt zum Lehrer, zum Vater von Natalie? Eine Lehrerin, die Tochter eines Lehrers oder Pfarrers, eine Kindergärtnerin oder Krankengymnastin mit eigener Praxis. Es stellt sich die Milieufrage: Da er (der Lehrer) aus einem Milieu kommt, wo Bildungsgüter nicht im Übermass vorhanden waren, wäre eine Aneignung des entsprechenden Milieuhintergrunds durch Heirat ganz praktisch. Er ist dann aber in einer ungünstigen Position, weil er sich immer von der Frau sagen lassen muss, wie man es richtig macht, da er sich auf unsicherem Boden befindet. Einfacher wäre es also, eine Lokführertochter oder die Tochter des Gemeindefreischreibers zu heiraten. –Als Lehrer im Wahlamt wäre neben Vereinszugehörigkeiten eine "Versip-pung" nicht von Nachteil.

Wenden wir uns zunächst den Eltern der Mutter (der Indexklientin) zu.

Grossvater mütterlicherseits

"Jose Gomez: 1900-73; katholisch; Anwalt mit eigenem Büro in Basel (vertrat durchmischte Klientel, von Scheidungen, kleinen Firmengründungen bis hin zu 'halblegalen Deals'). Heiratete seine Frau 1940. Sie lebten in einer Mietwohnung in Basel.

Gerne 'gesoffen', 'Pascha', etwas spanisches Blut: Er war ein Lebemann, der einen Ständedünkel hatte und ausgesprochen gegen den Ehemann seiner Tochter eingestellt war.

Natalie war seine erste Enkelin."

Der Lehrer (der Vater von Natalie) heiratet also milieumässig nach oben, er schlägt aus der Art, und der Anwalt hält als akademischer Freiberufler, wie wir lesen, nicht viel vom Lehrer. Wir haben einen *maximalen Kontrast zwischen dem lebenslustigen, manchmal auch windigere Geschäfte vertretenden Anwalt und dem "Moralapostel" des Lehrers.*

Katholisch im reformierten Basel zu sein, bedeutet, dass man nicht dazugehört. Er gehört als Anwalt also nicht zum Basler Urgestein.

Der Anwalt heiratet erst mit 40, aber nicht weil er vorher sparen muss, sondern er will vorher noch das Leben geniessen. Er heiratet bestimmt eine jüngere Frau, denn so kann er sich leichter als "Pascha" aufführen. Aus welchem Milieu stammt nun die Frau und was war ihr beruflicher Hintergrund?

Grossmutter mütterlicherseits

"Geboren 1912; katholisch; Hotelsekretärin, sie machte dem Mann das Büro. Familienhintergrund: Ihr Vater war Käser und starb als sie 16 war. Hat den Mann umsorgt."

Die Stellung des Käasers im Ort ist die eines wichtigen Mannes. Er ist für die Bauern der Transformationspunkt ihres Produktes, ihrer Milch. Im Dorf hat er einen hohen Status und hohes Ansehen, steht aber unter entsprechendem Druck. Um die geforderte Leistung zu erbringen, werden oft auch die *Kinder eingespannt*, insbesondere dann, wenn der Käserei etwa noch ein Lebensmittelladen angeschlossen ist.

Die Berufswahl Hotelsekretärin stellt einen *Einstieg in den Ausstieg* dar, sie bietet eine Art Sprungbrett: Sie hat in ihrem Heimatort, wahrscheinlich irgendwo in der katholischen Innerschweiz, das gelernt, was dort lokal an Aufstiegsmöglichkeiten geboten wird. Im Hotel kommen die Fremden vorbei, und man kann vielleicht ein Auslandsjahr vereinbaren.

Sie geht dann auch nach Basel. Der Wechsel aus bäuerlich-dörflichem Milieu irgendwo aus der Innerschweiz in die Stadt Basel ist ein lebensweltlich massiver Sprung.

Hypothese zur Ehebeziehung zwischen dem Grossvater mütterlicherseits und seiner Frau: Dies war primär einmal eine *Zweck- oder Vernunft-ehe*. Im Bewusstsein, dass sie (die Grossmutter der Natalie) da einen ziemlich unzuverlässigen Kandidaten heiratet, heiratet sie ihn gleichwohl, weil sie (1) als Sekretärin eine gewisse Machtposition hat (Übersicht über die Finanzen und Geschäftsvorgänge etc.); (2) sie hält ihm den Rücken frei, wodurch sie sich unentbehrlich macht; und (3) mit 28 Jahren ist sie schon relativ alt und als Zugewanderte in die Stadt hat sie bis dahin noch keine Zeit gefunden, sich um einen Ehepartner zu kümmern. Sie ist quasi über die Grenzen der Kanzlei gar nicht hinausgekommen. Ihre Heirat ist also eine Art Deal: Sie gewinnt den Status einer Anwalts-gattin, und er kann, 12 Jahre älter als sie, noch so weiter machen als Lebemann wie zuvor. Ein bisschen Vater-Tochter-Beziehung wird auch noch mitspielen, da ihr Vater aber gestorben ist, als sie 16 war, erwarten wir keine grosse Kompensationsbegründung ihrer Ehe. Mit 16 hat ein Kind die wichtigsten sozialisationen Hürden genommen, zumal eine 16-Jährige um 1928 einen anderen Grad an Selbständigkeit hatte als eine 16-Jährige heute.

Vergleich der beiden grosselterlichen Familien

Zwischen den zwei Herkunftsfamilien gibt es einerseits *familienstrukturelle Gemeinsamkeiten*, andererseits gibt es klare *Milieubrüche*: Als Gemeinsames haben wir in beiden Grosselterngenerationen Zuwanderer, und ökonomisch wird kein sehr grosses Gefälle zwischen den zwei Grosselternfamilien bestanden haben.

Von der Mentalität oder Lebensführung her besteht jedoch ein grosses Gefälle: Beamtenhaushalt vs. Selbstständigenhaushalt. Väterlicherseits haben wir einerseits das Aufstiegs- und Leistungsmotiv, andererseits ein Konformitätsmilieu, wo das Leben anderswo organisiert wird und wo das wesentliche Ziel ist, dass man mit dem in Einklang lebt, von wo aus man organisiert wird, nämlich einem Staatsbetrieb (SBB). Mütterlicherseits haben wir ein Selbstständigenmilieu, wo der Erfolg oder die Möglichkeit, das Leben zu bestreiten, sich von nirgendwo anders her speist als aus der eigenen Aktivität, und das konkret auf dem Niveau des klassischen Freiberuflers, des Professionellen, der

mit seiner professionellen Sozialisation den Habitus des "Wenn ich nichts entscheide, entscheidet niemand" und den Habitus der Verantwortlichkeit für die Entscheidung "Wenn ich was entscheide, muss ich dafür gerade stehen" entwickelt hat.

Die beiden Grosselternfamilienmilieus kontrastieren also maximal: Wir haben zwei *konträre Herkunftsmilieus*, mit der Ausnahme, dass beide als Zugewanderte Aussenseiter sind, wobei ein Schaffhauser in Basel insofern kein Exot ist, als er ebenfalls reformiert ist, er redet lediglich ein bisschen anders; aber ein Katholik mit spanischem Blut, möglicherweise mit pechschwarzem Haar, dunklem Hautton und dazu eine elegante Erscheinung, ist noch einmal etwas anderes.

Kinder der Grosseltern mütterlicherseits

Die nächste Frage, die wir uns stellen ist: Wie viele Kinder haben die Grosseltern mütterlicherseits? Für eine bürgerliche städtische Mietwohnung wären zwei Kinder funktional. Dagegen spricht der katholische Pascha – katholische Landärzte mit 6 bis 8 Kindern sind in jener Zeit nichts Ungewöhnliches. Zu viele Kinder würde aber zu viel Lärm und Störung bedeuten. Die Mutter hätte zu wenig Zeit für das Geschäft und ihn, denn der Pascha braucht die Mutter auch als Partnerin.

"Sie haben zwei Töchter."

Die Älteste, Mutter der Natalie (der Indexklientin)

Der Lehrer, ein Ältester, hat also eine Älteste geheiratet. Damit haben wir zusätzlich zur konfessionellen Mischehe und dem Nach-oben-Heiraten noch zwei Älteste. Hypothese: *Kampfehe ist unausweichlich.*

Je mehr der Lehrer an seiner Mutter orientiert ist, umso schwieriger wird es für seine Frau, ihn da herauszulösen – der Übergang von der Eltern-Kind-Beziehung zur erwachsenen Gattenbeziehung ist immer eine Klippe, wo das Boot auch kentern kann.

Die Älteste ist Vaters Tochter (FREUD), sie bewundert den selbstständigen Pascha. Umgekehrt wird der Vater von seiner ältesten Tochter etwas erwarten, und das insbesondere deshalb, weil hier nicht solange reproduziert wird, bis ein Sohn kommt. Von der Jüngsten wird der Anwalt eher weniger oder nichts erwarten.

Welche berufliche Entwicklung erwarten wir bei der Ältesten? Jurastudium in Basel, d.h. sie tritt in Vaters Fussstapfen; bestimmt etwas Akademisches. Vielleicht beeinflusst sie der Vater, da Anwalt ein "hartes Geschäft" ist, etwas Höheretöchtermässiges zu machen wie Lehrerin: Gymnasiallehrerin, Musiklehrerin, Zeichenlehrerin, gar Kindergärtnerin wäre noch standesgemäss. Tendiert die Entwicklung in die Männerdomäne, so schliessen wir daraus auf eine ausgeprägte Vater-Tochter-Beziehung, im Sinne von: Die älteste Tochter ersetzt ihm den Sohn.

"Magdalena Lang-Gomez, seit 1989 als Künstlernamen Magdalena Gomez: geboren 1941, Primarlehrerin und Musikerin; Unterrichtet klassische Gitarre am Konservatorium in Basel. Ist mütterlich und sorgsam, raucht keine 'Zigis'."

Liegt auf der Linie unserer Erwartungen. Wir haben sie zwar ins Gymnasiale befördert, aber das mit der Kunst, mit der Musik trifft.

Vor dem Hintergrund des "Ehe-Deals" ihrer Eltern stellt sich die Frage: Was bekommt die Tochter Magdalena von der Ehe ihrer Eltern mit?

Gehen wir vom alten Grundsatz aus, dass der gleichgeschlechtliche Elternteil für die Identifikation sorgt und der gegengeschlechtliche der Ort des Begehrens ist (vgl. Unterabs. 3.1.4), dann erlebt die Magdalena die Identifikation mit einer Mutter, die eine *Doppelfunktion* lebt: Einerseits ist sie duldsam und treu sorgend, andererseits hat sie in

Wirklichkeit das Heft in der Hand. Männer erlebt sie als nicht sehr zuverlässig, und sie machen dubiose Dinge, aber sie verstehen zu leben und sind lebenslustig.

Als Älteste hat sie zwar ihre primäre Beziehung zum Vater; da aber ihre Schwester 5 Jahre jünger ist, wird sie auch recht lange Vertraute der Mutter sein, insbesondere dann, wenn der Vater gerade wieder einmal unterwegs ist.

Schwester der Mutter von Natalie

"Geboren 1946; Reiseleiterin. Ist lebenslustig, trinkt gerne; Gotte von Natalie."

Hätte Kunstgeschichte studieren können. Haben hier eine *grosse Parallele* zum Bruder des Mannes (des Lehrers): Altersabstände sind gleich (je etwa 5 Jahre), und während die Ältesten Ordentlichkeit und Konformität (Lehrer/in) markieren, so decken die Jüngsten (Radiomann und Reisefrau) Weltgewandtheit und Lebensfreude ab.

A3.1.1.3 Die Herkunftsfamilie von Natalie

Zur Ehe des Walter und der Magdalena Lang-Gomez (Eltern der Indexklientin)

"Heirat 1963. Wohnen in Eigenheim in Oberwil (BL)."

Sie lernen sich wahrscheinlich im Lehrerseminar kennen oder an entsprechendem Ort.

Bei einem Altersunterschied von 5 Jahren zwischen ihnen, ist sie in etwa so alt wie sein Bruder. Er kennt sich also mit dieser Altersdifferenz aus.

Er ist bei der Heirat 27, hat also schon Statur und wird bereits ein paar Jahre (etwa 7 Jahre) Berufserfahrung haben. Mit anderen Worten: Er verfolgt sein väterliches Muster von: *Es muss erst mal etwas geleistet sein, bevor man ans Gründen einer Familie denken kann.* Sie heiratet ihren Mann mit 22 nach fertiger Ausbildung im Berufseinstieg. Das ist genau das Muster aus ihrer Familie, bloss 6 Jahre vorverlegt. Haben wir hier das Motiv *Flucht aus der Familie?*

Dazu: In der Magdalena haben wir eine Älteste vor uns, die Primarlehrerin ist, der das aber viel zu wenig ist, für die das gewissermassen nur das Sprungbrett in eine ganz andere Welt, nämlich die der Musik, des Konzertierens etc. ist und die aus einem katholischen Selbstständigenmilieu im protestantischen Basel kommt (somit Aussenseiterin ist), und zwar einem Milieu, das immer latent von Desorganisation gekennzeichnet ist (infolge des spanischblütigen, lebenslustigen Vaters). Sie heiratet nun einen biederen Lokführersohn, den Walter, der ein braver Primarschullehrer und tüchtiges Mitglied einer Gemeinde ist.

Was ist das Motiv? Was findet sie so anziehend an ihm? Wahrscheinlich *Kontrast zum Vater und Reparatur.* Er bietet ihr Sicherheit und einen stabilen Rückhalt im Gegensatz zu dem möglichen Chaos im Selbstständigenhaushalt aus dem sie stammt, und er bietet ihr eine Plattform, wo sie ihre ganz anderen Aktivitäten entfalten kann, nämlich das Gitarrenspielen und Konzertieren.

Ihr Mann, der beruflich statusgleich ist, aber nicht von der Familienherkunft her, ist immer derjenige, der ihr vom kulturellen Habitus der Familie her unterlegen ist. Das gibt dann, weil hier zwei Älteste aufeinanderstossen, eine *Kampfehe.*

"Sie unterrichtet am Konservatorium."

Das gibt ihr weitere *Überlegenheit gegenüber ihrem Mann:* Sie unterrichtet, und wenn es nur Lehraufträge sind, an einem Ort, am Konservatorium, wo er nach Möglichkeiten Student sein könnte.

Da das Konservatorium in der Stadt liegt, ist sie nach aussen, nach der Stadt orientiert, und er hält sozusagen als Gemeinderat die Stellung im Dorf.

Die Mutter ist in einem kontinuierlichen *Loyalitätskonflikt* zwischen der erwarteten Rolle der treu sorgenden Mutter und Hausfrau einerseits und ihren Interessen, die sie entwickelt hat in ihrer Position als ältester Tochter bei einem Freiberufler und die sich dahingehend auswirken, dass sie jetzt unbedingt etwas leisten will/muss, andererseits – komplexes Spannungsfeld, wo es schon mal krachen kann.

Es gibt *kein klares Familienwertemuster*, denn während der Vater bestimmte Werte haben muss, die ihm gestatten die Rollen vom Lehrer, Gemeinderat etc. zu spielen, muss die Mutter ein anderes, ihrer Kunst- und Stadtorientierung entsprechendes Wertemuster vertreten. Hier ist insbesondere zu betonen, dass die Zeit noch zu berücksichtigen ist: Der Lebensentwurf, den Vater und Mutter Lang-Gomez hier entwickeln, ist einer der seit der Mitte der 80er Jahre durchaus auch auf dem Dorf vermittelbar ist, wir sind hier aber in den 60er Jahren.

Zusätzliche Daten aus einer Familientherapiesitzung:

"Die Magdalena Lang-Gomez beschreibt ihre Ehe als eine Mischung aus Liebe zu ihrem Gatten Walter und Trotz gegenüber ihrem Vater Jose, speziell dessen Ständesdünkel. Der behandelnde Familientherapeut von *START AGAIN* meint: Die Ehe ist auf intellektueller Ebene quasi-virtuos, auf der Ebene der diffusen Sozialbeziehungen aber ein sprachloses Milieu, d.h. beziehungslos."

Das Paar ist von beiden Seiten her mit Ablehnung konfrontiert: Während wir davon ausgehen können, dass niemand der Eltern Gomez stolz gewesen ist, dass ihre älteste Tochter diesen Primarschullehrer heiratet, so können wir auch annehmen, dass niemand der Familie Lang stolz gewesen sein wird, dass der älteste Sohn diese Frau heiratet. D.h., dass das *Paar gewissermassen eine Sonderleistung in Sachen Individuierung zu erbringen hat: Es muss den jeweiligen Eltern gezeigt werden, dass wider alles Erwarten das doch was werden kann – hoher Individuierungsdruck auf der Paarebene.*

Der Lehrer (Vater Lang) hat in seiner Familie kein Modell für das windige Element extravaganter Frauen. Er wird in seinem Leben vor seiner Frau nicht mit solchen Frauenfiguren konfrontiert worden sein, denn seine Mutter hat, ähnlich wie seine Schwiegermutter, mütterliche Sorgsamkeit, Kontinuität und Stabilität vorgelebt.

Die Magdalena Lang-Gomez behauptet, es gäbe *eine affektive Bindung zu ihrem Mann, gleichzeitig funktionalisiert sie ihn aber als Opponent gegen ihren Vater.* Beides geht jedoch schlecht zusammen und führt uns auf folgende Hypothese bezüglich ihrer Bindungsmotivation: *Ihre Gattenwahl war gewissermassen fremd motiviert: Flucht aus der Familie.*

Intellektuelle Virtuosität einerseits, Beziehungslosigkeit andererseits sprechen für eine Gefährtenehe: Die Ehe Lang-Gomez ist eine intellektualisierte Ehe (eine "Kopfgeburt"), wo die charismatischen Aspekte der Gatten nicht in der Ehe gelebt werden, sondern nach aussen verlagert werden. Innen bleibt ein relativ dürftiges, blasses Familienleben übrig. Basis der Alltäglichkeit ist hier die Familie, und alles Interessante und Genussvolle (Konzertieren, Politisieren etc.) wird ausserhalb der Familie gelebt. Sie übernehmen offensichtlich das Ehemodell der Eltern Gomez, aber unter dem Vorzeichen der Rollenumkehr.

Angesichts der obigen Bestimmungsmomente der Ehe Lang-Gomez stellt sich die Frage nach dem Aushandlungsprozess: symmetrisch oder komplementär,⁴ d.h. Kampf oder Unterwerfung, und wer unterwirft sich wann?

Weiter stellt sich die Frage: Wo ist in dieser Ehe/Familie der Ort für den Exzess? Lebt sie das Exzessive in der Musik? – Klassische Gitarrenmusik: Es wird gewissermassen der Rahmen für den Exzess geschaffen, aber er wird nicht gelebt. Er schlägt sozusagen erst in der nächsten Generation (mit Natalies Drogenkonsum) ein.

Das Verhältnis der Magdalena zu ihrem Vater Jose ist prekär: Sie kann sich nicht so richtig identifizieren mit seiner Lebemannsgeschichte, sondern sie muss diese Aspekte – die sie in ihrer künstlerischen Orientierung sublimiert – (1) in "kontrollierter", klassischer Gitarrenmusik gewissermassen dämpfen und (2) sie aus der Paarbeziehung auslagern. Auslagerung des Kreativen: Das Dionysische wird sozusagen reserviert für ihr Privatleben in der Paarbeziehung und die Paarbeziehung selbst ist dann eben die intellektuelle Gefährtenehe. Dies führt letztlich zu einer Rollenumkehr: *Sie geht nach aussen, und er sorgt dann innen für die Stabilität der Familie.* [Diese Form der Paarbeziehung leben sie zudem 9 Jahre lang bis zur Geburt des ersten Kindes (s. unten)!]

Spannen wir den Bogen zum Anfang dieser Ergänzung zurück, dann können wir sagen: *Die Rahmenbedingungen dieser Paarbeziehung, dass sie sich gegen beide Familien hoch individualisieren müssen (von beiden Familien wird der jeweils angeheiratete Partner abgelehnt), wird intellektuell, aber nur intellektuell bewältigt.* Für die Kinder ist dann das Problem: Wo erleben sie die Eltern in ihrer Paarbeziehung jenseits der Intellektualität? Sehen sie, dass dies eben irgendwo anders, sozusagen individuell ausgelebt wird?

Kinder der Familie Lang-Gomez

"Es sind drei Geschwister."

Wie deuten wir die Kinderzahl von drei? Möglicherweise wirkt sich da die katholische Linie der Mutter aus. Zumal in der Zeit, wo sie heiraten (1963), in urbanen Familien die Tendenz zur Ein- bis Zweikindfamilie schon längst durchgeschlagen hat. D.h., eine Familie mit drei Kindern erbringt schon fast *Sonderleistungen an Familienorientierungen*. Dies erfüllt damit den Vorbildcharakter, der vom Lehrerehepaar im Dorf erwartet wird, und ist somit eine *Konformitätsleistung*.

Ohne zu wissen, welche der drei Kinder die Indexklientin ist, fragen wir: Welche Geschwisterposition ist hier fallspezifisch die suchtfährdetste?

Dazu zunächst eine allgemeine Überlegung. Generell haben alle Positionen ein problematisches Potential. Im Falle der Schizophrenie beispielsweise, ist es die mittlere Position. Die Mittleren das sind die, die nie einer bemerkt. Sie spielen sich dann auf zu den Trägern der Familienproblematik und schwingen sich in die Position desjenigen, der die Familienprobleme lösen muss. Die Jüngsten, das sind die, die jenen Rahmen nicht haben, der dadurch gegeben wird, dass wenn ein Jüngstes auf die Welt kommt, das zuvor Geborene in einen forcierten Individualisierungsprozess getrieben wird. Die Ältesten sind schliesslich die, wo die Eltern ihre eigenen Neurotizismen abarbeiten (OEVERMANN), beim nächsten Kind sind sie schon ruhiger, erfahrener, älter etc. Die Ältesten sind daher am ehesten gefährdet in Richtung einer neurotischen Erkrankung.

Fallspezifisch überlegen wir hier Folgendes: Wo herrscht denn in der Ehe Lang-Gomez der Kampf, wenn einer herrscht? *Hier prallen Ältestenpositionen aufeinander.* Deshalb sind wir geneigt zu behaupten, dass in der nächsten Generation das grösste Risiko dort

⁴ Vgl. BATESON (1996⁶: 417ff.).

ist, wo eine Älteste oder ein Ältester geboren wird, da sie oder er in den Loyalitätskonflikt verstrickt wird, der zwischen den Eltern besteht. Hier haben wir eine älteste Tochter, die als solche erst einmal Vaters Liebling ist, aber dann auch diejenige ist, die den Habitus der Mutter vermittelt bekommt, insbesondere wenn noch zwei jüngere Geschwister nachkommen. – Hätten wir einen ältesten Sohn, dann wäre dieser auch in den Loyalitätskonflikt verstrickt. Er würde dann gewissermassen von der Mutter losgeschickt, es dem Vater endlich einmal zu zeigen und etwas noch Besseres zu werden als dieser, am besten Anwalt oder Arzt.

Dazu kommt noch, dass die Mutter Lang-Gomez so reichhaltige Interessen hat, dass sie einerseits mit Ihren Kindern ohnehin nicht so viel anfangen kann, andererseits aber muss sie im Dorf die treue Hausfrau spielen, *denn Doppelkarrieren sind zu jener Zeit auf dem Land nicht vorgesehen*: der kontinuierliche mütterliche Loyalitätskonflikt, wie oben angesprochen.

Der Mangel eines klaren Familienwertemuster zerrt dauernd an den Kindern: Einerseits ihr müsst ordentlich und angepasst sein, andererseits ihr müsst kreativ und einzigartig sein, und Ähnliches.

Hypothese: Angenommen die *älteste Tochter* ist die Indexklientin, dann steht sie in einem *Loyalitätskonflikt*: Einerseits wird der Vater von ihr erwarten, dass sie *sehr ordentlich und ein besonders gutes Kind* ist, andererseits wird sie ziemlich sicher *Verantwortung* für die jüngeren Geschwister übernehmen müssen, weil die Mutter ja reichhaltig anderweitig beschäftigt ist. Sie kriegt auch über die Mutter ein Frauenbild mit, dem zufolge Frauen *selbständig* zu sein haben, ihre *eigenen Wege* zu gehen haben, *kreativ* sein müssen etc. Dazu wird noch kommen, dass wenn die Eltern so gewaltig beschäftigt sind, jeder auf seine Art und Weise, dass es *mit Zuwendung auch nicht so weit her* sein kann, insbesondere in einer Kampfehe, wo wahrscheinlich um Zuwendung gerungen werden muss, weil jeder Kontrahent Angst hat, er gebe seine Selbständigkeit auf, wenn er Zuwendung zulässt oder gibt.

Ausdifferenzierte Aktionsräume (Dorf und Stadt) entspannen zwar die Ehebeziehung, die Frage ist aber, was die Kinder aus den zwei ausdifferenzierten Wertemustern und Handlungsfeldern machen.

Wir fragen uns: Was könnte die Älteste in diesem Spannungsfeld an beruflicher Entwicklung bringen? Sie hat in der Familie ein relativ *reiches Angebot an Lebensentwürfen*: die kreative junge Frau; die emsige, arbeitsame junge Frau; die Ordentliche und Angepasste; zudem ist ja in dieser Familie Aufstieg das Thema, d.h. sie sollte die erste sein, die ordentlich studiert. Was sagen die Daten?

"Walter und Magdalena Lang-Gomez haben drei Töchter, geboren 1972, 1974 und 1979."

Die älteste Tochter wird 9 Jahre nach der Hochzeit geboren, was das oben gesagte nur verschärft. Ein Modell wäre nämlich, dass zügig drei Kinder auf die Welt kommen, die Mutter zieht ihre Kinder auf, und in dem Augenblick, wo sie merkt, die Kinder sind selbstständiger geworden, macht sie all das oben genannte. Das wäre aus der Sicht der Kinder die günstigere Variante. Hier aber haben wir die für die Kinder ungünstigere Variante: *10 Jahre lang leben die Eltern ihr Doppelkarrieren-Modell (dual career-Model)*, und die Mutter ist da wahrscheinlich schon so weit in die berufliche Selbstständigkeit eingedrungen, dass sie da auch noch schlecht Kompromisse machen kann, und wenn sie Kompromisse macht, werden die Kompromisse immer zu Lasten der Kinder gehen, speziell vor ihrem Hintergrund: älteste Tochter und Kampfehe. Mit anderen Worten: Die älteste Tochter von Walter und Magdalena wird relativ *früh in Verantwortlichkeit eingebunden sein unter Konformitätsdruck*. Vor allem, als die jüngste Schwester auf die Welt kommt, ist sie 7 und wird voll für sie verantwortlich sein. Die Mittlere ist in dieser Kon-

stellation eher günstig dran: Von ihr wird nicht erwartet, dass sie sich um die Jüngste kümmert, und sie steht im Windschatten der Ältesten. Allgemein hat die Mittlere immer zwei Möglichkeiten: Entweder meint sie, sie müsse die Familienprobleme lösen, oder sie macht sich im Windschatten der Ältesten aus dem Staub. Die letztere Möglichkeit kommt dabei weniger häufig vor.

Die Älteste

Sie könnte das angesonnene Programm durchziehen und dann irgendwann einmal mit einer Psychosomatose oder Neurose enden, oder sie könnte auch gleich unter den Erwartungen zusammenbrechen und einen Zickzacklebenslauf einschlagen.

Die Daten:

"Die Älteste ist die Indexklientin, Natalie: geboren 1972; röm.-kath.; lässt sich vom Vater etwas sagen; braucht einen gewissen Druck; gelegentlich Kirche; normale Kindheit; Primarschule, Sekundarschule, Lehre als Floristin, dann Metzgereiarbeit, eine kurze kaufmännische Ausbildung und Servicearbeit; ab 1987 allmählicher Weg in die Suchtkarriere (Kiffen und Alkohol), ab 1989/90 Heroinkonsum (durch Freund), ..."

Es überrascht uns nicht, dass Natalie einen Ausstieg macht: Im beruflichen Bereich setzt sie den Eltern den ganz anderen Lebensentwurf entgegen, *nicht Aufstieg, sondern Ausstieg aus dem Aufstieg*.

Mit ihrer ersten Berufswahl (Floristin) versucht sie auf einem relativ niedrigen Niveau, sowohl dem Anspruch des Vaters zu genügen, etwas Ordentliches zu machen, wie dem Anspruch der Mutter, etwas Künstlerisches zu machen. Das geht aber schief, und dann "zeigt sie es den Alten" und wird Metzgereiverkäuferin, so etwas Ungattliches wohl aus der Sicht ihrer Familie. Auf dem Dorf geht das ja noch, sie klinkt sich damit aber in die dörfliche Unterschicht ein. Im Rahmen Metzgerei hat man ihr dann wahrscheinlich etwas Besseres angeboten (kaufmännische Ausbildung), was sie aber nicht zu schaffen scheint. Später geht sie in den Service, in die Bedienung, und das ist es vorläufig.

Was machen denn die anderen beiden Geschwister?

Die Mittlere

"Celine: geboren 1974; röm.-kath.; Matura, Lehrerseminar."

Sie geht also ins Gymnasium und dann folgt sie dem Weg ihrer Eltern (Lehrerseminar). D.h. die Ordentlichkeit und Konformität wird in der Mitte erfüllt. Sie scheint gute Karten zu haben, sich im Windschatten der Ältesten aus dem Staub zu machen.

Die Jüngste

"Lucie: geboren 1979; röm.-kath.; Gymnasium; raucht und kiffte; Beziehung zu den Eltern zur Zeit gespannt."

Die Jüngste müsste etwas Kreatives realisieren. Sie ist mit der Ausbildung noch nicht fertig. Die gespannte Beziehung zwischen den Eltern und Lucie ist naturwüchsig gegeben, da sie in der Adoleszenzkrise steht.

Religionsthema: Er ist reformiert, sie ist katholisch, und die katholische Orientierung wird interessanterweise auf der Ebene der Kinder beibehalten. Konfessionell hat sich also die Mutter durchgesetzt als standeshöhere. Der liberale Vater wird dies ohne grosse Not ausgehalten haben. Zudem sind die Katholiken in Bezug auf Mischehen wesentlich intoleranter als die Reformierten und Schuldbewusstsein ist im Katholizismus etwas einfacher zu verhandeln als im Protestantismus.

Zusammenfassung zur Situation der Ältesten, der Indexklientin Natalie

Natalie ist in ihrer Herkunftsfamilie, in der einerseits eine Kampf-, andererseits eine Gefährtenehe vorliegt, einem zweifachen, in sich widersprüchlichen Erwartungsdruck ausgesetzt: Ordentlichkeit und Konformität versus Kreativität und Einzigartigkeit. Als Floristin entspricht sie diesem zunächst auf niedrigem Niveau, taucht dann aber ganz nach unten hin weg, um sich zu retten und die Ablösung zu versuchen, sie geht in die Metzgerei. Mit anderen Worten: Natalie hat immer noch die Aufgabe zu lösen, in diesem hochdeterminierten Kontext einen Lebensentwurf zu entwickeln hinter dem sie stehen kann, denn das, was sie bis anhin an biographischen Perspektiven realisiert hat, das ist zwar ein Versuch ihre Selbständigkeit zu retten, aber weit unter ihrem Niveau.

Um auszusteigen taucht sie also nach unten ab, aber das führt dazu, dass die Eltern, vielleicht aus dem Gedanken heraus, bei ihr etwas versäumt zu haben, sich gesteigert ihr zuwenden, gesteigert reparieren wollen, und umso weniger kann sie aus der Familie herauswachsen, wir haben die Problematik einer prolongierten Adoleszenz bzw. der Fesselung an die Herkunftsfamilie. Nun macht sie es über die Drogen, wobei die Drogen oder Sucht etwas mit "Suche nach Gegenwart und Gegenwart der Suche" (SCHOLZ, 1992: 119) zu tun hat, was wiederum in den Kontext geht: Was ist passiert in der Mutter-Kind-Symbiose? Da war die Mutter wahrscheinlich immer auf Konzerten, zudem kam bald die Zweite, und das Ganze spielte sich ab vor dem Hintergrund einer intellektualisierten Paarbeziehung der Eltern. Das sich in einer gelungenen Mutter-Kind-Symbiose bildende Grundgefühl von Ur-Vertrauen und Sicherheit wird bei Natalie tendenziell beschränkt sein.

Zum Abschluss wenden wir uns noch folgender Tatsache hinsichtlich des Vaters zu (s. Seite A.23):

"Zwischen 1970 und 1976 beschäftigte er sich theoretisch mit Suchtfragen als Mitglied einer Kommission für Suchtprophylaxe in der Schule. Seine diesbezügliche Aktivität sei aber nicht stark in die Familie eingeflossen."

Der Vater der Natalie war Drogenbeauftragter, lange bevor sie mit den Drogen angefangen hat, zudem ist sie die Älteste. Vor dem Hintergrund des bis jetzt überlegten, kann man auf zwei Ideen kommen:

(1) Die plumpste Idee ist natürlich die, dass sie dem Vater eins auswischen will, sozusagen wie ihre Mutter zuvor ihrem Vater. Dem ist aber die Frage voranzustellen: Warum wird denn der Vater Drogenbeauftragter? Anfangs 70er Jahre beginnt das Drogenproblem an den Schulen um sich zu greifen und er erachtet es möglicherweise als einen Teil seines beruflichen und eventuell politischen Auftrags, sich damit auseinanderzusetzen. Andererseits mag es ja auch interessant sein, sich auf Distanz mit solchen Exzessen zu beschäftigen, sozusagen sich dem Exzess intellektuell zu nähern. – *In der Ehe Lang-Gomez handelt jeder seinen Exzess für sich ab, er theoretisch und sie praktisch in der Kunst* (vgl. oben).

(2) Die älteste Tochter steht, wie oben ausgeführt, vor einem besonderen Ablöseprozesse gegenüber ihrem Vater unter der Sonderbedingung, dass das Eheklima und wahrscheinlich auch das Familienklima sehr stark intellektualisiert sind. Wie kann sie da den Vater aus der Reserve locken? Indem dass sie z.B. Praktizierende in Sachen Drogen wird. Diesem geht dabei voraus, dass sie den (erwarteten) schulisch-akademischen Aufstieg verweigert: Primar- und Sekundarschule, dann Floristin, Metzgereiarbeit und Service.

Wenn man sich wie Natalie auf den dornigen Weg begibt, einen Lebensentwurf in die Tat umzusetzen, der eindeutig aus dem Milieu herausfällt und der zusätzlich dadurch

problematisch ist, dass er nicht eine Sonderleistung markiert (also noch ein Stück mehr erreicht), sondern eigentlich einen Abstieg beinhaltet (Metzgereiverkäuferin etc.), dann braucht man einen stabilen emotionalen Rückhalt, aber das ist genau der wunde Punkt der Familie. Emotionaler Rückhalt ist nicht angesagt, sondern angesagt ist Intellektualität der Beziehungen und das Auslagern von emotionalen Ansprüchen: Die Familie ist der Raum der Intellektualität, und emotionale Ansprüche müssen irgendwo sonst befriedigt werden.

Hypothese: *In dieser Familie ist der implizite gemeinsame Auftrag der Kinder, für das Exzessive, für den emotionalen Überschuss zu sorgen, und sie nehmen das in ihrem z.T. gemeinsamen Drogenkonsum (Kiffen) sozusagen wörtlich.*

Die auf der Ebene des Genogramms, der Familiengeschichte rekonstruierten Hypothesen werden im nächsten Unterabschnitt mit Hypothesen aus der Analyse des Bewerbungslebenslaufs der Natalie kontrastiert und zu einer Fallstrukturhypothese verdichtet.

A3.1.2 Analyse des Beginns des Bewerbungslebenslaufs der Natalie: "Die unablässige Suche von sich im Anderen und vom Anderen in sich"

A3.1.2.1 Pragmatischer Rahmen des Bewerbungslebenslaufs

Der vorliegende "Lebenslauf" (oder im Sinne von Unterabs. 3.2.2.1 angemessener die vorliegende Biographie) wurde im Kontext der *Bewerbung um einen Therapieplatz* geschrieben.

Bewerbung heisst, dass da nicht jede Frau hingehen kann, sondern da wird eine Auswahl getroffen. Wenn man da hingehen will, muss man sich anstrengen. Die Frage ist also: Wie strengt sich eine Drogenabhängige an, um in eine Drogentherapieeinrichtung eintreten zu können?

Angenommen diese Frau hätte sich noch nie für eine suchtrehabilitative Behandlung entschieden, was in diesem Kontext selten ist, denn die meisten haben bereits Erfahrung mit solchen Behandlungen⁵ und wissen daher genau, was man sagen muss, ums Ziel zu erreichen. Wenn eine knapp 25-jährige Frau einen Lebenslauf schreibt, dann hat sie mit Lebensläufen Erfahrung z.B. im Zusammenhang mit Bewerbungen um Lehr- und Arbeitsstellen. Da darf sie sich aber nicht besonders demoliert darstellen, sondern sie muss sich besonders gut verkaufen. Das Gut-Verkaufen gegenüber einer Suchttherapieeinrichtung sieht nun so aus, dass man sich *einerseits als besonders hilfsbedürftig verkauft, andererseits muss man aber auch durchblicken lassen, dass man jede Menge Ressourcen hat, in der Therapie zu reüssieren*, m.a.W.: eine komplexe Aufgabe. Die konkrete Lösungsweise wird davon abhängen, ob die Klientin Therapieerfahrung hat oder nicht. Daher die Frage vorab: Hat die Natalie Therapieerfahrung?

Dem Klientenheft entnehmen wir unter "Situation vor Eintritt":

"keine stationäre Therapie vor *START AGAIN*"

D.h. Natalie hat *keine stationäre Therapieerfahrung*, was darauf hindeutet, dass sie bis anhin einfach das Alter oder die Therapiemotivation noch nicht hatte.

Wir haben also eine Frau, die gewissermassen von null an sich ein Bild entwirft zu "Wie muss ich mich verkaufen, damit die mich nehmen?" Im Entzug, den sie gemäss Aufnahmebedingungen von *START AGAIN* durchlaufen hat, wird sie ja noch nicht in einen thera-

⁵ Für Zahlen zur Häufigkeit vorangegangener Therapieaufenthalte s. Unterabs. 4.7.1.

peutischen Diskurs einsozialisiert worden sein, obwohl nicht auszuschliessen ist, dass sie über Streetworker oder sonstige niedrigschwelligen Institutionen schon etwas therapeutisches Vokabular aufgelesen hat. Eine weitere Möglichkeit ist, dass sie von ihren Eltern, der Vater war ja Drogenbeauftragter in der Schule, schon etwas therapeutischen Jargon mitbekommen hat.

A3.1.2.2 **Integrale Wiedergabe des Beginns und Schlussabschnittes des Bewerbungslebenslaufs von Natalie Lang**

Im nachfolgenden Abdruck des Beginns und Schlussabschnitts des Ende 1995 an *START AGAIN* gesandten, überdurchschnittlich langen und ausführlichen Bewerbungslebenslaufs von Natalie Lang haben wir absichtlich keine Schreibfehlerkorrekturen vorgenommen, und zwar keinesfalls aus der Absicht eine irgendwie geartete mangelhafte Schreibkunst der Natalie offenzulegen, sondern vielmehr aus tiefem Respekt vor authentischem Datenmaterial als wahrheitsgetreuer Spur der autonomen Lebenspraxis eines von Freud und Leid gezeichneten, empfindsamen Menschen.

1 Lebenslauf von Natalie Lang

2 Am 27. August 1972 wurde ich, Natalie Lang,
3 als erste Tochter von meinen Eltern in Basel
4 geboren. Mein zu Hause war und blieb es auch
5 meine ganze Kindheit und Jugend hindurch
6 in Oberwil / BL.

7 Nach 1½ Jahren bekam ich eine
8 Schwester namens Celine, die heute nach
9 der Matura in der Ausbildung als Lehrerin ist,
10 so wie es meine Eltern ebenfalls mal waren
11 und heute noch erfolgreich im Berufe stehen.

12 6½ Jahre später war meine Mutter wieder
13 schwanger und gebar noch ein Mädchen,
14 die dritte im Bunde. Sie wurde auf den Namen
15 Lucie getauft. Lucie besucht heute das
16 Wirtschaftsgymnasium in der 2. Klasse.

17 Meine Kindheit und Schulzeit durchlebte
18 ich eigentlich "ganz normal", ohne besondere
19 Vorkommnisse. In der Schule gefiel es mir
20 vom ersten Tag an nicht, aber ich war trotz
21 dem immer sehr angepasst. Zwar war
22 ich immer ein riesen Minimalist und hatte
23 manchmal richtige Tobsuchtsanfälle wenn
24 ich zu Hause lernen musste. Aber trotz allem
25 reichte es auch für die Realschule, ohne
26 viel zu tun

27 Nach 9 Jahren Volksschule begann ich
28 eine Lehre als Floristin, die ich erfolgreich
29 abgeschlossen habe, wiederum nur mit
30 minimalaufwand. Die Arbeit gefiel mir sehr
31 und ich setzte mich ein wo ich nur konnte.
32 schon nach kurzer Zeit wurde ich von meiner
33 Lehrmeisterin gefordert wie eine ausgelernte

34 Fachkraft. In der Gewerbeschule hätte ich
35 wohl mehr leisten können und es wurde
36 mir wieder gesagt ich sei ein Minimalist.
37 Mit meiner Arbeitsleistung war man auch
38 später immer zufrieden. Ich sehe immer
39 die Arbeit und packe es speditiv an. Da
40 ich sehr anpassungsfähig bin und eine
41 gute Auffassungsgabe habe, hatte ich alles
42 immer sehr schnell im Griff. Durch
43 meine anpassungsfähigkeit und eher
44 ruhiges und zurückhaltendes Verhalten
45 hatte ich in meiner "Karriere" nie ernsthafte
46 Auseinandersetzungen mit Vorgesetzten.

47 Im dritten Lehrjahr lernte ich meinen
48 damaligen Freund kennen, mit dem ich das
49 erste Mal mit harten Drogen in Berührung kam.
50 Er schnupfte Heroin und irgendwann versuchte
51 ich aus Neugier. Wir hatten unseren Konsum
52 immer unter Kontrolle und konsumierten immer
53 nur so ab und zu. Als ich meine Lehre beendet
54 hatte, wohnte ich eigentlich mehrheitlich bei
55 ihm. Nach einem Jahr hatten wir die Nase
56 so ziemlich voll von Basel und vom Gift. Wir
57 konsumierten immer noch nur sporadisch.
58 Wir suchten uns eine Wohnung ganz auf
59 dem Land. Damals war ich im 19. Lebensjahr.
60 Bald hatten wir eine Wohnung in einer
61 Aargauer Gemeinde mit nur 105 Einwohner.
62 Beide suchten wir Arbeit. Ich wollte nur ein
63 halbes Jahr arbeiten, da ich vorhatte, noch
64 ein halbes Jahr eine Kaufmännische Aus-
65 bildung zu absolvieren. Ich bekam temporär
66 eine Stelle als Charcuterieverkäuferin bei
67 Coop. Wir waren ein super Team und ich

68 hatte mich sehr schnell eingearbeitet und
69 wurde von der Hilfskraft zur Fachkraft. Nach
70 meiner kaufmännischen Ausbildung "holten"
71 sie mich wieder zurück.
72 In dieser Zeit im Aargau reduzierte sich
73 mein Heroinkonsum sehr stark. Ich war immer
74 noch mit demselben Freund zusammen.
75 Nach zwei Jahren hatte ich das Gefühl ich
76 müsste
77 eine Veränderung in mein Leben bringen. Ich
78 suchte mir kurzer Hand eine eigene Wohnung
79 und trennte mich von meinem Freund. Es
80 ging nicht lange und ich hatte die Zusage
81 für eine 2-Zimmerwohnung in Brugg.
82 Es dauerte auch nicht lange bis zur nächsten
83 Beziehung. Eigentlich war ich nie ganz
84 alleine, ich hatte immer eine Beziehung
85 oder ein Verhältnis.
86 Meine Familie vermisste mich immer sehr,
87 als ich so weit weg wohnte. Vorallem meine
88 Mutter wurde nie ganz klar damit, dass ich
89 so früh von zu hause wegging. Die älteste
90 Tochter halt.
91 Nach einem weiteren halben Jahr "überredete"
92 mich meine Mutter wieder zurück nach
93 Oberwil zu kommen. Nicht nach Hause,
94 schon eine eigene Wohnung. Ich hatte mich
95 also entschlossen und zügelte im August 94
96 wieder nach Oberwil. Eine Stelle bekam
97 ich problemlos als Charcuterie- und Fleischver-
98 käuferin bei Coop. Und schon wieder lernte
99 ich ein Typ (ein Arbeitskollege) kennen. Es
100 dauerte kaum einen Monat und wir waren
101 ein Paar. Er dealte, was ich beim kennen
102 lernen noch nicht wusste, und so hatte es
103 immer Stoff zu Hause. Er zog noch im ersten
104 Monat bei mir ein. Also mein erster Absturz.

104 Ich begann täglich zu konsumieren. Eigentlich
105 bei vollem Bewusstsein wurde ich Heroinab-
106 hängig. Es war eine schöne Zeit - Anfangs -
107 mir ging es gut, ich war verliebt und mit den
108 Finanzen stimmte es auch noch. Ich sagte
109 mir: genieße den Moment, die schöne Zeit
110 und wenn es soweit ist bade ich alles wieder
111 aus was ich mir "eingebrockt" habe. (Leichter
112 gesagt als getan) Langsam war die schöne
113 Zeit vorbei. Das Geld war immer knapp und
114 es ging nur noch darum, genügend Stoff zu
115 organisieren, so dass ich nicht auf Entzug
116 zur Arbeit musste.
117 /...
[ausführliche Schilderung der "Beziehungen"
und der Drogenkonsumgewohnheiten in den
letzten drei viertel Jahren vor Therapieeintritt –
UMS]
186 ... /
187 Zu meiner heutigen Situation:
188 Ich möchte so schnell wie möglich mit einer
189 Therapie beginnen. Seit ich draussen bin [aus
dem zweiten Entzug – UMS] habe
190 ich nur geraucht (Hasch) und etwas mehr
191 Alkohol getrunken als sonst. Das sogenannte
192 Reissen ist immer da und ich muss kämpfen.
193 Die Liebe ist eine grosse Hilfe, aber trotz dem
194 weiss ich, dass es nur eine Frage der Zeit ist.
195 Meine Arbeitsstelle habe ich gekündigt, da ein
196 so langer Unterbruch nicht möglich war. Meine
197 Wohnung ist ebenfalls gekündigt aus, verständ-
198 licher Weise, finanziellen Gründen.
199 Was ich vielleicht noch erwähnen sollte, in
200 der ganzen Zeit hatte ich nichts mit der Polizei
201 zu tun, bis auf einmal: Ein Busse wegen
202 Konsum harter Drogen. Ich hatte kein Gift
203 auf mir, aber sie sahen mein Einstichpunkte.

A3.1.2.3 Die feinsequenzielle Analyse des Lebenslaufs

Natalie verfasst ihn handschriftlich mit etwa 23 Jahren. Sie schreibt in Druckschrift, d.h. *das Persönliche verschwindet*, und der *Schriftstil ist sehr angepasst und brav*. Auffällig am Schriftbild sind grosse Buchstaben, aber kein Abstand zwischen den Buchstaben: *gedrängt, eingeengt, kindlich*. i-Punkte werden gekringelt, was *mädchentypisch* ist, und zwar für etwa 15-jährige Mädchen, sie ist aber schon 23. Dies wäre verträglich mit einer des Öfteren geäusserten Bemerkung, dass Drogengebrauch die Persönlichkeitsentwicklung retardierte.

Nun zum Inhaltlichen, wir beginnen mit der Überschrift:

1 Lebenslauf von Natalie Lang

Welche anderen Möglichkeiten hätte sie für die Überschrift gehabt? Kurz und bündig: Lebenslauf, und am Schluss Unterschrift mit Oberwil, den

Was heisst es denn, wenn sie schreibt "Lebenslauf von Natalie Lang"?

Sie *schreibt den Lebenslauf aus der Adressatenperspektive (START AGAIN)*, distanziert, ohne Not, gewissermassen: Was wollen die von mir hören? Ihre eigene Perspektive, ihr Ich ist dabei sehr stark zurückgenommen.

Dazu eine Hypothesen: Wenn wir zusammennehmen, dass (1) in der Druckschrift im übertragenen Sinne ihre persönliche Handschrift verschwindet, und (2) sie ihren Lebenslauf aus der Adressatenperspektive verfasst, wobei das eine bereits das andere validiert, dann bedeutet dies: *Wir haben hier keine überaus ichstarke Person vor uns*.

2 Am 27. August 1972 wurde ich, Natalie Lang,

Jetzt geht es wahrscheinlich weiter "als Tochter der Eheleute, Walter Lang, ..." entsprechend der deutschen Normalform; d.h. sie übernimmt das Handlungsschema "Bewerbung um eine Lehr- oder Arbeitsstelle".

3 als erste Tochter von meinen Eltern in Basel

4 geboren. /...

Das übliche Handlungsschema ginge so weiter: "als Tochter von Walter Lang, Lehrer, sowie von Magdalena Lang, geborene Gomez, Musikerin, in Basel geboren." Sie wählt also nicht die distanzierte Form "als Tochter der und der Person", sondern "von meinen Eltern". In diesem harten Datum ist *Ablösungsproblematik* latent.

Die klassische Formulierung ist ihr offenbar nicht verfügbar. *Es schießt in das offizielle Handlungsschema: "Wie beginne ich einen Lebenslauf?" die Ablösungsproblematik hinein, "ich bin von m e i n e n Eltern geboren worden."* Die Eltern werden erst einmal im Doppelpack wahrgenommen, gegen jede Biologie, und erscheinen prominent schon in der 3. Zeile. Die klassische Formulierung hätte die Übernahme der Perspektive der Leserin oder des Lesers bedingt, und Natalie hätte dann ein von ihrer Person abgerücktes Beziehungsverhältnis beschreiben müssen: Da ist X, da ist Y, und dann bin ich da auch noch, Z. Das war ihr aber zu viel, es wäre zu abstrakt gewesen, und hätte sie zu sehr von den Eltern weggerückt – "von meinen Eltern".

Vor dem Hintergrund dessen, was wir in der Genogrammanalyse erarbeitet haben, können wir präzisieren: *Sie erlebt die Eltern nicht als Paar*, d.h. als zwei gegengeschlechtliche Gestalten, deren geschlechtliches Zusammenkommen ein Kind produziert, sondern die Eltern werden zusammenschmolzen in "von meinen Eltern geboren", der reale Vorgang wird nicht als solcher berücksichtigt. *Die Eltern sind ein intellektualisiertes Paar*.

Die Poligkeit des Männlichen und Weiblichen ist bei zwei affektiv neutralen, intellektuell orientierten Elternteilen nicht greifbar. Natalie kann die Spannung zwischen den Geschlechtern nicht auseinanderhalten.

Die etwas schräge Formulierung "von meinen Eltern (...) geboren" kommt durch fehlerhafte Kommasetzung zustande. Vielleicht will sie unterstreichen, dass sie von richtigen Eltern kommt: Sie ist nicht adoptiert, die Eltern sind nicht geschieden, sie kommt aus ordentlichen, bürgerlichen Verhältnissen etc. – *Konformitäts- und Ordentlichkeitsmotiv.*

- 4 ... / Mein zu Hause war und blieb es auch
- 5 meine ganze Kindheit und Jugend hindurch
- 6 in Oberwil / BL.

Das oben auf der Ebene des formalen Handlungsschemas Erschlossene findet hier seine Entsprechung auf der inhaltlichen Ebene. "war und blieb": Warum nicht einfach "ich bin in Oberwil aufgewachsen."? – *Beschwörungscharakter, Stabilitäts- und Ordentlichkeitsmotiv:* meine ordentlichen, verheirateten Eltern und ihr Zuhause, so war und blieb es die ganze Zeit, von Kind an bis 18, und ich bin nicht im Heim oder sonst irgendwo aufgewachsen etc. Zusätzliches starkes Motiv ist hier das *Motiv des heilen Kosmos einer Familie aus der Sicht des Kindes:* "von meinen Eltern geboren", "Mein zu Hause war und blieb", aber die *Kindheit und Jugend sind abgeschlossen*, denn der Satz ist in der Vergangenheit formuliert.

Also, während sie auf der einen Seite eine Aussenperspektive einrichtet mit "Lebenslauf von Natalie Lang" und das auch noch eineinhalb Zeilen durchhält, rutscht sie dann, sozusagen mit einem Satz, in die Beschreibung einer unabgelösten jungen Frau hinein, einer mit Blick zurück in die Familie.

Sie benutzt viel "ich", "mein" etc. und wenig "wir", "uns" etc., was konsistent wäre mit der suchtheoretischen Position, die einen primären Narzissmus bei Süchtigen zu beobachten glaubt. Sie *kann keine Distanz zu sich nehmen*, obwohl sie die Distanz in Zeile 2 eingerichtet hat.

- 7 Nach 1½ Jahren bekam ich eine
- 8 Schwester namens Celine, die heute nach
- 9 der Matura in der Ausbildung als Lehrerin ist,

Warum kommt jetzt die Schwester ins Spiel? Das *Problem der Konkurrenz?* Paraphrasierend könnte man wohl sagen: "Nach 1½ Jahren kam eine Schwester und damit kam ich zu kurz. Ausserdem machte sie die Matura und ist beruflich erfolgreich. Sie ist die zweite und ich bin die erste, was heisst, dass ich eigentlich" Diese Aufzählung kommt ja sozusagen einer Selbstbestrafung nahe. Weshalb schreibt sie das? Fächert sie jetzt ihre Problematik auf oder will sie nachhaltig unterstreichen, dass sie aus guter, erfolgreicher Familie kommt, das Ordentlichkeitsmotiv. Oder bietet sie Ordentlichkeit der Herkunftsfamilie als eine Ressource an?

"Nach 1½ Jahren bekam ich eine Schwester" könnte auch anders gesagt werden: "... wurde meine Schwester geboren." Es handelt sich hier entweder um eine *Kleinkindformulierung* im Sinne von "ich habe ein Schwesterlein bekommen" oder um das Aufbürden von *Verantwortung*.

Es müsste jetzt die nächste Schwester kommen.

- 10 so wie es meine Eltern ebenfalls mal waren
- 11 und heute noch erfolgreich im Berufe stehen.

"mal waren (...) und heute noch" *beschwört Kontinuität*.

Grammatik gerät durcheinander. "im Berufe stehen": Angehängtes "e" hat etwas Antiquarisches, Hochtrabendes an sich, wird im Kontext einer gehobenen Sprache benutzt, d.h., die Sache ist von Bedeutung.

"heute noch erfolgreich im Berufe stehen" ist das *Normalitätsprogramm*.

- 12 6½ Jahre später war meine Mutter wieder
13 schwanger und gebar noch ein Mädchen,

Natalie zieht ihren Lebenslauf zunächst einmal als Frauengeschichte auf, und zwar nicht von sich aus, sondern über die anderen.

In der 3. und 4. Zeile wird sie von ihren Eltern geboren, die Celine bekommt sie (7. und 8. Zeile), und dann wird die Mutter schwanger (12. und 13. Zeile), von wem weiss man nicht. Also, salopp gesagt, während bei ihr der Vater sogar noch als Gebärender dabei war, ist er jetzt nicht einmal beim Schwangerwerden dabei: *absteigende Intensität*. Mit voller Intensität vergegenwärtigt sie, wie sie als erste Tochter von ihren Eltern geboren wird; dann folgt die Celine, die sie bekommt, da sind die Eltern nicht dabei, und dann 6½ Jahre später ist es eine Privataktion der Mutter, womit weder sie, ihr Vater noch ihre Schwester etwas zu tun haben. Sie hätte ja sagen können: "Wir (die Celine und sie) bekamen da noch eine Schwester." War die Jüngste möglicherweise nicht geplant, eine *Nachzüglerin*?

In diesen unterschiedlichen Darstellungen drückt sich wahrscheinlich der Familienprozess und ihre Relation zu den anderen Personen in der Familie zu bestimmten Zeiten aus.

- 14 die dritte im Bunde. /...

Widerspricht der absteigenden Intensitätslinie von oben. Es taucht ein neues Thema auf: Jetzt sind sie plötzlich drei. Aus welcher Perspektive wird dies gesehen? Wahrscheinlich aus der Dorfperspektive im Sinne von "Schaut mal den an, drei Töchter hat er, aber keinen Sohn." Wie kommt die dritte in den Bund? Ist das in der Tat ein von diesen drei Mädchen geschlossener Bund? Eher nein, vielmehr ist es das *Familienthema*: "*drei Mädchen, aber kein Junge*", und das in einer Familiengeschichte mit zwei Patriarchen, dem Lokführer und dem Anwalt. Jeder wartet auf einen Sohn und er kommt nicht. Vielleicht ist die letzte, die Lucie, eine Nachzüglerin, wo man es nochmals mit einem Jungen versucht hat, ein altes bäuerliches Motiv, wofür es hier aber keinen sachlichen Grund gibt.

Die Formulierung "die dritte im Bunde", wo das gemäss obiger Darstellung alles andere als ein Bund ist, kann auch so gelesen werden, dass diese Person, die da eigentlich nichts mehr verloren hat, in einen Bund eingeschlossen wird und damit ihre *Zufälligkeit getilgt* wird.

Vergleich mit Genogrammdaten:

- "Heirat 1963; Natalie wird 1972 geboren, Celine 1974 und Lucie 1979."

D.h., die Natalie rechnet von sich aus: Die Aussage "6½ Jahre später [nach der Celine] war meine Mutter wieder schwanger" (12. Zeile) stimmt nicht. Es müsste heissen "5 Jahre später", 6½ Jahre sind es aus ihrer Sicht, seit ihrer Geburt. Wenn sie also in der Perspektive des anderen, in diesem Fall ihrer Schwester Celine ist, rutscht ihr trotzdem wieder die eigene Perspektive herein – *Narzissmus*. Soziologisch ausgedrückt: *Sie steht immer in der Gefahr, sich auf sich zu zentrieren*.

Woher kann dieses Verhalten kommen? Wir erinnern uns daran (s. Unterabs. 3.1.4), dass in der primären familialen Sozialisation das Kind naturwüchsigerweise ungefähr nach Ablauf eines Jahres aus der Mutter-Kind-Symbiose, die rein biologisch für dessen Überleben notwendig ist, herausgedrängt wird, und zwar dadurch, dass der Vater auf den Plan tritt. Wenn nun zusätzlich noch ein Geschwister kommt, geschieht dies in radikalierter Weise, es entsteht eine doppelte Eifersucht, einerseits als Ausdruck der Dynamik der Transformationsgesetzlichkeit der ödipalen Triade (Vater-Mutter-Kind), andererseits gegenüber dem um die Aufmerksamkeit der Eltern konkurrierenden Geschwister.

Anhand des Genogramms haben wir oben in Unterabs. A3.1.1.3 festgestellt, dass die Mutter in einer relativ späten Phase der Ehe – die Ehe dauerte schon 9 Jahre –, wo sie sich beruflich schon etwas aufgebaut hat, beginnt, Kinder zu kriegen. D.h., sie steht dauernd in dem Konflikt: "Was mach ich jetzt? Kümmer ich mich um die Kinder und erfülle das Normalitätsprogramm einer Lehrerehe, oder kümmer ich mich um meine eigene berufliche Karriere, um die Verwirklichung meiner Selbst?" Mit anderen Worten: Wenn sie hier ist, ist sie eigentlich dort, und wenn sie dort ist, ist sie eigentlich hier. *Die Mutter wird dem ersten Kind immer ambivalent gegenübergestanden haben*, und zwar insbesondere dem ersten Kind, weil es da das erste Mal ist, wo sie die Erfahrung macht, dass das Musikstück, das sie gerade am proben ist, gut und gern warten kann, das Kind aber nicht, das Kind hat notwendigerweise Priorität. Bei der Mutter sind aber stets zwei Prioritäten im Kopf: Beim Stillen wird sie immer sozusagen mit einem Ohr oder Auge irgendwo anders sein, was das Kind natürlich merkt.

Wir haben also die *Frage des (Ur-)Vertrauens*: Je mehr dieses Vertrauen ausgeprägt ist, desto mehr ist das Kind in der Lage sich zu dezentrieren, und da liegt das Problem: *Natalie rutscht immer wieder zu sich, weil sie das Vertrauen nicht haben kann, dass, wenn sie irgendwo anders ist, Kontinuität trotzdem vorhanden ist*. Dies wird auch unterstrichen durch ihre ständigen "Beschwörungen" der Kontinuität. Kontinuität muss dort forciert dargestellt werden, wo sie nicht bruchlos vorhanden ist. Wäre sie vorhanden, könnte man grosszügig darüber hinweggehen.

Bemerkung zu den Eltern: Zu den 9 Jahren Ehe, bis das erste Kind kommt, und zur Ambivalenz der Mutter müssen wir noch ein anderes Faktum dazurechnen: 9 Jahre geht es, bis die erste Tochter kommt, dann wird die gesamte Reproduktionszeit ausgedehnt auf 7 Jahre, was zusammen 16 Jahre macht. Bis das letzte Kind erwachsen ist, geht es nochmals etwa 18 Jahre, d.h., die Eltern können erst nach etwa 34 Jahren in die nacherliche Phase eintreten: *Weil es so schwierig ist als Familie zusammenzukommen, muss man sich viel Zeit nehmen, 34 Jahre. Mit anderen Worten: Sie brauchen eine sehr lange Zeit, um sich als Paar und Familie zu konstituieren*.

Wir fragen uns: Wo kommt in der Ehe Lang-Gomez, bei ihrer reduzierten, intellektualisierten Paarbeziehung, wo jeder seine Exzesse privat abhandelt (vgl. Genogrammanalyse), die *emotionale Zufuhr* her? Antwort: Über die *Kinder*! Dem schliesst sich aber die Frage an: Wo kommt denn diese Zufuhr in den ersten 9 Jahren her? Antwort: *Bindung über ein instrumentelles Ziel*, das Doppelkarrieren-Modell.

Zurück zum Text:

¹⁴ die dritte im Bunde. Sie wurde auf den Namen

¹⁵ Lucie getauft. /...

Die Bildungsfloskel "die dritte im Bunde" (Lehrermilieu) wird hier nicht sehr gestaltsicher benutzt. Umgekehrt schlägt in den ersten 15 Zeilen dieses Lebenslaufs ein *erstaunlich*

kindlich-sonniges Gemüt durch. Wenn man bedenkt, was es heisst, durch eine Heroinabhängigkeit zu gehen: Kriminalisierung, Prostitution, u.Ä., also härteste Erfahrungen, so bewahrt sie sich bei alledem ihr sonniges Gemüt. Erstaunlich!

"Sie wurde auf den Namen Lucie getauft." Eigentlich müsste sie sagen: "Sie erhielt den Namen Lucie", weil "getauft" ja immer noch die Kompatibilität des Namens mit dem Vorgang mit sich zieht.

- 15 ... / Lucie besucht heute das
- 16 Wirtschaftsgymnasium in der 2. Klasse.

Sie hat also auch einen recht ordentlichen Weg eingeschlagen – *Normalitätsprogramm*.

- 17 Meine Kindheit und Schulzeit durchlebte
- 18 ich eigentlich "ganz normal", ohne besondere
- 19 Vorkommnisse. /...

Jetzt kommt das Thema: Für wen schreibe ich diesen Lebenslauf? Den schreibe ich für *START AGAIN*.

In "eigentlich 'ganz normal'" schwingt gewissermassen ein entschärfender Kommentar zur allgemeinen suchtherapeutischen Ansicht, dass die Ursache (bzw. Teil der Ursache) der Sucht in der Kindheit liegt im Sinne von Dysfunktionen in der Herkunftsfamilie, Zwistigkeiten, das Kind kam zu kurz, wurde geprügelt, sexuell missbraucht etc.

"[keine] besondere[n] Vorkommnisse" ist eine Floskel, die typischerweise in Überwachungskontexten (Polizei, Militär etc.) vorkommt.

Sie beginnt hier den Rahmen für eine abweichende Biographie aufzuspannen, und wir wollen einmal schauen, wie sie das deutet.

- 19 ... / In der Schule gefiel es mir
- 20 vom ersten Tag an nicht, aber ich war trotz
- 21 dem immer sehr angepasst. /...

Jetzt kommen therapeutische Selbstreflexionen.

Wie wir sehen, ist sie ja auch heute noch *angepasst*, wobei diese Anpassung jedoch durchzogen ist von ausgeprägtem Narzissmus.

- 21 ... / Zwar war
- 22 ich immer ein riesen Minimalist und hatte
- 23 manchmal richtige Tobsuchtsanfälle wenn
- 24 ich zu Hause lernen musste. /...

"Minimalist" heisst: Mit möglichst wenig Aufwand möglichst durchkommen. Dieser Ausdruck entstammt wohl dem Lehrerjargon von Vater und Mutter am Mittagstisch.

- 24 ... / Aber trotz allem
- 25 reichte es auch für die Realschule [gleichwertig zu z.B. ZH und BE: Sekundarschule, AG und SO: Bezirksschule etc. – UMS], ohne
- 26 viel zu tun

Natalie besitzt also gewissermassen eine naturwüchsige Ausstattung mit Intelligenz. Ein Moment von Stolz schwingt da mit: "Ich hab die Realschule abgeschlossen, ohne viel zu tun." Der Ton ist so ein bisschen von oben auf die Eltern herab: "Was wollt ihr eigentlich, das mach ich doch mit links."

Dieser Satz schliesst den Kreis direkt zum "ohne besondere Vorkommnisse" in Zeilen 18 und 19, obwohl dazwischen mangelnder Lerneifer ("Minimalist") und "Tobsuchtsanfälle" (22. und 23. Zeile) kommen, und das als Lehrerskind. – Ihre zwei jüngeren Schwestern, das sind ganz normale Lehrerskinder "ohne besondere Vorkommnisse" mit Gymnasium, Matura etc., aber nicht sie. Hier ist die Situation auf den Kopf gestellt: Die Jüngste könnte sich so etwas erlauben, aber nicht die Älteste. Was dem zu Grunde liegen kann, das haben wir schon oben ausgeführt.

- 27 Nach 9 Jahren Volksschule begann ich
 28 eine Lehre als Floristin, die ich erfolgreich
 29 abgeschlossen habe, wiederum nur mit
 30 minimalaufwand. /...

Mit Minimalaufwand erfolgreich zu sein, das scheint ihr sehr wichtig zu sein. Sie hat schon ihren Stolz im Sinne von beat the system.

- 30 ... / Die Arbeit gefiel mir sehr
 31 und ich setzte mich ein wo ich nur konnte.

An dieser Stelle fragen wir uns natürlich, warum sie ihre Tätigkeit als Floristin aufgegeben hat und in die Metzgerei gegangen ist, um Würste etc. zu verkaufen.

Da, wo die Eltern sozusagen das Regiment führen, in der Schule, da ist die Rebellion, Minimalaufwand, und umgekehrt, in der praktischen Tätigkeit ausserhalb der Familie, da setzt sie sich ein, wo sie nur kann.

Die Frage ist nun: Wo setzt sie den Bruch an? Etwa bei schlechter Gesellschaft?

- 32 schon nach kurzer Zeit wurde ich von meiner
 33 Lehrmeisterin gefordert wie eine ausgebildete
 34 Fachkraft. /...

Hat ihre Aufgabe offenbar bewältigt. "ausgebildete Fachkraft" steht für das *Erbringen einer Sonderleistung*, kein familienuntypisches Motiv.

Hier wird eine Vermutung aus der Genogrammanalyse weiter fundiert: *Die Lehre als Floristin ist ein bewusst ins Werk gesetztes Sich-Absetzen vom elterlichen Erwartungshorizont*. In der Gewerbeschule gilt Minimalaufwand, weil das die Domäne der Eltern ist, von denen sie sich abgrenzen will. Aber in der Praxis, "wo jeder weiss, wie umständlich Lehrer sind, da war ich gut."

Wo ist der Bruch?

- 34 ... / In der Gewerbeschule hätte ich
 35 wohl mehr leisten können und es wurde
 36 mir wieder gesagt ich sei ein Minimalist.

Lehrermässige *Fremdzuschreibung*, Stigmatisierung. Konforme, regelangepasste Lehrer/innen sind fleissig, der Kontrast dazu ist, ein Minimalist zu sein. Das Auseinanderziehen von *Schule = Minimalismus = Abgrenzen* und *Praxis = Fachkraft = Leistung* ist eindeutig.

- 37 Mit meiner Arbeitsleistung war man auch
 38 später immer zufrieden. /...

Schule und Arbeit sind Kontrastbegriffe für Natalie.

- 38 ... / Ich sehe immer

39 die Arbeit und packe es speditiv an. /...

"speditiv" heisst rasch, zügig, effizient. Das Programm könnte also lauten: *Aufgestelltes Lehrmädchen packt alle Sachen speditiv an, nur nicht in der Schule, weil Schule heisst Elternhaus heisst Abgrenzen.*

39 ... / Da
40 ich sehr anpassungsfähig bin und eine
41 gute Auffassungsgabe habe, hatte ich alles
42 immer sehr schnell im Griff.

Diese Zeilen sind wieder aus der Fallperspektive geschrieben: Sie schreibt sich ein Zeugnis.

Bis anhin sind in diesem Lebenslauf zwei Handlungsschemata erkennbar: Fremdperspektive und (primärer) Narzissmus, wobei unter (primärem) Narzissmus, wie MERLEAU-PONTY in "Keime der Vernunft" (1994: 177f.) ausführt, nicht ein weltabgewandtes, einsames Ich zu verstehen ist, sondern ein Ich "in einem Zustand der Ungeschiedenheit zwischen der Aussenwelt und dem Ich."⁶ Es handelt sich hier also um Narzissmus oder Egozentrität nicht im Sinne von einem Subjekt, das einsam um sich kreist, sondern einem, das zwischen Selbst und Anderen keine Grenzen hat, das unablässig sich im Anderen und den Anderen in sich sucht. Die einzigen Grenzen erzeugt Natalie über Fremdzuschreibungen: Ich bin ein Minimalist, aber ich hab in der Praxis immer alles schnell im Griff etc.

42 ... / Durch
43 meine anpassungsfähigkeit und eher
44 ruhiges und zurückhaltendes Verhalten
45 hatte ich in meiner "Karriere" nie ernsthafte
46 Auseinandersetzungen mit Vorgesetzten.

Sie unterstreicht ihre Anpassungsfähigkeit. Was beabsichtigt sie wohl als Wirkung des Geschriebene auf diejenigen, die das lesen? *Sie bietet sich als pflegeleichte Klientin an.*

Karriere in Anführungszeichen spricht dafür, dass die Selbsteinschätzung nicht übermässig hoch ist, was die gesellschaftlichen Erwartungen an berufliche Karrieren anbelangt. Es drückt wahrscheinlich die Fremdzuschreibung einer Abstiegskarriere durch. D.h. mit ihrem oben angesprochenen Stolz kann es nicht so weit her sein.

47 Im dritten Lehrjahr lernte ich meinen
48 damaligen Freund kennen, /...

Jetzt warten wir darauf, wann – nachdem zunächst einmal eine bruchlose, stromlinienförmige Berufsbiographie dargestellt worden ist, wo man aber nicht übersehen kann, dass sie im Nichts endet, wie etwa angedeutet durch die Anführungszeichen bei der Karriere – demnächst einmal der Bruch kommt. Wo beginnt der Weg in die Drogen? Dabei ist die Frage: Fremdzuschreibung oder Selbstzuschreibung?

⁶ MERLEAU-PONTY lehnt sich hier an das nuancierte Konzept der kindlichen Egozentrität bei PIAGET an, das vollständige Zitat lautet: "Das Kind ist noch nicht zur Unterscheidung fähig, was in seinen Erfahrungen persönlicher Natur ist, und faßt sein Ich als die objektive Realität auf. Es befindet sich in einem Zustand der Ungeschiedenheit zwischen der Aussenwelt und dem Ich. Weit davon entfernt, einen Überhang des Selbstbewußtseins nahezulegen, macht dieses Konzept gerade den Mangel an Selbstbewußtsein evident."

Ist sie bzw. sieht sie sich als Opfer oder Täter ihrer Drogensucht? Wir vermuten als Opfer im Sinne eines Einbruchs von aussen. Jemand der nicht therapiert ist, ist normalerweise Opfer. Von ihren geordneten Familienverhältnissen und ihrem angepassten Lebensweg her vermuten wir, dass sie sich als Verführte darstellt: "... und dann kam ein böser Verführer und hat mich angefixt, und der ist jetzt schuld."

Unsere Hypothese lautet also: Nach dieser Geschichte kann sie ihre Drogenkarriere nur aus der Opferperspektive beschreiben und nicht aus der Täterperspektive. Es wäre ein Ergebnis einer gelungenen Therapie, wenn sie irgendwann einmal sagen könnte: "Was da gelaufen ist, das war ja letztlich meine Sache."

- 47 Im dritten Lehrjahr lernte ich meinen
48 damaligen Freund kennen, mit dem ich das
49 erste Mal mit harten Drogen in Berührung kam.

"in Berührung kam": Man streifte sie (und ihren Freund). *Es wird kein Agent genannt*, man kam einfach mit Drogen in Berührung. *Der Freund ist auch kein Täter*, d.h., er hat sie nicht angefixt. Es geschah ihnen aus hellheiterem Himmel.

"mit harten Drogen" lässt sie zudem offen, was zuvor allenfalls mit weichen Drogen (z.B. Hasch und Alkohol) los war. Sie wird ja kaum mit harten Drogen eingestiegen sein.

"meinen damaligen Freund" anstatt "meinen ersten Freund" oder "Ex-Freund" o.ä.: "damalig" aus der Perspektive von heute hebt jenen Zeitpunkt hervor. "Erster Freund" hätte etwas Serielles/Promiskuitäres an sich im Sinne von "und dann kamen die nächsten". "Damalig" hat als Kontrastbegriff "den jetzigen" und schränkt so die Situation auf zwei Personen ein. Damit bekommt die Person Freund eine wichtigere Bedeutung als im Falle vieler Freunde, die personale Orientierung ist viel stärker, die Diffusität der Sozialbeziehung ist verbindlicher.

- 50 Er schnupfte Heroin und irgendwann versuchte
51 ich aus Neugier. /...

Der Freund, vielleicht doch der versteckte Agent.

"irgendwann versuchte ich aus Neugier" was? Um was es geht, Heroin, kann sie nicht sagen – *Verleugnung*. Damit haben wir die *"klassische" Drogenkonsumentin*: (1) Wenn Heroin, dann bin ich Opfer, damit habe ich nichts zu tun als Täter; und (2) das Heroin selbst ist nicht benennbar – Verleugnungsstruktur, auch wenn Heroin zu schnupfen nicht so hart ist, wie Heroin zu spritzen.

- 51 ... / Wir hatten unseren Konsum
52 immer unter Kontrolle und konsumierten immer
53 nur so ab und zu. ...

In der 51. Zeile kommt das erste "Wir", und zwar im Zusammenhang mit (Drogen-) Konsum, der zudem gerade bagatellisiert wird.

- 53 ... / Als ich meine Lehre beendet hatte,
54 wohnte ich eigentlich mehrheitlich bei
55 ihm. /...

"wohnte ich (...) bei ihm" und nicht beispielsweise "wohnten wir zusammen": Familie, Schule, Arbeit und Alltag werden aus der Ich-Perspektive dargestellt, im Zusammenhang mit der Sucht aber taucht die Wir-Perspektive auf. *Sucht und Wir oder Gemeinschaftsgefühl gehen zusammen, während Familie, Alltag etc. und Ich oder Einsamkeit gepaart werden.*

"eigentlich mehrheitlich" ist eine doppelte Einschränkung. Sie verweist auf das übliche Hin und Her der Ablösungsphase, sie ist ja um 18, als sie die Lehre abschliesst. Sie befindet sich im adoleszenten Moratorium, wo sie ausprobiert, mit jemandem zusammenzuleben, aber immer wieder nach Hause geht.

55 ... / Nach einem Jahr hatten wir die Nase
56 so ziemlich voll von Basel und vom Gift.

Das zweite "wir". In Bezug auf die Frage, ob "Einzeltäter oder mehrere Täter", wird also die *Verantwortlichkeit verteilt*.

Es wird eine gemeinsame Entscheidung gegen Basel und gegen das Gift getroffen.

56 ... / Wir
57 konsumierten immer noch nur sporadisch.

Sie haben zwar "die Nase (...) voll (...) vom Gift", aber "konsumieren immer noch nur sporadisch", was auf einen Widerspruch hindeutet: "nur sporadisch" kann nur heissen, dass dann eine Phase kam, wo sie nicht sporadisch, sondern regelmässig konsumiert haben, was im Gegensatz zum "die Nase voll vom Gift" steht. Es wird einerseits ein Ausstiegsprozess suggeriert, andererseits unter der Hand mitgeteilt, dann aber kam der richtige Einstieg.

Die Illusion, die Sucht unter Kontrolle haben zu können, bildet einerseits die Suggestion, andererseits die tatsächliche Entwicklung, deren sie aber nicht bewusst sind, ab.

58 Wir suchten uns eine Wohnung ganz auf
59 dem Land. /...

Heile Welt auf dem Land, der Wechsel soll den Ausstieg bringen.

Interessanterweise wird hier nicht thematisiert, dass mit dem Umzug aufs Land die Ablösung vom Elternhaus einhergeht. Aufs Land ziehen heisst lediglich weg von Basel, weg vom Rheinufer, und das andere, *die Ablösung von den Eltern ist überhaupt nicht bewusstseinsfähig*.

59 ... / Damals war ich im 19. Lebensjahr.
60 Bald hatten wir eine Wohnung in einer
61 Aargauer Gemeinde mit nur 105 Einwohner.

Sie unterstreicht damit, wie ländlich gesund es da war – optimale Rahmenbedingungen.

Warum in den Aargau? Der Aargau liegt gerade zwischen den "Suchtzentren" Basel, Bern und Zürich. Wenn sie tatsächlich den Ausstieg geplant haben, warum sind sie dann nicht in den Kanton Graubünden, Glarus oder sonstwohin gegangen, wo sie wirklich abgeschnitten gewesen wären von einem "Suchtzentrum"?

Ihre Entscheidung aufs Land zu ziehen ist (1) wachstweich, weil sie nicht den klaren Schnitt setzt zur Drogenszene, und (2) es wird Besserung von einer blossen Ortsveränderung erwartet. Übersetzt bedeutet das: (1) *Es sind die Verhältnisse, die das Problem konstituieren*, und (2) wir ziehen in den nächsten Ort, da wird alles besser, getreu dem Prinzip der verbrannten Erde.

62 Beide suchten wir Arbeit. Ich wollte nur ein
63 halbes Jahr arbeiten, da ich vorhatte, noch
64 ein halbes Jahr eine Kaufmännische Aus-
65 bildung zu absolvieren. /...

Sie hat vor "durchzustarten". Sie nimmt sich eine kaufmännische Nachqualifikation vor, will also an ihrer beruflichen Karriere arbeiten.

Nach dem "Beide suchten wir Arbeit" schliesst sie wieder an mit "Ich wollte (...), da ich vorhatte".

65 ... / Ich bekam temporär
66 eine Stelle als Charcuterierverkäuferin bei
67 Coop. /...

Sie weiss, wie man hinter dem Ladentisch agiert, und ob sie Blumen oder Fleischwaren verkauft ist nebensächlich.

67 ... / Wir waren ein super Team und ich
68 hatte mich sehr schnell eingearbeitet und
69 wurde von der Hilfskraft zur Fachkraft. /...

Dieses Muster kennen wir: Sie bewährt sich flott in beruflichen Kontexten.

69 ... / Nach
70 meiner kaufmännischen Ausbildung "holten"
71 sie mich wieder zurück.

Sie ist eine gesuchte zuverlässige Arbeitskraft.

Die Beziehung zum Freund und ihre berufliche Bewährungsgeschichte laufen völlig parallel: Alltägliche Abstimmungssituationen, gemeinsames Planen von Beruf und Alltag u.Ä. scheint es nicht zu geben, da hier nur in der Ich-Perspektive berichtet wird. Gemeinsam (Wir-Perspektive) konsumieren sie die Droge und versuchen von derselben loszukommen. Wir haben sozusagen eine *Drogenutzungsgesellschaft*.⁷ Sie hat das Modell einer parallelen, "unabhängigen" Lebensweise zweier "Partner" bei ihren Eltern gesehen und verinnerlicht.

72 In dieser Zeit im Aargau reduzierte sich
73 mein Heroinkonsum sehr stark. /...

Nicht sie hat den Heroinkonsum reduziert, sondern es geschah irgendwie, sie hat wie oben nichts damit zu tun.

73 ... / Ich war immer
74 noch mit demselben Freund zusammen.
75 Nach zwei Jahren hatte ich das Gefühl ich müsste
76 eine Veränderung in mein Leben bringen.

In "immer noch mit demselben (Freund)" schwingt entweder Erstaunen über sich selbst mit, im Sinne von: "Nachher habe ich es nie mehr so lange mit einem Freund ausgehalten.", oder sie unterstreicht damit, dass sie nicht eine jener ist, die alle paar Monate ihren Freund wechselt. In beiden Fällen ist latent *Promiskuität* thematisch.

Bei "eine Veränderung in mein Leben bringen" fragen wir uns: Was für eine Veränderung? "Leben" heisst diffuse Sozialbeziehungen, und da ist es wiederum sie – und nicht sie mit ihrem Freund zusammen –, die das Gefühl hat, etwas wäre zu verändern. *Dies wirft die Frage der Bindungsfähigkeit, der Gemeinschaftsfähigkeit im Kontext der Paarbeziehung auf. Hier finden wir lediglich Bindung über Drogen und der Rest ist einsames*

⁷ Gesellschaft im Sinne eines Kollektivs von anonymen Rollenträgern, im Gegensatz zur Gemeinschaft als einem Kollektiv ganzer Personen (OEVERMANN).

Durch-die-Gegend-Laufen, Sich-im-Beruf-Bewähren, also das Ausgestalten instrumenteller oder rollenförmiger Sozialbeziehungen.

Nun, "eine Veränderung in mein Leben bringen" könnte ja auch heissen: "Ich will nach meinem Jobben noch eine weitere Ausbildung machen und dafür will ich die Matura nachholen etc." Dabei ginge es um den Bereich rollenförmiger Sozialbeziehungen. In dem Fall aber, wo sie sagt "(Ich habe) das Gefühl ich müsste eine Veränderung in mein Leben bringen" und sie meint damit *nicht* diffuse Sozialbeziehungen, in dem Fall müssten wir vermuten, dass sie allgemein *zu einer diffusen Sozialbeziehung nicht fähig ist*.

Um was für eine Veränderung handelt es sich also?

- 76 ... / Ich
77 suchte mir kurzer Hand eine eigene Wohnung
78 und trennte mich von meinem Freund. /...

Die abstrakte und abgelöste Formulierung von "hatte ich das Gefühl ich müsste eine Veränderung in mein Leben bringen" bezieht sich also auf den Bereich diffuser Sozialbeziehungen, und zwar auf jenen Teilbereich, der ihr am nächsten steht, nämlich die Beziehung zum Freund. Radikalisiert wird diese Abgelöstheit nun noch durch die unvermittelte Blitzartigkeit in "kurzer Hand" und die erstaunliche Gefühllosigkeit in "trennte mich von meinem Freund". *Es liegt hier eine ausgeprägte Beziehungslosigkeit oder stärker eine Unfähigkeit zur Gestaltung diffuser Sozialbeziehungen vor*, denn sonst hätte sie die Sache anders einleiten müssen, wie z.B.: "Mein Zusammenleben mit meinem Freund hatte sich leergelaufen, wir hatten uns nichts mehr zu sagen, und so hatte ich das Gefühl ich müsste hier eine Veränderung vornehmen." An die beziehungslose Formulierung "hatte ich das Gefühl ich müsste eine Veränderung in mein Leben bringen" könnte sie allenfalls anschliessen mit: "Ich wollte Vegetarier werden" oder "ich wollte nicht mehr so schlimm mit meinem Körper umgehen, sondern mich stärker einer bewussten Lebensweise und insbesondere der Meditation widmen", also irgendetwas, was den Freund nicht betrifft.

- 78 .../ Es
79 ging nicht lange und ich hatte die Zusage
80 für eine 2-Zimmerwohnung in Brugg.
81 Es dauerte auch nicht lange bis zur nächsten
82 Beziehung. /...

Wenn man sich so im Handumdrehen von einem Freund trennen kann, dann kann man sich auch ruck, zuck "mit einer nächsten Beziehung zusammen tun." Es liegt hier die verbreitete, entpersonalisierte Situation vor, dass man nicht einen Freund hat, sondern eine Beziehung.

- 82 ... / Eigentlich war ich nie ganz
83 alleine, ich hatte immer eine Beziehung
84 oder ein Verhältnis.

Was ist für sie wohl der Unterschied zwischen einer Beziehung und einem Verhältnis? In altmodischer Logik ist eine Beziehung öffentlich und ein Verhältnis geheim, und was früher ein Verhältnis war, ist heute möglicherweise eine Aussenbeziehung. Eine andere Möglichkeit ist, dass Beziehung enger ist als Verhältnis und Verhältnis nur sexuell oder instrumentell verstanden wird.

Das rasche Eingehen und Lösen von Beziehungen sagt etwas über den Grad der Verbindlichkeit aus, und dieser Grad der Verbindlichkeit ist hier so, wie wir oben schon

herausgearbeitet haben, dass sie eigentlich nicht mit jemandem zusammenlebt, sondern sie zeigt eine eigentliche *Beziehungsunfähigkeit*.

Rückgriff auf die Fallstrukturhypothese aus der Genogrammanalyse: Ihre Eltern offerieren ihr auch kein Modell für Begegnung und Beziehung. Sozialisatorisch geht es aber um mehr als nur um Lernen am Modell: In der Struktur der sozialisatorischen Interaktion ist es ja so, dass der Vater in die Symbiose mit der Mutter einbricht, und dann dauernd sozusagen die Karten neu gemischt werden; d.h., einmal hat das Kind eine enge Beziehung zum Vater, und die Mutter ist ausgeschlossen, dann zur Mutter, und der Vater ist ausgeschlossen, dann haben die Eltern untereinander eine enge Beziehung und das Kind ist ausgeschlossen. Ein- und Ausschluss mischen sich dauernd neu auf dem Untergrund einer stabilen Situation der grundsätzlichen Anerkennung und des basalen Vertrauens; vgl. Unterabs. 3.1.3.

Bei dieser Biographie haben wir nun auf der Ebene der Eltern folgende Konstellation: (1) die Kampfehe von zwei Ältesten; (2) zwei Personen, die unabhängig voneinander ihre Karriere vorantreiben, wobei die Situation verschärft wird durch die Tatsache, dass die Mutter einen höheren beruflichen Status erlangt als der Vater; (3) eine Differenz in den Herkunftsmilieus, und zwar wieder mit einer mütterlichen Überlegenheitsposition; und (4) die Tatsache, dass die Kinder für die Mutter ernsthafte Konkurrenten zu ihren beruflichen und künstlerischen Ambitionen sind und umgekehrt. Anstatt dass die Mutter das Kinderkriegen vorgezogen hat und sich dann um die berufliche Karriere kümmert, hat sie das ganze auf den Kopf gestellt, wofür immer ein Preis zu zahlen ist, und zwar in jede Richtung, und woraus eine grundsätzliche Ambivalenz entsteht: "Für wen (Kinder oder mich selbst) bin ich jetzt da?" In diesem Gesamtrahmen als Älteste eine Bindungsfähigkeit zu entwickeln, die dazu führt, dass man sich auch lösen kann, ist nicht so einfach, möglicherweise ist es gar so schwierig, dass es überhaupt nicht gelingen kann. Zumindest bei Natalie sieht es so aus, als ob das nicht gelungen wäre bzw. als ob das Zusammenleben eben eine sehr einsame Angelegenheit ist: "kurzer Hand (suchte ich mir) eine eigene Wohnung und trennte mich von meinem Freund." Insbesondere haben wir hier wiederum nicht "w i r trennten uns", sondern "(i c h) trennte mich von meinem Freund."

Im privaten Bereich haben wir zum einen eine Beliebigkeit in der Ausgestaltung von Sozialbeziehung und zum andern, dass das Exzesshafte nicht ins Leben integriert werden kann, es sei denn in der Form von Sucht.

85 Meine Familie vermisste mich immer sehr,

Dies kommt überraschend. Es reflektiert vielleicht mögliche Gewissensbisse der Eltern, ob sie bei ihrer ältesten Tochter wohl etwas versäumt haben.

Da sie die Älteste ist, ist sie chronologisch gesehen die erste Ablösungskandidatin und die Eltern sind eigentlich darauf vorbereitet, dass sie die erste ist, die geht. Bei der jüngsten Tochter, da wird es schon schwieriger werden, weil sie ist die letzte, die geht, und dann sind die Eltern in der nachelterlichen Phase wieder mit sich als Paar konfrontiert.

Wir haben zwar schon festgestellt, dass die Paarbeziehung schwach ist, aber warum sollten die Eltern die Kinder vermissen, wenn sie gehen? – Man sollte ja tunlichst vermeiden zu einem Kind, das ausgezogen ist, zu sagen: "Wir vermissen Dich sehr." Man will ihnen ja den Weg nach draussen ebnen. Man kann höchstens sagen: "Schade, dass sie jetzt nicht da ist, das war immer so lustig mit ihr" o.ä.

Wurde sie vermisst, da sie so praktisch war? Hatte sie irgendwelche Hausarbeiten gemacht? Warum bewährt sie sich denn so in praktischen Arbeitszusammenhängen? Viel-

leicht, weil sie als Älteste bei einer auf Konzertreisen sich befindenden Mutter gewissermassen die Haushälterin war und so etwas fürs Leben gelernt hat.

"Meine Familie vermisste mich immer sehr" kann auch als Wunschformulierung gelesen werden: "Wie schön wäre es gewesen, wenn meine Familie mich immer sehr vermisst hätte." Möglicherweise könnte es nämlich auch heissen: "Ich vermisste meine Familie immer sehr."

Also, unabhängig davon ob sie oder die Familie die aktive war, es wird das *Ablösungsproblem* angesprochen.

86 als ich so weit weg wohnte. Vorallem meine
87 Mutter wurde nie ganz klar damit, dass ich
88 so früh von zu hause wegging. /...

Mit etwas klar/zurecht kommen ist eher eine instrumentelle Beschreibung und deutet auf eine *instrumentelle Bindung* hin: Die Mutter kam im Haushalt nicht mehr klar, als Natalie ging.

88 ... / Die älteste
89 Tochter halt.

Im Sinne von: die rechte Hand der Mutter, insbesondere dann, wenn sie abwesend ist. Also, wenn hier die Familie tatsächlich die Agentin des Vermissens ist, dann ist es ein *instrumentelles Vermissen, das jedoch nicht angesprochen werden kann*.

90 Nach einem weiteren halben Jahr "überredete"
91 mich meine Mutter wieder zurück nach
92 Oberwil zu kommen. Nicht nach Hause,
93 schon eine eigene Wohnung. /...

Wussten oder ahnten die Eltern da schon etwas von den Problemen, vom Drogenkonsum ihrer ältesten Tochter? Wollten die fürsorglichen, pädagogischen Eltern wieder ein Auge auf ihre Tochter haben? Die Mutter ist die Agentin. Wollte sie die Tochter wieder in der Nähe haben, damit sie ihr wieder im Haushalt helfen konnte?

Zusatzdaten aus einer Familientherapiesitzung:

"Natalie hat nie viel im Haushalt helfen müssen."

Warum holt die Mutter die Natalie nach Oberwil zurück, wo wir jetzt wissen, dass sie nur wenig im Haushalt geholfen hat? *Weil über die Kinder das Emotionelle gelebt wird. Wir haben also eine bindende Familie mit Funktionalisierung der Kinder für die emotionale Zufuhr.* Dies wird gestützt durch folgende Daten:

(1) Die langen 9 Jahre, wo die Eltern es probiert haben ganz ohne Kinder, dann aber das Expandieren der Kinderzeugung über 7 Jahre mit dem Ergebnis eben, dass man die emotionale Zufuhr seitens der Kinder über lange Zeit hat.

(2) Natalie beginnt um 1987 zu kiffen, da ist die Jüngste 8, und um 1989 schnupft sie das erste Mal Heroin (mit ihrem Freund). Interessanterweise nennt sich die Mutter seit 1989 als Musikerin wieder Gomez (vgl. Genogrammanalyse). Beides stärkt unsere Hypothese, *dass in dieser Familie das Exzessive individuell ausgelagert wird.*

(3) Natalie kehrt schliesslich um 1994 wieder nach Hause bzw. nach Oberwil zurück, da ist die Jüngste, die Lucie 15 und verlässt bald die Familie. Mit anderen Worten: es geht sozusagen wieder von vorne los, die Natalie muss sich wieder als "hilfs- und pflegebedürftiges Kind" zeigen. Auf dieser Basis kann dann die Ehe weiterbestehen. Dies ist zu-

gegebenermassen eine kühne Hypothese, sie erweist sich hier jedoch fürs Fallverstehen als produktiv: *Die Eltern Lang-Gomez steuern auf die nachelterliche Phase zu, da ist es für sie ganz gut, wenn sich ein Kind hilfsbedürftig zeigt, denn dann brauchen sie nicht, in die nachelterliche Phase überzutreten, wo es wieder karg und dürr wird.*

93 ... / Ich hatte mich
 94 also entschlossen und zügelte im August 94
 95 wieder nach Oberwil. Eine Stelle bekam
 96 ich problemlos als Charcuterie- und Fleischver-
 97 käuferin bei Coop. Und schon wieder lernte
 98 ich ein Typ (ein Arbeitskollege) kennen. ...

Es beginnt die Sprachsicherheit brüchig zu werden.

Die Intensitätslinie und Verbindlichkeit, was gegengeschlechtliche Sozialbeziehungen anbelangt, fällt stetig. Zu Beginn spricht sie vom "damaligen Freund" (Zeile 48), es folgt eine "nächste Beziehung" (Zeilen 81, 82) und hier reduziert sie das Personale maximal in "schon wieder (...) ein Typ".

98 ... / Es
 99 dauerte kaum einen Monat und wir waren
 100 ein Paar. Er dealte, was ich beim kennen
 101 lernen noch nicht wusste, und so hatte es
 102 immer Stoff zu Hause. /...

Das Muster ist klar: Alles geht ruck, zuck, was Beziehungen anbelangt, und den "Stoff" bringen stets die anderen.

102 ... / Er zog noch im ersten
 103 Monat bei mir ein. Also mein erster Absturz.
 104 Ich begann täglich zu konsumieren. Eigentlich
 105 bei vollem Bewusstsein wurde ich Heroinab-
 106 hängig. /...

Ihre Ausführungen werden hier, wo es um die Wurst geht, minimal, der Schreibstil wir telegraphisch kurz: "Also mein erster Absturz. Ich begann täglich zu konsumieren." Und im "Eigentlich bei vollem Bewusstsein" greift sie erneut (s. Interpretation von Zeilen 56 und 57) die selbstsuggestive Formel der vermeintlichen Kontrolle über ihre Sucht bzw. Abhängigkeit auf.

Wir beenden die Wiedergabe unserer feinsequenziellen Analyse des Bewerbungslebenslaufs von Natalie an dieser Stelle. Im zweiten Teil ihres Lebenslaufs schildert Natalie ihre Suchtkarriere (bzw. "Beziehungskarriere") während den letzten drei viertel Jahren vor der Bewerbung um Therapieeintritt bei *START AGAIN*. Bezüglich Fallstruktur verfestigt sich (1) die Figur ihrer *basalen Bindungsunfähigkeit*, denn die Kette von beziehungslosen "Verhältnissen, Freund- und Liebschaften" setzt sich im zweiten Teil fort, und (2) die Darstellung ihrer selbst als *anpassungsfähige und pflegeleichte Klientin* arbeitet sie noch weiter aus. Als wesentliches zusätzliches Element rekonstruieren wir jedoch eine organisatorische Aktivität und einen gewissen Tatendrang hinsichtlich dem Versuch, aus der Sucht herauszukommen, siehe etwa Zeilen 187-189:

187 Zu meiner heutigen Situation:
 188 Ich möchte so schnell wie möglich mit einer
 189 Therapie beginnen. /...

Also, *in die Sucht kommt sie quasi passiv hinein, das Herauskommen versucht sie aber aktiv zu organisieren.*

In der drängenden Äusserung: "Ich möchte so schnell wie möglich mit einer Therapie beginnen." haben wir ein explizites Beispiel für ein im Kontext Sucht häufig rekonstruiertes Motiv, das Motiv der *unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung*, des "alles, sofort und möglichst umsonst", wie es *START AGAIN*-Therapeut/inn/en gerne nennen.

Mit anderen Worten: In dem Satz, in dem sie inhaltlich ihre Therapiemotivation unterstreicht, schwingt in der Art und Weise, wie sie es sagt, Teil ihrer, die Therapie indizierenden Beschädigung mit.

A3.1.2.4 Konzeptionalisierung des therapeutischen Problems bei Natalie

Als sozusagen re-sozialisatorisches Oberflächenproblem geht es bei Natalie darum, eine gelungene *Bewältigung der Adoleszenzkrise* zu realisieren, was in ihrem Fall heisst, aus der Fesselung in einer Pseudo-Gemeinschaftlichkeit der Herkunftsfamilie herauszuwachsen und einen eigenen Lebensentwurf zu gestalten, hinter dem sie stehen kann.

Auf einer tieferen, nach-sozialisatorischen Ebene ist *dyadische und triadische Beziehungsfähigkeit* thematisch. Das heisst ein Heraus aus ihrer narzisstischen Beziehungsstörung (der tendenziellen Ungeschiedenheit von ich und Anderem) hin zu personaler Bindungsfähigkeit, zu den verschiedenen Modulationen eines lebendigen Wirs, hin zur Entwicklung der Fähigkeit, ihre Kompetenzen in alltagspraktischen Dingen (im Haushalt, bei der Arbeit etc.) in den gesamten Lebensbereich zu übertragen, also nicht nur instrumentell und rollenförmig alles bewältigen zu können, sondern auch diffuse Sozialbeziehungen aktiv aus einem Wir heraus zu strukturieren. Weil die Grundlage dieser Thematik jedoch in relativ tiefen Persönlichkeitsschichten oder frühen sozialisatorischen Entwicklungsphasen (Mutter-Kind-Symbiose und ödipale Triade) angesiedelt ist, ist hier ein sehr langwieriger und mühseliger Genesungsprozess anzugehen. Es ist anzunehmen (im Sinne einer Prognose für den Therapieverlauf, die sich, so können wir hier anmerken, auch bewahrheitet hat), dass Natalie dauernd triangulieren wird, und zwar im krankhaften Sinne von jemanden gegen jemanden ausspielen, Vertrauen testen und Regeln zu unterlaufen etc., also die typische Rehabilitationsthematik bei Drogenabhängigen – im Therapiejargon von *START AGAIN*: die Problematik der drei T's, des Täuschen, Tricksen und Tarnens.

Auf Grund der vielfältigen Ressourcen und des Tatendrangs, aus der Sucht herauszukommen, würden wir Natalie diesbezüglich *eine günstige Prognose* stellen. Der wichtigste Entwicklungsschritt ist bei ihr, sich nicht mehr süchtig in Beziehungen zu stürzen und so wieder in den Drogenkonsum hineinzufallen, sondern distanziert Abstand wahren zu können und zu prüfen, geht es mit diesem Mann oder geht es nicht, soll ich mich da einlassen oder nicht.

Auf einer noch basaleren Ebene (wenn wir die Logik von *START AGAIN* übernehmen; s. die Abschnitte 7.2 und 7.3), auf der Ebene ihrer allgemeinen Gefühls- und Empfindungsdynamik stellt sich die therapeutische Aufgabe schliesslich folgendermassen: Wo kann Natalie wie *intensive Empfindungen, Emotionalität, gar Rauschhaftes gemeinsam mit anderen erfahren*, ohne dazu auf Suchtmittel zurückgreifen zu müssen, wie lässt sich das *Exzessive* in einen gemeinsam gestalteten Alltag integrieren? Das Kurzwort *Exzessives* steht hier für emotionalen Überschuss, für intensives unmittelbares ausseralltägliches Erleben, und die Betonung liegt auf gemeinsam. Es geht darum, dass Natalie sich die Erfahrung zu Eigen machen kann, dass Emotionalität und Affektivität in all ih-

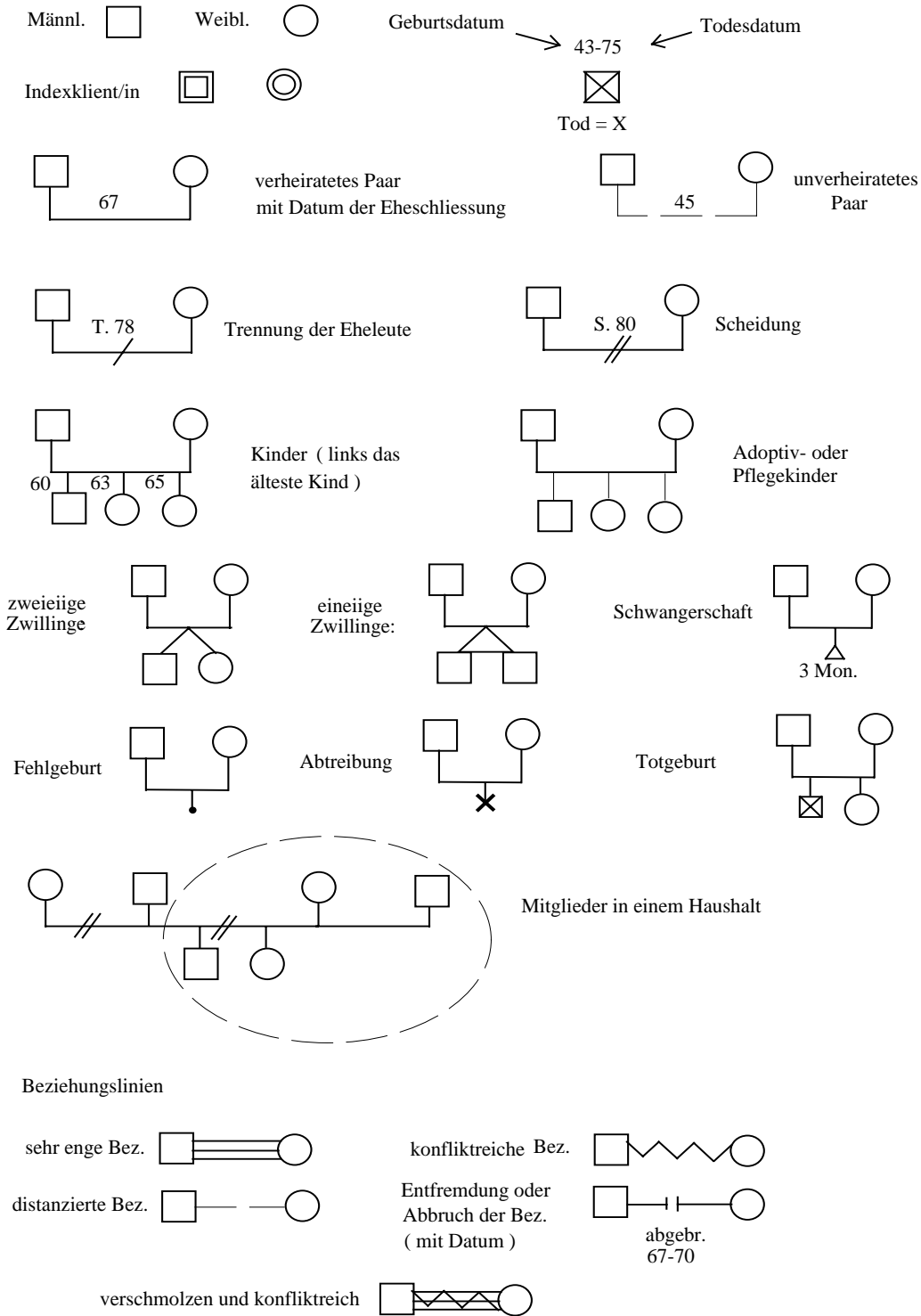
ren Höhen und Tiefen zum gemeinsamen Leben im Rahmen einer verlässlichen partnerschaftlichen Beziehungen dazugehört und darin ein eigener Reiz liegt.

Wenn dieser Punkt auch allgemeine Gültigkeit in der Rehabilitation von Drogenabhängigen beanspruchen kann, so erinnern wir uns im Fall der Familie Lang-Gomez speziell daran, dass hier auf der Ebene der Eltern das Exzessive individualisiert ist und als Privatangelegenheit ausgelagert wird. Dass hier die drei Schwestern gewissermassen implizit den Auftrag von den Eltern erhalten haben, innerfamilial diesen Part zu übernehmen, also jenseits der Intellektualisierung das Gemüthafte, Emotionalität und Affektivität ins Familienleben hereinzutragen. Die Tendenz der Schwestern war es dann jedoch, das Exzessive in eins zu setzen mit Suchtmittelgebrauch.

Zusammenfassend lässt sich also zu Natalie sagen: *Es geht einerseits um die Integration des Exzessiven in den Alltag und andererseits um die Entwicklung diffuser Bindungsfähigkeit ausserhalb der Familie, und das im Rahmen einer abschliessenden Bewältigung der Adoleszenzkrise (Ablösung aus der Herkunftsfamilie).*

A3.2 Anhang zu Genogrammnotationen

In der Definition der Zeichen für die Genogrammdarstellung folgen wir dem Vorschlag von MCGOLDRICK und GERSON (1990):



A4 Tabellenanhang zum systematischen Vergleich des statistischen Profils bei Therapieeintritt der Klientel von *START AGAIN* und der FOS-Poolklientel von 1995 bis 1997

In den nachfolgenden Tabellen fassen wir auszugsweise die in unserem Zusammenhang relevantesten empirischen Resultate der FOS-Eintrittsbefragungen zusammen.¹ Die Tabellen vervollständigen die Ausführungen in Kapitel 4. In eckigen Klammern geben wir die jeweiligen Fragenummern des FOS-Basisbogens an. *Falls wir ohne explizite Jahresangaben von der Klientel von START AGAIN (StA) bzw. von der FOS-Poolklientel sprechen, beziehen wir uns stets auf kumulierte Datensätze der drei FOS-Jahre 1995 bis 1997,² was für *START AGAIN* eine Stichprobe von **80 eintretenden Klient/inn/en** und für den FOS-Pool von **2'103 eintretenden Klient/inn/en** bedeutet. *Bilden andere FOS-Datensätze die Grundlage einer Tabelle, werden die entsprechenden Jahre ausdrücklich vermerkt.**

A4.1 Soziodemographische Grundangaben

Tabelle A4.1-1 Zivilstand [E1.4]

	START AGAIN		FOS	
verheiratet	8	10%	137	7%
ledig	64	80%	1714	83%
getrennt, geschieden, verwitwet	8	10%	224	11%

¹ Datengrundlage für die *START AGAIN*-Klientel sowie für die FOS-Poolklientel bilden mit Genehmigung der KOFOS folgende Berichte:

Für 1993: DOBLER-MIKOLA, SCHÜPBACH-WIEDEMANN und EICHENBERGER (1994); SCHÜPBACH-WIEDEMANN, EICHENBERGER und DOBLER-MIKOLA (1994).

Für 1994: SCHÜPBACH-WIEDEMANN, WETTACH und DOBLER-MIKOLA (1995a, b).

Für 1995: DOBLER-MIKOLA, GRICHTING, WETTACH und SCHAAF (1996); GRICHTING, SCHAAF, WETTACH und DOBLER-MIKOLA (1996).

Für 1996: DOBLER-MIKOLA, GRICHTING und REICHLIN (1997a,b).

Für 1997: GRICHTING, DOBLER-MIKOLA und REICHLIN (1998a,b).

² Alle kumulierten Häufigkeiten, die sich auf die FOS-Jahresstatistiken stützen, werden von uns selbst berechnet.

Tabelle A4.1-2 Letzter Wohnsitz: Urbanisierungsgrad der Klientel [E1.6]

	START AGAIN		FOS	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Grossagglomeration (über 100'000 Einwohner)	63	79%	1014	49%
Agglomeration unter 100'000 Einwohner	11	14%	680	33%
Landgemeinde	6	8%	376	18%

Tabelle A4.1-3 Nationalität [E1.7, E6.17]

Klient/in:	START AGAIN		FOS	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Schweizer/in	64	80%	1677	80%
Ausländer/in	16	20%	421	20%
Eltern (FOS-Daten von 1995 & 97):				
beide Eltern sind Schweizer	28	54%	727	59%
nur leiblicher Vater ist Ausländer	6	12%	110	9%
nur leibliche Mutter ist Ausländerin	5	10%	116	9%
beide Eltern sind Ausländer	13	25%	284	23%

A4.2 Eintrittssituation und strukturelle Integration im Jahr vor der Therapie

Tabelle A4.2-1 Eintrittsmodalität nach Geschlechtern [E12.7]

	START AGAIN				FOS			
	Oktober '92 bis März '98				1997			
	Männer		Frauen		Männer		Frauen	
freiwillig	58	37%	16	42%	337	61%	116	75%
unfreiwillig	98	63%	22	58%	216	39%	38	25%

Tabelle A4.2-2 Wohnsituation im Jahr vor Eintritt [E2.1]

		ganze bzw. meiste Zeit		zeitweise		nie	
		Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Zimmer, Hotel, Pension	StA	10	13%	2	3%	68	85%
	FOS	120	6%	94	5%	1757	89%
gemietete oder eigene Wohnung oder Haus	StA	45	56%	5	6%	30	38%
	FOS	1200	61%	223	11%	548	28%
drogentherapeutische Institution	StA	8	10%	8	10%	64	80%
	FOS	128	6%	131	7%	1712	87%
andere Institution: Spital, Psychiatrie, Gefängnis, ...	StA	19	24%	17	21%	44	55%
	FOS	197	10%	253	13%	1521	77%
ohne feste Unterkunft	StA	7	9%	10	13%	63	79%
	FOS	160	8%	233	12%	1578	80%

Tabelle A4.2-3 Arbeitsintegration: Anzahl Arbeitstage im Jahr vor Eintritt [E3.2]

	START AGAIN		FOS	
0 Tage	40	51%	803	41%
0 - 60 Tage (bzw. bis 3 Monate)	6	8%	234	12%
61 - 120 Tage (bzw. ab 3 bis 6 Monate)	8	10%	305	16%
121 - 180 Tage (bzw. ab 6 bis 9 Monate)	16	21%	263	14%
181 - 240 Tage (bzw. ab 9 bis 12 Monate)	8	10%	339	17%

Tabelle A4.2-4 Lebensunterhalt im Jahr vor Eintritt [E5.2]

		ganze bzw. meiste Zeit		zeitweise		nie	
Arbeitslohn aus Hauptberuf	StA	16	20%	10	13%	54	68%
	FOS	632	32%	352	18%	978	50%
Familie, Taschengeld	StA	8	10%	8	10%	64	80%
	FOS	169	9%	379	19%	1414	72%
Ersparnisse	StA	4	5%	5	6%	71	89%
	FOS	37	2%	149	8%	1776	91%
Bankkredite	StA	0	0%	0	0%	80	100%
	FOS	26	1%	125	6%	1811	92%
AHV/IV-Rente	StA	2	3%	0	0%	78	98%
	FOS	71	4%	13	1%	1878	96%
Sozialhilfe, Fürsorge	StA	18	23%	7	9%	55	69%
	FOS	435	22%	296	15%	1231	63%
Arbeitslosenunterstützung	StA	6	8%	12	15%	62	78%
	FOS	159	8%	288	15%	1515	77%
illegale Einkünfte (inkl. Dealen)	StA	8	10%	12	15%	60	75%
	FOS	591	30%	482	25%	889	45%

Tabelle A4.2-5 Schulden bei Eintritt [E5.3]

	START AGAIN		FOS	
keine	19	24%	452	22%
bis Fr. 5'000.-	14	18%	423	21%
Fr. 5'000.- bis Fr. 30'000.-	24	30%	695	34%
Fr. 30'000.- bis Fr. 75'000.-	15	19%	235	12%
über Fr. 75'000.-	7	9%	82	4%
weiss nicht/keine Antwort	1	1%	149	7%
Anzahl Fälle (N)	80		2036	

A4.3 Strukturelle Ressourcen und Defizite

Tabelle A4.3-1 Schulbildung (höchste abgeschlossene Schulstufe) [E4.1]

	START AGAIN		FOS	
Hilfs-, Sonderschule	2	3%	49	3%
Primar-, Oberschule	14	18%	411	21%
Realschule	30	38%	695	36%
Sekundar-/Bezirksschule	28	36%	671	35%
Mittelschule/Gymnasium	4	5%	95	5%

Tabelle A4.3-2 Berufsausbildung (Lehre/Studium) [E4.2, E4.3]

	START AGAIN		FOS	
keine	6	8%	198	10%
abgebrochen	28	36%	541	29%
abgeschlossen	41	53%	1116	59%
in Ausbildung	2	3%	34	2%

Tabelle A4.3-3 Soziale Herkunft (berufliche Stellung des Vaters oder Vaterersatzes) [E6.12]

	START AGAIN		FOS	
un-/angelernter Arbeiter	5	7%	287	16%
Facharbeiter mit Berufslehre, Verkäufer	15	22%	458	26%
unterer Angestellter/Beamte, Kleingewerbler	19	28%	530	30%
mittlerer/höherer Angestellter/Beamte	14	21%	266	15%
Freiberufler, Unternehmer, Manager, Chefbeamte	14	21%	244	14%

Tabelle A4.3-4 Eltern getrennt oder Elternteil verstorben (vor dem 16. Altersjahr der Klientin/des Klienten) [E6.1, E6.4]

bis zum 16. Altersjahr der Klientin/des Klienten	START AGAIN		FOS	
Eltern verheiratet/in Konkubinat	47	63%	1201	65%
Eltern getrennt/geschieden	28	37%	659	35%
beide Eltern leben	66	87%	1728	90%
ein Elternteil oder beide Eltern gestorben	10	13%	182	10%

Tabelle A4.3-5 Belastungen in der Herkunftsfamilie [E6.22]

Probleme mit	START AGAIN		FOS	
Alkohol	ja	32 40%	775 41%	
	nein	48 60%	1125 59%	
schwerer Depression	ja	19 24%	637 34%	
	nein	61 76%	1250 66%	
Gewalt	ja	15 19%	436 23%	
	nein	65 81%	1434 77%	

A4.4 Soziales Netz

Tabelle A4.4-1 "Gute und vertrauensvolle" Beziehungen in der Familie [E6.81]

bisher "gute und vertrauensvolle" Beziehung zu		fast immer/meiste Zeit		zeitweise		selten/nie		Anzahl Fälle (N)
Vater/Vaterersatz	StA	37	51%	10	14%	25	35%	72
	FOS	670	38%	388	22%	701	40%	1759
Mutter/Mutterersatz	StA	53	68%	11	14%	14	18%	78
	FOS	1132	61%	378	20%	348	19%	1858
Bruder/Brüdern	StA	29	55%	9	17%	15	28%	53
	FOS	599	51%	246	21%	333	28%	1178
Schwester/Schwestern	StA	35	69%	9	18%	7	14%	51
	FOS	681	58%	240	20%	262	22%	1183

Tabelle A4.4-2 Partnerschaft und Kinder bei Eintritt [E7.1]

	START AGAIN		FOS	
alleinstehend	42	55%	1136	60%
zeitweilige "Beziehungen"	3	4%	77	4%
feste/r Partner/in	31	41%	675	36%
Kinder:				
ja/unterwegs	10	13%	365	19%
keine	70	88%	1576	81%

A4.5 Drogenkonsum und Drogenerfahrungen

Tabelle A4.5-1 Drogenkonsumgewohnheiten im Jahr vor Eintritt [E9.1]

		(fast) täglich		(1-3)-mal pro Woche		selten/nie	
Alkohol	StA	14	18%	24	31%	39	51%
	FOS	526	29%	418	23%	862	48%
Cannabis (Marihuana, Haschisch)	StA	14	18%	15	19%	51	64%
	FOS	508	26%	436	22%	1006	52%
Heroin	StA	48	60%	10	13%	22	28%
	FOS	1231	63%	262	13%	466	24%
Kokain	StA	26	33%	21	26%	33	41%
	FOS	558	29%	480	25%	883	46%
Cocktails (Heroin + Kokain + ...)	StA	12	15%	17	21%	51	64%
	FOS	434	22%	379	20%	1125	58%
Nikotin	StA	78	97%	0	0%	2	3%
	FOS	1883	97%	2	0.1%	57	3%

Tabelle A4.5-2 Mehrere Drogen am gleichen Tag (Polytoxikomanie) [1995: E9.6, 1996 & 97: E9.4]

	START AGAIN		FOS	
immer/meistens	41	53%	1173	61%
gelegentlich/nur selten	24	31%	594	31%
nie	12	16%	163	8%

Tabelle A4.5-3 Einstiegsalter (erstmalig regelmäßiger täglicher Drogenkonsum) [1995: E9.8, 1996 & 97: E9.6]

		unter 15 J.		15 bis 17 J.		18 bis 20 J.		über 20 J.		Anzahl Fälle (N)
Alkohol	StA	4	11%	11	31%	8	23%	12	34%	35
	FOS	173	18%	355	37%	223	23%	202	21%	953
Cannabis (Marihuana, Haschisch)	StA	18	30%	30	50%	7	12%	5	8%	60
	FOS	456	29%	767	49%	236	15%	98	6%	1557
Heroin	StA	2	3%	20	27%	26	35%	27	36%	75
	FOS	60	3%	436	24%	600	33%	710	39%	1806
Kokain	StA	0	0%	13	21%	24	38%	26	41%	63
	FOS	22	2%	229	18%	417	33%	600	47%	1268

A4.6 Somatische und psychische Gesundheit

Tabelle A4.6-1 HIV und Hepatitis C [E10.4, E10.7.2]

	START AGAIN		FOS	
HIV-Test:				
negativ	64	91%	1656	95%
positiv	6	9%	73	4%
möchte nicht antworten		0%	6	0.3%
Hepatitis C (FOS-Daten von 1996 & 97):				
nein	41	75%	943	71%
ja	14	25%	388	29%

Tabelle A4.6-2 Behandlung wegen psychischer Probleme [E10.9]

in Behandlung gewesen?	START AGAIN		FOS	
nein	62	78%	1415	73%
ja ambulant	11	14%	374	19%
ja stationär	6	8%	162	8%

Tabelle A4.6-3 Suizidversuche [E10.11]

	START AGAIN		FOS	
vor Suchtbeginn (einer/mehrere)	8	10%	248	13%
nach Suchtbeginn (einer/mehrere)	25	31%	621	32%
Anzahl befragte Personen (N)	80		1927	

A4.7 Institutionserfahrungen und Justizkontakte

Tabelle A4.7-1 Anzahl frühere Behandlungsbeginne [E11.1]

(FOS-Daten von 1996 & 97)		1		2 bis 4		5 bis 10		über 10		keine angegeben	
freiwillige ambulante Entzugsbehandlung/en	StA	4	8%	9	17%	2	4%	0	0%	37	71%
	FOS	155	11%	156	11%	77	5%	15	1%	1066	73%
freiwillige stationäre Entzugsbehandlung/en	StA	10	19%	20	38%	4	8%	0	0%	18	35%
	FOS	308	21%	456	31%	136	9%	22	1%	547	37%
unfreiwillige stationäre Entzugsbehandlung/en	StA	8	15%	2	4%	1	2%	0	0%	41	79%
	FOS	157	11%	93	6%	36	2%	5	0.3%	1178	80%
Substitutionsbehandlung/en	StA	19	37%	12	23%	0	0%	1	2%	20	38%
	FOS	493	34%	273	19%	22	1%	3	0.2%	678	46%
ambulante Suchttherapie/n	StA	12	23%	4	8%	1	2%	0	0%	35	67%
	FOS	357	24%	114	8%	27	2%	7	0.5%	964	66%
stationäre Suchttherapie/n	StA	12	23%	8	15%	1	2%	0	0%	31	60%
	FOS	307	21%	178	12%	7	0%	0	0%	977	67%

Tabelle A4.7-2 Anzahl frühere reguläre Behandlungsabschlüsse [E11.1]

(FOS-Daten von 1996 & 97)		1		2 bis 4		5 bis 10		über 10		keine angegeben	
freiwillige ambulante Entzugsbehandlung/en	StA	3	6%	7	13%	0	0%	0	0%	42	81%
	FOS	109	7%	77	5%	30	2%	3	0.2%	1250	85%
freiwillige stationäre Entzugsbehandlung/en	StA	13	25%	19	37%	0	0%	0	0%	20	38%
	FOS	375	26%	355	24%	48	3%	5	0.3%	686	47%
unfreiwillige stationäre Entzugsbehandlung/en	StA	8	15%	3	6%	0	0%	0	0%	41	79%
	FOS	148	10%	74	5%	14	1%	3	0.2%	1230	84%
Substitutionsbehandlung/en	StA	12	23%	3	6%	0	0%	0	0%	37	71%
	FOS	354	24%	92	6%	5	0.3%	2	0.1%	1016	69%
ambulante Suchttherapie/n	StA	5	10%	1	2%	0	0%	0	0%	46	88%
	FOS	213	14%	30	2%	3	0.2%	0	0%	1223	83%
stationäre Suchttherapie/n	StA	9	17%	7	13%	0	0%	0	0%	36	69%
	FOS	169	12%	29	2%	0	0%	0	0%	1271	87%

Tabelle A4.7-3 Gerichtliche Verurteilungen vor und nach Suchtbeginn [E12.1]

		ja, verurteilt		nein, nie verurteilt	
vor Suchtbeginn	StA	26	33%	54	68%
	FOS	623	33%	1252	67%
nach Suchtbeginn	StA	65	81%	15	19%
	FOS	1358	72%	539	28%

Tabelle A4.7-4 Hängiges Verfahren bei Eintritt [E12.3]

	START AGAIN		FOS	
nein	44	55%	1307	68%
ja	36	45%	629	32%

Tabelle A4.7-5 Anzahl Aufenthalte in U-Haft und Gefängnis vor und nach Suchtbeginn [E12.5]

(FOS-Daten von 1996 & 97)		1-mal		(2-5)-mal		(6-10)-mal		mehr als 10-mal		keine	
U-Haft vor Suchtbeginn	StA	5	10%	1	2%	0	0%	0	0%	45	88%
	FOS	134	10%	52	4%	8	0.6%	4	0.3%	1146	85%
Gefängnis vor Suchtbeginn	StA	1	2%	0	0%	0	0%	0	0%	50	98%
	FOS	64	5%	16	1%	4	0.3%	0	0%	1255	94%
U-Haft nach Suchtbeginn	StA	13	25%	22	42%	5	10%	0	0%	12	23%
	FOS	329	24%	376	28%	85	6%	31	2%	535	39%
Gefängnis nach Suchtbeginn	StA	12	23%	5	10%	0	0%	0	0%	35	67%
	FOS	221	17%	153	11%	19	1%	9	0.7%	934	70%

A4.8 Mögliche Motivationsgründe für den Ausstieg aus der Drogenabhängigkeit

Tabelle A4.8-1 Motivation [E15]

		stimmt sicher nicht		stimmt eher nicht		stimmt etwas		stimmt		weiss nicht	
Sehnsucht nach sinnvollem Leben	StA	1	1%	1	1%	6	8%	70	88%	2	3%
	FOS	21	1%	25	1%	190	10%	1642	87%	20	1%
will bewusst leben	StA	1	1%	1	1%	10	13%	66	83%	2	3%
	FOS	25	1%	36	2%	256	13%	1568	82%	16	1%
Drogen lösen keine Probleme	StA	1	1%	2	3%	13	17%	59	76%	3	4%
	FOS	59	3%	68	4%	279	15%	1465	77%	28	1%
Abscheu vor der Abhängigkeit	StA	7	9%	6	8%	22	28%	43	54%	2	3%
	FOS	154	8%	159	8%	478	25%	1051	55%	55	3%
Ablehnung des Szenenmilieus	StA	6	8%	14	18%	17	22%	39	49%	3	4%
	FOS	204	11%	286	15%	494	26%	862	46%	48	3%
am Nullpunkt des Lebens angelangt	StA	10	13%	16	20%	16	20%	37	46%	1	1%
	FOS	232	12%	269	14%	533	28%	831	44%	31	2%
brauche Opiat/Drogen nicht mehr	StA	10	13%	8	10%	16	20%	38	48%	7	9%
	FOS	330	18%	228	12%	371	20%	809	43%	138	7%
Angst vor körperlichen Schäden	StA	9	11%	11	14%	17	21%	41	51%	2	3%
	FOS	269	14%	367	19%	499	26%	736	39%	30	2%
Angst vor psychischen Schäden	StA	9	11%	15	19%	21	26%	34	43%	1	1%
	FOS	340	18%	418	22%	465	24%	640	34%	39	2%
Angst vor Schwierigkeiten in Beruf/Schule	StA	26	33%	13	16%	23	29%	17	21%	1	1%
	FOS	673	36%	250	13%	458	24%	464	25%	44	2%
kenne Kolleg/inn/en, die vom Gift weggekommen sind	StA	36	45%	15	19%	14	18%	13	16%	2	3%
	FOS	759	40%	342	18%	408	22%	335	18%	49	3%
kein Geld, kein Stoff	StA	35	44%	15	19%	10	13%	17	22%	2	3%
	FOS	840	44%	340	18%	330	17%	360	19%	21	1%
den Eltern zuliebe	StA	45	56%	7	9%	17	21%	10	13%	1	1%
	FOS	918	48%	262	14%	459	24%	236	12%	21	1%
Angst vor Gerichtsverfahren oder Polizei	StA	35	44%	12	15%	16	20%	14	18%	2	3%
	FOS	936	49%	258	14%	409	22%	267	14%	23	1%
Drängen der Eltern	StA	50	63%	12	15%	11	14%	6	8%	1	1%
	FOS	1041	55%	332	18%	360	19%	142	7%	21	1%
Schockerlebnis bei Überdosis von Freunden	StA	50	63%	15	19%	5	6%	7	9%	2	3%
	FOS	1081	57%	291	15%	264	14%	197	10%	50	3%
Therapeutische Massnahme statt Strafe (z.B. Gefängnis)	StA	25	48%	2	4%	9	17%	13	25%	3	6%
	FOS	798	60%	58	4%	145	11%	305	23%	26	2%
Partner/in zuliebe	StA	47	62%	7	9%	15	20%	4	5%	3	4%
	FOS	1180	64%	169	9%	244	13%	205	11%	37	2%
Rückfall nach unfreiwilligem Entzug vermeiden	StA	40	51%	6	8%	6	8%	26	33%	1	1%
	FOS	1212	65%	115	6%	161	9%	338	18%	34	2%
Drängen von Partner/in	StA	50	66%	9	12%	11	14%	4	5%	2	3%
	FOS	1227	67%	196	11%	248	14%	124	7%	42	2%
Auseinandersetzung mit HIV-Problematik	StA	36	69%	6	12%	2	4%	6	12%	2	4%
	FOS	911	68%	176	13%	142	11%	82	6%	27	2%
habe religiöse Erfahrung gemacht	StA	59	75%	10	13%	7	9%	1	1%	2	3%
	FOS	1351	72%	162	9%	152	8%	183	10%	39	2%
Anderes	StA	5	16%	1	3%	1	3%	12	38%	13	41%
	FOS	182	23%	8	1%	21	3%	302	39%	266	34%

A5 Vertiefungsteil und Anhang zur Konzept- und Betriebsgeschichte von *START AGAIN*

A5.1 Chronologie der Konzept- und Betriebsgeschichte von *START AGAIN* zwischen April 1992 und September 1998

A5.1.1 Einleitung

Die Konzeptentwicklung und die Betriebsentwicklung einer Organisation spielen sich strukturlogisch zwar auf zwei verschiedenen Ebenen ab. Diese zwei Ebenen beeinflussen sich wechselseitig aber oft sehr stark. Daher ist es aufschlussreich beide Entwicklungsstränge parallel darzustellen, denn die entstehende "doppelte Beschreibung" der Organisationsentwicklung lässt gewissermassen eine sinnstrukturelle Tiefenwahrnehmung zu, analog zur Tiefenwahrnehmung, die im Zusammenwirken zweier Augen beim binokularen Sehen entsteht. Dieser Effekt doppelter Beschreibungen, dessen allgemeine erkenntnislogische Bedeutung BATESON (1995⁴) wiederholt unterstrichen hat, trifft insbesondere im Fall der Entwicklung von *START AGAIN* zu, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen mögen.

Der besseren Übersicht halber werden im Folgenden Ausführungen zur betrieblichen und organisatorisch-administrativen Entwicklung der Einrichtung in einer anderen Schrift gesetzt als Ausführungen zur Entwicklung des therapeutischen und sozialarbeiterischen Konzeptes sowie der alltagspraktischen Umsetzung dieses Konzeptes. Die Ausführungen zu Letzterem werden zudem etwas eingerückt gesetzt.

Stichworte zu Beginn der einzelnen Einträge mögen der Leserin oder dem Leser die Möglichkeit geben, sich überblicksweise zu orientieren und so zu entscheiden, wo sie oder er tiefer in die vielschichtige und bewegte Geschichte der Einrichtung eintauchen möchte.¹

¹ Als **Quellen** für die nachfolgenden Ausführungen sind zu nennen: Konzepte und Kurzkonzepte von *START AGAIN* von April 1992, Mai 1993, März 1995, April 1996 und September 1998; Jahresberichte 1993, 1994, 1995, Entwurf 1996 und 1997; Protokolle der Geschäftsleitungs- und Teamsitzungen seit Beginn; Interviews mit den zwei prägendsten Gründungsmitgliedern von *START AGAIN*, dem heutigen Gesamt- bzw. Geschäftsleiter Dr. Gerhard SCHOLZ und dem ehemaligen therapeutischen Bereichsleiter Sergio MANTOVANI; die Dissertation von Gerhard SCHOLZ an der Universität Zürich (1992).

A5.1.2 Die Gründungsphase: April 1992 bis September 1992

Frühling 1992 – Vereinsgründung

Im April 1992 gründen Fachleute aus den verschiedensten Bereichen der Drogenarbeit (von der Überlebenshilfe und dem Entzug über Therapie und Medizin bis hin zur Sozialwissenschaft und Drogenforschung) den eingetragenen, gemeinnützigen, politisch und konfessionell neutralen Verein *START AGAIN* mit dem Ziel, im Raum Zürich eine Drogentherapieeinrichtung zu realisieren. Dem Patronatskomitee des Vereins gehört unter anderen auch der *Verein Schweizer Drogenfachleute (VSD)* an, wo verschiedene Gründungspersonen von *START AGAIN* Mitglieder sind. [Ab Sommer 1997 wird die Möglichkeit zur Kollektivmitgliedschaft beim VSD bestehen und *START AGAIN* wird dann Kollektivmitglied dieses Vereins werden.]

Vom allgemeinen drogenpolitischen Kontext her fällt die Gründung in die Zeit kurz nach der Schliessung der offenen Drogenszene am Zürcher Platzspitz (5. Februar 1992),² und speziell die zwei Gründungsmitglieder und wesentlichen Gestalter von *START AGAIN*, Gerhard SCHOLZ und Sergio MANTOVANI, sind mit dieser "Szene" sehr vertraut; s. Beginn des Abschnittes 5.1. Allgemein wird angenommen, dass zu dieser Zeit in der Schweiz ca. 500 Langzeittherapieplätzen etwa 1000 Therapiesuchende gegenüberstehen. M.a.W.: Die Nachfrage nach stationären Therapieplätzen ist zur Gründungszeit von *START AGAIN* sehr gross.

Eine erste Orientierung zur **therapeutischen Grundkonzeption von *START AGAIN***, deren wesentliche Züge während der Gründungsphase ausgearbeitet wurden, haben wir in Abschnitt 5.1 skizziert.

Juli 1992 – Betriebsbewilligung

Der Kanton Zürich erteilt *START AGAIN* offiziell die **Betriebsbewilligung**, was bis heute eine Einmaligkeit im weitgehend rechtlich unregulierten Bereich der Suchttherapie zu sein scheint. Die Justizdirektion des Kantons Zürich spricht eine provisorische Anerkennung der Einrichtung aus.

August 1992 – erste Räumlichkeiten in Männedorf

In Männedorf kann an der Glärnischstrasse 157/159 ein seit längerem leerstehendes Doppelmehrfamilienhaus mit zweimal sechs 2- bis 3-Zimmer-Wohnungen gemietet werden.

A5.1.3 Betriebsphase I: Oktober 1992 bis Dezember 1993. Aufbau des Therapieprogramms (Phasen I, II, III und Nachsorge)

Oktober 1992 – Eröffnung: Aufbau stationäres Intensivprogramm

Am 1. Oktober 1992 wird das stationäre Intensivprogramm der **Drogentherapiestation *START AGAIN*** mit einem Klienten und 6 Mitarbeiter/innen eröffnet. Es folgt ein schrittweiser Aufbau der Klientel und des Personals. Zur Entwicklung der Anzahl Klient/innen und der Stellenprozente zwischen Oktober 1992 und März 1998 s. Abb. 5.2.2-1.

Die ersten Klient/innen beteiligen sich stark an der schrittweisen Gestaltung und Einrichtung der verschiedenen Räumlichkeiten des Intensivprogramms: gute Rahmenbedingungen für **Alltag als Therapie**.

² Vgl. B. KRAUSHAAR und E. LIEBERHERR, *Drogenland in Mafiahand* (Werd, Zürich, 1996).

November 1992 – Nutzungsänderung, Aufnahmeverfahren, Kostenträger

Gemäss Beschluss der Gemeinde Männedorf muss für die Doppelliegenschaft Glärnischstrasse 157/159 eine **Nutzungsänderung** als Drogentherapiestation eingegeben werden.

Das **Aufnahmeverfahren** für Klient/inn/en wird wie folgt festgelegt: Voraussetzung ist die körperliche Entgiftung (Entzug), das Einreichen eines Lebenslaufs und ein Vorstellungsgespräch. Danach wird der Aufnahmeentscheid im Team gefällt, und der Eintritt erfolgt nach schriftlich geregelter Kostengutsprache.

Die **Kostenträger** der zwei wichtigsten Klient/inn/en Gruppen von *START AGAIN* sind (1) für Massnahmeklient/inn/en, die typischerweise im Sinne eines Aufschubs des Strafvollzugs unter Anordnung einer "stationären/ambulanten suchtspezifischen Massnahme gemäss Art. 44 Ziff. 1 u. 6 des StGBs" in die Einrichtung eintreten, die jeweilige kantonale Justizdirektion, (2) für freiwillig Eintretende typischerweise das jeweilige Fürsorgeamt des Wohnorts des/der Klienten/in.

Januar/Februar 1993 – Finanzlage im ersten Betriebshalbjahr, Wissenschaft

Gegen den Besitzer der Liegenschaft Glärnischstrasse 157/159 wird der Konkurs eröffnet, die Liegenschaft wird wahrscheinlich zur Versteigerung kommen. Das zuständige Konkursamt ist erst nach längeren Verhandlungen bereit den Hausteil 159 (für Phase II) an *START AGAIN* zu vermieten. Mittelfristig wäre *START AGAIN* an einem Kauf der Liegenschaft interessiert. Abklärungen von Finanzierungsmöglichkeiten laufen, ausserdem wird nach anderen Liegenschaften Ausschau gehalten.

Nach erfolglosen Versuchen genügend Privatbürgschaften für einen Betriebskredit über 200'000 Fr. durch eine Bank zu finden, beruhigt sich die seit Beginn **angespannte Finanzlage** erstmals dank einem privaten Darlehen von 100'000 Fr., rückzahlbar bis Mitte 1994.

Neben Taggeldeinnahmen, die typischerweise ein bis zwei Monate verzögert eingehen, basiert die **Finanzierung von *START AGAIN* im ersten Betriebshalbjahr** vor allem auf einmaligen Startbeiträgen durchs Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Migros und die ev.-ref. Landeskirche in der Gesamthöhe von 130'000 Fr., auf 52'500 Fr. Privat- und Wirtschaftsspenden, einem Privatdarlehen über 65'000 Fr. und auf einem Bankkredit von 50'000 Fr.

Die angespannte Finanzlage führt dazu, dass seit Anfang 1993 nicht mehr am ursprünglichen Ideal von maximal so viel Justiz- wie Fürsorgeklient/inn/en festgehalten wird, und der Anteil an Justizklient/inn/en, für deren Rehabilitation mehr Bedarf besteht und deren Kostengutsprachen leichter zu regeln sind, zu überwiegen beginnt; s. Abb. 4.1.2-1.

Im Rahmen seiner Geldmittelbeschaffung nimmt *START AGAIN* auch mit dem Bundesamt für Justiz (BAJ) Kontakt auf. Dieses schlägt zwar Subventionen für den Betrieb der Einrichtung aus, lässt aber die Möglichkeit von Beiträgen an eine **wissenschaftliche Evaluation** der Einrichtung offen.

An dieser Stelle bemerken wir, dass sich *START AGAIN* seit seinem Beginn gemeinsam mit 12 weiteren Drogentherapieeinrichtungen am privaten *Forschungsverbund therapeutischer Gemeinschaften*, koordiniert durch die Stelle für Forschung und Dokumentation (Fodok) des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, beteiligt. [Dieser Forschungsverbund wird ab 1995 zum *Forschungsverbund stationärer Suchttherapie (FOS)* mit Sitz am Institut für Suchtforschung (ISF) in Zürich heranwachsen. Seine Aufgabe wird eine "flächendeckende Evaluation stationärer suchttherapeutischer Einrichtungen in der Schweiz sein."] *START AGAIN* steht dieser Forschung wegen ihrer lediglich statistischen, d.h. empirisch generalisierenden Orientierung kritisch gegenüber und wünscht sich mehr einrichtungsspezifik- und therapieprozess-orientierte Untersuchungen.

März 1993 – Aufbau Phase II in Männedorf, Klient/inn/en-Wochenenddienste

Ende Februar ist die Phase des stationären Intensivprogramms zum ersten Mal mit 12 Klient/innen voll und die **zweite Phase** des Therapieprogramms (intensiv betreute stationäre Wohngemeinschaften mit Tagesstruktur) wird in Männedorf an der Glärnischstrasse 159 eröffnet.

Ende März 1993 ist der Mitarbeiter/innenbestand auf 15 Personen angewachsen (s. dazu Abb. 5.2.2-1): von 9 therapeutischen Betreuungspersonen sind 4 genesene Süchtige (Bulimie eingeschlossen), hat eine Person eigene Drogenerfahrungen und ein Mitarbeiter ist ein autorisierter *Vipassana*-Meditationslehrer. M.a.W.: Die Hälfte des therapeutischen Personals sind Ex-Users.

Klient/inn/en der zweiten Phase beteiligen sich wiederum an der schrittweisen In-
nengestaltung und -einrichtung der Räumlichkeiten dieser Phase, und sie beginnen **Wochenenddienste** in der ersten Phase zu übernehmen.

April 1993 – Supervision und interne Weiterbildung für Mitarbeiter/innen

Monatliche Veranstaltungen mit dem Soziologen und Supervisor Prof. Bruno HILDENBRAND zum Zwecke der **Gesamtteamsupervision**, der **Weiterbildung** (rekonstruktive Fallanalyse, Genogrammarbeit etc.) und zur Erarbeitung eines *START AGAIN* angepassten **Therapiedokumentationsinstruments** (sog. "Klientenheft") werden etabliert. [Diese regelmässige Veranstaltungsreihe wird bis Juni 1994 dauern.]

Mai/Juni 1993 – Aufbau Phase III in Zürich

Anfang Juni wird ein kleines Einfamilienhaus als erste stationäre Aussenwohngemeinschaft der **Phase III** in der Stadt Zürich von 2 Klienten bezogen. Bis Ende Jahr kommen 4 weitere Wohnungen dazu. [Bis Sommer 1997 wird es für *START AGAIN* eine ununterbrochene Aufgabe sein, Wohneinheiten für Phase III über den freien Wohnungsmarkt sicherzustellen. Im Folgenden werden wir dies nicht immer wieder erwähnen.]

August/September 1993 – Supervision, Anstellungsbedingungen

Nach verschiedenen Versuchen der internen Regelung der **Teamsupervision** wird eine regelmässige externe Supervision der Phasenteams I und II beschlossen.

Weiter steht jedem/jeder Mitarbeiter/in pro Jahr ein bezahlter 10-tägiger **Vipassana-Meditationskurs** zu. Letzteres zum Zwecke des systematischen Etablierens dieses Elementes im Erfahrungsraum des Personals und darüber in der therapeutischen Alltagspraxis der Einrichtung.

Grosszügige Anstellungsbedingungen reflektieren sich auch im Anrecht auf **fachspezifische Fort- und Weiterbildung** von maximal 5 Arbeitstagen und 500 Fr. pro Jahr.

Oktober 1993 – Nutzungsänderung, Aufbau Ambulatorium in Zürich

Der Bauausschuss Männedorf erteilt die Baubewilligung zur **Nutzungsänderung** der Liegenschaft Glärnischstrasse 157/159. [Nach 6 Rekursen und entsprechender Vernehmlassung wird die Angelegenheit Anfang Dezember 1993 geregelt sein.] D.h., die ersten zwei Phasen von *START AGAIN* können weiterhin in Männedorf bleiben.

An der Mühlebachstrasse 72 in Zürich wird ein **Ambulatorium** (d.h. die Zentrale der Phase III, der Sitz des Sozialdienstes und einer ambulanten Nachsorge) eröffnet. Schrittweise zieht auch die Administration und die Gesamtleitung von Männedorf nach Zürich. – In der Einrichtung besteht seit Beginn ein ausgeprägter Drang, sich mit der Therapie in die Alltagswirklichkeit der Stadt Zürich hineinzubegeben, damit Klient/inn/en in der unmittelbaren Konfrontation mit den Möglichkeiten und Gefahren der Stadt lernen können eben damit umzugehen.

November 1993 – Tag der offenen Tür in Männedorf

Tag der offenen Tür an der Glärnischstrasse 157/159 für Vertreter/innen der Sozial-, Fürsorge-, Jugend- und Justizbehörde, von Kliniken und Entzugsstationen und für Geldgeber.

Noch vor Jahresfrist von Anwohnern vehement geäusserte Befürchtungen, in ihrem Wohnquartier bald "Zustände wie im Zürcher Stadtkreis 5" zu haben, scheinen ob der einjährigen Erfahrung mit der Einrichtung der Einsicht gewichen zu sein, dass Drogentherapiestation und Drogenszene nicht das gleiche sind.

Ende 1993 – Betriebsrechnung 1992/93, dreiphasiges Therapieprogramm mit Bezugspersonensystem etabliert

Die sich in Therapie befindende Anzahl Klient/inn/en ist stetig auf 33 Personen angewachsen, und der Mitarbeiter/innenbestand liegt bei 20 Personen, die sich 1'400 Stellenprozente teilen; s. Abb. 5.2.2-1.

Die **Betriebsrechnung 1992/93** ist ausgeglichen. Der Aufwand von etwa 2.74 Mio. Fr. (im Wesentlichen Personal-, Raum- und Klient/inn/enaufenthaltskosten) wird gedeckt durch Taggeld-einnahmen (340 Fr. pro Tag in Phasen I und II, 190 Fr. pro Tag in Phase III), Spenden und die Startbeiträge. Es wird ein Gewinn von 4'400 Fr. erwirtschaftet.

Ende 1993 kann grob als derjenige Zeitpunkt angesehen werden, bis zu dem sich schrittweise eine **konkrete alltagspraktische Übersetzung der therapeutischen Grundkonzeption von *START AGAIN*** im Rahmen eines dreiphasigen Stufenmodells mit Bezugspersonensystem herausgebildet hat. Die drei Stufen sind: *3 Monate stationäres Intensivprogramm und 3 Monate stationäre Wohngemeinschaft mit Tagesstruktur bei intensiver sozialrehabilitativer Betreuung, je in Männedorf, und 6 Monate Aussenwohngemeinschaft in Zürich in Kombination mit Therapie im Ambulatorium.* Die konkrete Übersetzung ist dabei als Resultat eines ständigen Voraus- und Rückschauens während der Aufbauarbeit der drei Phasen sowie der Nachsorge zu sehen und stand nicht von vornherein fest.

Zusammenfassende Ausführungen zur Grundlogik der drei Phasen finden sich in Unterabs. 5.2.2.

A5.1.4 Betriebsphase II: Januar 1994 bis März 1995. Erste Konsolidierung therapeutischer und organisatorisch-administrativer Prozesse

Februar 1994 – wissenschaftliche Evaluation (Fallstudie)

Einreichen eines Gesuchs um Beiträge an die **wissenschaftliche Evaluation (Fallstudie)** von *START AGAIN* als "neuartigem und innovativem Drogenrehabilitationsprojekt" beim Bundesamt für Justiz (Sektion Straf- und Massnahmenvollzug).

März 1994 – Versuchsphase Motivations- bzw. Übergangshaus

Während einem guten Monat läuft eine Versuchsphase mit einem **Motivations- bzw. Übergangshaus**.

Grobkonzept Motivations- bzw. Übergangshaus: Grundsätzlich sollen Drogen- und z.T. exzessive Alkoholkonsumrückfälle therapeutisch als Vorfälle, die zum Genesungsprozess gehören, gesehen werden. Im Allgemeinen soll versucht werden, sie als Chance zur Klärung des Standorts und der weiteren Ziele des/der Klienten/in zu nutzen.

In der gut einmonatigen Versuchsphase werden 4 rückfällige Klient/inn/en zwischen 1 bis 2 Wochen während 24 Stunden pro Tag durch einen Ex-Klienten und durch 6 Klienten der Phase III unter der Supervision von einem/einer Betreuer/in der Phase III begleitet. Zusätzlich finden mehrere Einzelgespräche mit der jeweiligen Bezugsperson im Motivationshaus und im Ambulatorium statt.

April 1994 – BSV-Subventionsgesuch, Einführung des "Klientenheftes"

Nach wiederholt aufgeschobenen Anläufen seit Einrichtungsbeginn wird mit Hilfe einer externen Fachperson angestrebt beim **Bundesamt für Sozialversicherung (BSV)** ein Antrag für Bau- und Betriebsbeiträge einzureichen. [Der definitive Antrag wird Ende März 1995 eingereicht werden.]

Das **Therapiedokumentationsinstrument "Klientenheft"** wird nach einer halbjährigen Konzeptionalisierungszeit für jede/n Klientin/en definitiv eingeführt. Die Federführung liegt bei der jeweiligen Bezugsperson bzw. bei ihrer Vertretung.

Juli 1994 – Finanzierung der Nachsorge

Nach ersten gehäuften regulären Austritten in den letzten drei Monaten (5 Durchläufer/innen) stellt sich für *START AGAIN* die Frage der Finanzierung ihrer "Wegbegleitung" im Rahmen des **Nachsorgeangebots**. [Trotz verschiedenster Vorstösse wird *START AGAIN* für diese Dienstleistung bis Ende 1997 keine adäquaten Entschädigungen seitens der öffentlichen Hand erhalten. Ab Februar 1998 wird die Nachsorge extern und auf privater Basis durch zwei ehemalige Mitarbeiter von *START AGAIN*, die Familien- und Paartherapeuten sind, Sergio MANTOVANI und Marianne BAUMANN, angeboten werden.]

August 1994 – betriebliche Re- und Neuorganisation

Neuorganisation des **organisatorisch-administrativen Rahmens und der Leitungsstruktur**: Für den Einrichtungsteil in Männedorf (Glärnischstrasse 157/159) werden die Funktionen einer Bereichsleitung und einer organisatorischen Leitung sowie von je einem Teamverantwortlichen für Phasen I und II eingeführt. Für die gesamte Einrichtung werden die Funktionen der Gesamtleitung, der Leitung Wiedereingliederung und Nachsorge, der Leitung des Finanz- und Personalwesens sowie eines wissenschaftlichen Mitarbeiters neu definiert; für das entsprechende Organigramm s. Unterabs. A5.2.3 unten.

Oktober 1994 – Interesse an der Liegenschaft BERNER, Restaurantprojekt

Das Schweizerische ArbeiterInnenhilfswerk (SAH) fragt *START AGAIN* an, ob Interesse am Kauf des Wohn- und Geschäftshauses mit Restaurant an der Ecke Steinwiesstrasse/Minervastrasse in Zürich-Hottingen, der sog. **Liegenschaft BERNER**, bestünde.

Eine ursprüngliche Idee *START AGAIN*s, nämlich der **Betrieb eines eigenen Bistros oder Restaurants**, wird wegen zwei konkreten Räumlichkeitsangeboten (Bistro Rüdenplatz und Liegenschaft BERNER) wieder aktuell.

Mit einem **Restaurantprojekt** würden sich für *START AGAIN* mehrere Möglichkeiten verbinden: Erstens könnte dadurch ein Ort der Begegnung zwischen Klientel und der anwohnenden Quartierbevölkerung entstehen, wodurch einer Isolation des Klinikalltags von der "Normalgesellschaft" entgegengewirkt werden könnte: *Nicht Ausgrenzung aus, sondern Integration in die Gesellschaft ist START AGAINs Ziel, da es Drogensucht nur als die Spitze des Eisbergs eines gesamtgesellschaftlichen Problems sieht, jenem von Süchtigkeit*; s. Abschnitt 7.3. Zweitens böte es einen Ort des *socializing* für die Klientel und besonders für die Ex-Klientel, der helfen könnte ein Abwandern ins wenig rehabilitationsfördernde Milieu "alter Freunde" zu verhindern. Schliesslich entstünde ein Ort, wo für ein Teil der Klientel über ei-

ne qualifizierte Ausbildung eine berufliche Reintegrationsmöglichkeiten geschaffen werden könnte.

November 1994 – kantonale Subventionsberechtigung

Die **Direktion der Fürsorge des Kantons Zürich** teilt *START AGAIN* mit, dass es "im Sinne von § 7 des Gesetzes über die Beitragsleistung des Staates für Altersheime sowie Heime, Eingliederungsstätten und Werkstätten für Invalide als beitragsberechtigt anerkannt" wird. [Im November 1997 wird zum ersten Mal ein Betriebsbeitrag von 50'000 Fr. für die Jahre 1995 und 1996 ausbezahlt und die Beitragsberechtigung bis Ende Dezember 1999 verlängert werden.]

Dezember 1994 – Neuregelung der Phase III und der Nachsorge, Betriebsrechnung 1994

Nachdem im 4. Quartal 1994 gleich drei neue Stellen geschaffen wurden, um dem notorischen Personalmangel in der Einrichtung zu begegnen, wird die **Personalorganisation für Phase III und die Nachsorge** neu geregelt:

Für jede Aussenwohngemeinschaft der Phase III ist neu eine Betreuungsperson zuständig. Die Klient/inn/en einer Wohnung werden auf zwei Bezugspersonen aufgeteilt, die nach Austritt auch für die Nachsorge zuständig sein werden.

Die **Betriebsrechnung 1994** weist einen Gewinn von 7'900 Fr. aus: Der Aufwand von etwa 3.52 Mio. Fr. wird fast vollständig gedeckt durch die Taggeldeinnahmen. Für 1995 wird eine Trendwende erwartet wegen den erfolgten notwendigen Personalaufstockungen und den hohen Mietkosten. Kantonale und Bundessubventionen müssen voraussichtlich beansprucht werden.

Januar 1995 – Taggeldneuregelung, allgemeine Reflexion zu suchtrehabilitatorischem Arbeiten

Der **Taggeldansatz** wird im Sinne einer Mischrechnung neu für alle Phasen bei 265 Fr. festgelegt. Damit wird eine seit Einrichtungsbeginn andauernde Diskussion über marktkonforme Taggeldansätze einerseits und betriebswirtschaftlich begründete Minimalforderungen andererseits vorläufig abgeschlossen.

Im reflexiven Rahmen einer Retraite konzeptionalisiert *START AGAIN* **suchtrehabilitatorisches Arbeiten** allgemein in der Form von sechs graduellen Teilschritten: 1. Sicherung des Überlebens, 2. Sicherung eines möglichst gesunden Überlebens, 3. Reduzierung der Drogen- und Alkoholkonsumexzesse, 4. Verlängerung der drogenfreien Zeiten, 5. dauerhafte Abstinenz, 6. Lebensbewältigung und -gestaltung in Zufriedenheit und Autonomie.

Februar 1995 – Lettenschliessung

Das bedeutende drogenpolitische "Grossereignis" dieses Monats (13. Februar 1995) ist die behördliche Schliessung der offenen Drogenszene am Zürcher Letten.³

März 1995 – Konzeptüberarbeitung: Stärkung der systemischen Perspektive

Der **Geschäftsausschuss** von *START AGAIN* wird neu strukturiert mit dem Ziel einer klareren Trennung von Therapie- und Konzeptbelangen einerseits und von Verwaltungs- und Betriebsbelangen andererseits.

Ein überarbeitetes Konzept geht in den Druck. Alle ursprünglichen Grundelemente bleiben erhalten mit der Ausnahme, dass *Ex-Addict-Counseling* gegenüber **Beratung durch Professionelle** in den Hintergrund tritt und nicht mehr explizit erwähnt wird. Des Weiteren werden ausser der Orientierung an den Leitlinien der

³ Siehe KRAUSHAAR und LIEBERHERR (1996).

Anonymen Narkotiker (NA) und das Einbinden der *ānāpāna-sati*-Übung bzw. der *vipassanā*-Meditation die restlichen Grundelemente konzeptionell integrierter als **systemische Drogensuchttherapie (Einzel, Gruppe und Alltag)** dargestellt, wofür insbesondere das Meilener Konzept professionellen therapeutischen Wissens und Handelns, des **Fallverstehens in der Begegnung**⁴ zentral ist. Dieses Konzept fließt wesentlich über die Gesamtteamweiterbildung und -supervision durch Bruno HILDENBRAND ein und auch dadurch, dass der Gesamtleiter von *START AGAIN* eine Weiterbildung am Ausbildungsinstitut für systemische Therapie in Meilen bei Zürich abgeschlossen hat bzw. eine zweite Leitungsperson sich dort in Ausbildung befindet. Es überrascht von daher auch nicht, dass im überarbeiteten Konzept das Angebot **systemischer Familien- und Paartherapie** ab der zweiten Phase unterstrichen wird, ein Angebot von dem jedoch bereits die ersten Klient/inn/en von *START AGAIN* Gebrauch machen konnten, auch wenn es in der ersten Konzeptversion nicht explizit aufgeführt war.

A5.1.5 Betriebsphase III: April 1995 bis März 1996. Erwerb und Umbau der Liegenschaft BERNER, Expansionsversuch und Professionalisierungsanstrengungen

April 1995 – Kauf der Liegenschaft BERNER, Umbaukonzept

Das SAH gibt die Pläne für ein durch die ZAGJP betriebenes niedrighschwelliges Gassenhotel für Drogenabhängige in der Liegenschaft BERNER nach heftigem Widerstand aus der Nachbarschaft und einem langwierigen Rechtsstreit auf.

Am 1. April 1995 erwirbt der Verein *START AGAIN* vom SAH die **Liegenschaft BERNER** für 3.7 Mio. Fr., beflügelt einerseits durch die sich eröffnenden therapeutischen und betriebsorganisatorischen Perspektiven, andererseits durch den therapeutischen und betrieblichen Erfolg seit Bestehen. Der Verein lädt Presse und Nachbarschaft zu einem Informationsapéro über Konzept und Arbeit von *START AGAIN* sowie zu den Umbauplänen ein. Die voraussichtlichen Umbaukosten werden mit 2.7 Mio. Fr. veranschlagt. Die Gesamtfinanzierung soll auf Hypotheken und Bankkrediten, BSV-Subventionen (für deren definitive Zusage gemäss vorangehenden Abklärungen der Kauf Voraussetzung ist), Rückstellungen und Spenden (voraussichtlich insbesondere durch eine kapitalstarke private Stiftung) basieren. Der Umbau soll Ende 1995 abgeschlossen sein.

Der Umbau wird so konzipiert, dass Räumlichkeiten entstehen für die gesamte Administration, für das Ambulatorium (die Zentrale der Phase III, den Sozialdienst und die Nachsorge), für die Meditation sowie für die Erweiterung des Therapieangebots von *START AGAIN* durch ein **Frauenprojekt**, das auf die spezifische Rehabilitation von etwa 8 Frauen ausgelegt wird. Ausserdem ist eine zu vermietende Privatwohnung und ein öffentliches vegetarisches Restaurant geplant.

Das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement verfügt, eine dreijährige **Fallstudie** des "innovativen Modellversuchs" *START AGAIN* mit einem Beitrag von maximal 303'000 Fr. zu subventionieren. [Die Studie wird im Juni 1995 beginnen und dreieinhalb Jahre dauern.]

Therapeutisch wird festgelegt, dass die Teilnahme an **internationalen Conventions der NA** am Ende der Phase I bzw. in Phase II stattfinden soll, und zwar mit dem Einverständnis der jeweiligen Bezugsperson. Seit Beginn von *START AGAIN* besuchen etwa zweimal jährlich Klient/inn/en solche NA-Grossanlässe, wo sich

⁴ Siehe R. WELTER-ENDERLIN und B. HILDENBRAND, *Systemische Therapie als Begegnung* (Klett-Cotta, Stuttgart, 1996) und Abschnitt 6.1 der vorliegenden Studie.

bis zu mehrere hundert (manchmal tausend) Süchtige, die abstinent (*clean*) sind, treffen. Sinn und Zweck dieser Veranstaltungen ist es, die Klient/inn/en in ihrem Entscheid, *clean* zu leben, zu motivieren und zu festigen.

Mai 1995 – Zusage von BSV-Beiträgen

Das Bundesamt für Sozialversicherung (BSV) erteilt schriftlich die **Zusage von Betriebs- und Baubeiträgen** für den Fall, dass die jährliche Betriebsrechnung mit einem Defizit schliesst.

Nach verschiedenen Versuchen seit Winter 1994 ein eigenes oder ein mit anderen Einrichtungen gemeinsames **Motivations- bzw. Übergangshaus** zu realisieren, wird diese Idee vorläufig aufgegeben und die Aufmerksamkeit richtet sich auf das **Frauenprojekt** im BERNER.

Klienten mit handwerklichem Vermögen erhalten die Möglichkeit, an den Vorbereitungsarbeiten zum Umbau des BERNERS für einen Stundenlohn von 15 Fr. mitzuarbeiten. [Diese Möglichkeit wird den Klient/inn/en von *START AGAIN* auch später während dem eigentlichen Umbau offenstehen.]

Juni 1995 – Liquiditätsengpass, Professionalisierung im therapeutischen Bereich, Anpassungen im NA-Bereiche

Im Sommer 1995 ist ein **Liquiditätsengpass** von ca. 0.5 Mio. Fr. zu überbrücken.

Im Hinblick auf eine verstärkte **Professionalisierung des therapeutischen Personals** beschliesst der Geschäftsausschuss zukünftig als Betreuer/innen nur noch Personen einzustellen, die entweder bereits eine angemessene Grundausbildung haben oder eine definitive Zusage für eine solche aufweisen.

Betrachten wir die beruflichen Qualifikationen aller bis Juni 1995 eingestellten Betreuer/innen, so zeigt sich, dass diese Personalpolitik bereits seit der zweiten Hälfte 1994 betrieben wird; s. auch die Anmerkungen unter März 1995. Das Profil des Betreuungspersonals sieht im Juni 1995 wie folgt aus: Von 15 Betreuer/inne/n sind 4 genesene Süchtige, haben 3 eigene Erfahrung mit Drogen (Alkohol eingeschlossen) und 8 sind Professionelle ohne direkte eigene Suchterfahrung.

Diese Anstellungspraxis stellt eine klare **Abkehr von der ursprünglich verfolgten Idee des Ex-Addict-Counseling** dar; vgl. die Anmerkungen unter März 1993. Als wesentliche Gründe für diese Abkehr haben wir folgende Punkte rekonstruiert: (1) Die Spezifik des soziokulturellen Kontextes von Zürich mit seinen beispielsweise starken individualistischen und privatistischen Grundtendenzen führt dazu, dass die Bewegung der NA und AA im Raum Zürich noch jung und relativ wenig verwurzelt ist verglichen mit Australien, dem angloamerikanischen Raum oder etwa Deutschland. (Diese Tatsache scheint allgemein für die ganze Deutschschweiz zuzutreffen). (2) Der von den Betreuer/inne/n zu leistende Umgang mit Justiz- und Fürsorgebehörden ist anspruchsvoll und für Ex-Users tendenziell überfordernd. (3) Auf der Interaktionsebene besteht eine Nähe-Distanz-Problematik: Da für den Ex-User das Distanzhalten wegen Mangel an theoretischem Wissen und wenig fallrekonstruktiv-analytischer Kompetenz oft schwierig ist, kompensiert er oder sie in der Begegnung, was die Gefahr mit sich bringt, dass er oder sie sich zum/zur Verbündeten der Klient/inn/en macht und sich so den Spielraum für therapeutisches Intervenieren verstellt; s. Abschnitt 8.1.

Die obligatorische Teilnahme an **externen NA-Meetings** und an entsprechenden internen Meetings, genannt **Autonome Suchtgruppen**, die zur Entlastung externer NA-Meetings durchgeführt werden, wird in Phase I von 5 auf 4 und in Phase II von 4 auf 3 gesenkt. Weiter beginnen Klient/inn/en der Phase III *START AGAIN*-interne Meetings in der Phase I zu "sponsoren", d.h. ihre persönlichen Erfahrungen im Rahmen von NA-Meetings mit Mitklient/inn/en zu teilen.

Juli 1995 – Konzept Frauenprojekt BERNER

Ein **Konzeptentwurf** fürs geplante Frauenprojekt im BERNER (Teil Minervastrasse) liegt vor: Grundsätzlich sollen eigene Wohn- und z.T. Therapieräumlichkeiten für Frauen (im BERNER) und Männer (in Männedorf und Zürich) "beiden Geschlechtern eine grössere Intimsphäre und mehr Möglichkeiten zu geschlechter-spezifischem Arbeiten" schaffen. Verglichen mit Männern scheint es Frauen insbesondere schwerer zu fallen, sich in Gruppen solidarisch zu finden. Geplant werden kleine Gruppen von maximal 4 Frauen pro Phase, und zu Beginn sollen nur Frauen als Betreuungspersonen im Frauenprojekt arbeiten. Eine Vernetzung mit anderen frauenspezifischen Drogentherapieeinrichtungen soll angestrebt werden.

August 1995 – Baubewilligung, zu geringe Eigenmittel, sinkende Klient/inn/enzahl

Die am 30. Juni 1995 durch die Bausektion des Stadtrates von Zürich erteilte "**Baubewilligung unter Auflagen**" für den Umbau und eine teilweise Zweckänderung der Liegenschaft BERNER wird rechtskräftig, da keine Rekurse eingegangen sind. Der definitive Kostenvoranschlag für den Umbau liegt mit 3.5 Mio. Fr. um rund 0.8 Mio. über der ersten Kostenschätzung. Hauptgrund sind vor allem notwendige Mehraufwendungen im Bereich Haustechnik.

In einem kritischen Schreiben der Direktion der Fürsorge des Kantons Zürich Anfang August wird auf einen Formfehler bei der Eingabe des BSV-Beitragsgesuchs hingewiesen. In der Folge erweist sich dieser Formfehler jedoch als vermeintlicher, fürs BSV ist vor allem wichtig, dass ein Bedürfnisnachweis für Drogenrehabilitationseinrichtungen durch die kantonale Fürsorgedirektion vorliegt. Im Zusammenhang mit dieser Auseinandersetzung weist die Zürcher Fürsorge auf **geringe Eigenmittel** seitens des Vereins *START AGAIN* hin.

Die totale Klient/inn/enzahl sinkt im 3. Quartal 1995 auf 26 ab; s. Abb. 5.2.2-1. Die **Bewerbungs- und Eintrittsstatistik** der Monate Juni und Juli 1995 zeigt: Bei jeweils 12 bzw. 7 Bewerbungen kommt es zu 4 bzw. 6 Vorstellungsgesprächen, denen 2 bzw. 4 Therapiezusagen folgen, die schliesslich zu 1 bzw. 3 Eintritten führen. *START AGAIN* reagiert auf diese Situation mit gesteigerter Aufmerksamkeit auf den ganzen Bewerbungsablauf und aktiver Pflege der Kontakte zu Entzugseinrichtungen, Fürsorge- und Justizämtern.

September 1995 – Mittelbeschaffung und Baufinanzierung, Yoga-Intensivworkshop, ein Fall von Suizid

Anstrengungen zur **Geldmittelbeschaffung** (Liquidität, Eigenmittel und Umbau) führen zu einem Privatdarlehen von 0.5 Mio. Fr. und zur Zusage eines zinslosen, mittelfristig zu amortisierenden Darlehens über 1 Mio. Fr. durch die bereits oben angesprochene private Stiftung; s. April 1995.

Die **vorgesehene Finanzierung** von Kauf und Umbau der Liegenschaft BERNER (7.2 Mio. Fr.) sieht damit wie folgt aus: Bankhypothek und -baukredit: 4.8 Mio. Fr.; BSV-Subventionen: 1.4 Mio. Fr.; und privates Stiftungsdarlehen: 1 Mio. Fr. Die Zusagen des BSV-Beitrags und des privaten Stiftungsdarlehens basieren dabei unter anderem auf der Hauptbedingung, dass die Finanzierung des Projektes vollumfänglich gesichert sei; d.h., es besteht eine wechselseitige Verknüpfung dieser beiden Zusagen.

Einem externen Fachmann wird ein systematischer **Finanzcontrolling-Auftrag** erteilt.

Während zwei Tagen findet für alle Klient/inn/en und Mitarbeiter/innen ein **Yoga-Intensivworkshop** mit einem international bekannten Iyenga-Yogalehrer aus Indien, Rev. Fr. Joe PEREIRA, statt. Die Klientel erhält damit neben den wöchentlichen Stunden in Phase I und II eine zusätzliche Einführung in die Praxis von Yoga.

Ende Monat begeht ein Klient von *START AGAIN* aus der Phase III einen minutiös vorbereiteten **Suizid**. Trotz bekannter, grosser, im therapeutischen Prozess mehrfach thematischer Suizidalität dieses Klienten kommt sein Tod überraschend und bewirkt grosse Betroffenheit innerhalb der Einrichtung. Die engsten Angehörigen des Klienten und der Gesamtleiter von *START AGAIN* gehen gemeinsam ein wichtiges Stück auf dem Weg der Trauerarbeit, da sich zuvor im Rahmen mehrerer familientherapeutischer Sitzungen ein tragendes Vertrauensverhältnis gebildet hat.

Oktober 1995 – veränderte Berechnungsgrundlage für BSV-Beiträge

Nach einem Besuch der Liegenschaft BERNER durch das **BSV** und die Direktion der Fürsorge des Kantons Zürich teilt das BSV *START AGAIN* mit, dass die Berechnungsgrundlage für Baubeiträge geändert wurden. Der zugesicherte Beitrag von 1.4 Mio. Fr. reduziert sich dadurch auf etwa 0.85 Mio. Fr. und die Auszahlung wird an das Vermieten der geplanten Privatwohnung und des Erdgeschosses gebunden.

Unglücklicherweise wird ein verfasstes Orientierungsschreiben an die private Stiftung mit Informationen zur neuen BSV-Situation von der zuständigen Person in *START AGAIN* nicht abgeschickt. [Dieses folgenschwere Versäumnis wird erst im Februar/März 1996 langsam bemerkt werden.]

November 1995 – Baubeginn, Professionalisierung der Betriebs- und Vereinsführung von *START AGAIN*

Nach längerem Warten auf eine rechtskräftige schriftliche Zusicherung der BSV-Bausubvention wird nach telephonischer Zusicherung schliesslich entschieden, mit dem Umbau zu beginnen, da weitere Verzögerungen wegen der Bauwinterpause und anwachsenden Kapitalzinsen problematisch würden. Der Einzug wird auf Ende März 1996 geplant.

START AGAIN entscheidet sich während einem Jahr die Dienste einer **Berater- und Service-Gruppe für Verbände und Nonprofit-Organisationen (B'VM)** im Rahmen von zwei Projekten in Anspruch zu nehmen: (1) Neuorganisation des Bereichs Administration, (2) Begleitung zur Entwicklung von ergänzenden Führungsinstrumenten.

Dezember 1995 – eine unter vielen Überraschungen, ein Fall von Überdosis

Das Amt für Straf- und Massnahmenvollzug Zürich teilt ohne Vorankündigung mit, dass ab Januar 1996 nur noch Taggelder von 250 Fr. inkl. Taschengeld bezahlt werden, dies gegenüber einer Pauschale von 265 Fr. zuzüglich eines Taschengeldes von 7 Fr. pro Tag bis anhin. [Dieser Senkungsentscheid wird sich im Januar 1996 als nicht in ihrer Kompetenz stehend erweisen. Die Verrechnung läuft jedoch nach den neuen Richtlinien bis die Situation im Rahmen eines Antrages an den Regierungsrat Zürich definitiv geklärt sein wird.]

Mitte Dezember verstirbt eine Klientin kurz vor Austritt in ihrer Aussenwohnung an einer **Überdosis** an Opiatdrogen und Kokain, wie das Rechtsmedizinische Institut der Universität Zürich feststellt.

Dieser Todesfall bewirkt, speziell vor dem Hintergrund des Suizidfalls drei Monate zuvor, auf allen Ebenen von *START AGAIN* (Leitung, Team und Klientel) intensive Prozesse der kritischen Konzept-, Team- sowie Selbstreflexion. In der Rekonstruktion zeigt sich, dass die beteiligten Personen und die Einrichtung als Ganze aus dem Bewältigungsprozess dieser Krisen tendenziell gereift und gestärkt hervorgehen, und zwar mit einer Reife und Stärke, die gewachsen ist im Spannungsfeld zwischen angemessener aber nicht selbstzerfleischender Selbstkritik und be-

wusst vergegenwärtigtem, nüchternem Selbstwert sowohl auf institutioneller wie auch auf persönlicher Ebene;⁵ s. auch die Bemerkungen in Unterabs. 9.1.3.

Januar 1996 – nach längerer Zeit wieder Aufnahme von Frauen

Nach sieben Monaten, während denen unter Verweis auf das geplante Frauenprojekt keine Frauen aufgenommen wurden, wird wieder eine Frau aufgenommen, und im nächsten Monat folgt der Eintritt einer weiteren Klientin.

Zwei ehemalige Klienten von *START AGAIN* beginnen regelmässig **Nachwachendienste** in Männedorf zu übernehmen.

Februar 1996 – Senken der Altersgrenze für Frauen

Die Altersgrenze für Frauen wird auf 16 Jahre gesenkt; für Männer bleibt sie wie bis anhin bei 18 Jahren.

März 1996 – Sistieren des Frauenprojekts und Verlegung der Phase II nach Zürich ins BERNER

Definitive Verfügung des **BSV** für einen Baubeitrag von 0.85 Mio. Fr. trifft ein. Bei Rücksprache mit der privaten Stiftung wird das Versäumnis des "nicht abgeschickten Briefes" klar; s. Oktober 1995. Die Stiftung zieht in der Folge ihr Angebot langsam zurück und macht hinsichtlich einer allfälligen späteren Zusage Auflagen bezüglich der Organisation von *START AGAIN*. Die Finanzierung des Projektes **BERNER** muss neu angegangen werden.

Das Privatdarlehen von 0.5 Mio. Fr. (s. September 1995) wird auf Ende April 1996 wegen Eigenbedarfs gekündigt. [Nach Verhandlungen werden 350'000 Fr. stehen bleiben.]

START AGAIN entscheidet sich, aus mangelnder Nachfrage bei einem momentanen Überangebot an stationären Drogentherapieplätzen und damit zu grossem betriebswirtschaftlichem Risiko das **Frauenprojekt im BERNER zu sistieren** und dafür die **Phase II von Männedorf** (Glärnischstrasse 159) **nach Zürich** ins **BERNER** zu verlegen.

Damit nehmen betriebswirtschaftliche Überlegungen zum ersten Mal in *START AGAINS* Geschichte einen unmittelbaren und starken Einfluss auf das Therapiebetreiben: Die Rahmenbedingungen für das therapeutische Arbeiten in Phase II, das auf Suchtaufarbeitung und Autonomieentwicklung bei gleichzeitiger Rückzugsmöglichkeit in einen geschützten Rahmen hin konzipiert ist, sind im Kontext der multikulturellen Stadt Zürich mit ihrem vielfältigen Kultur- und Sportangebot einerseits und grossen "Zerstreuungspotenzial" andererseits fraglos wesentlich anders als im integrierten, ländlichen Milieu der Gemeinde Männedorf.

⁵ Verschiedene, in diesem Reflexionszusammenhang erhobene Daten (Klient/inn/enaussagen, eine Gesamtteamretraite, Team- und Leitungssitzungen) sind im Rahmen dieser Studie analysiert worden. Die Analysen können hier jedoch nicht in ihrer Ausführlichkeit wiedergegeben werden, sie fliessen jedoch ein in die Bewertung des Status professionellen Handelns in *START AGAIN* in Abschnitt 8.1.

Des Weiteren liegt eine ausgearbeitete Monographie zum Fall dieser Klientin vor, die ihres Umfangs wegen jedoch nicht in dieser Studie wiedergegeben werden kann. Mindestens die Sequenzanalyse des Bewerbungsbrieves dieser Klientin, die wir Johanna genannt haben, kann jedoch im Jahresbericht 1995 von *START AGAIN* nachgelesen werden. Als Kernbestand der Fallstruktur von Johanna hat sich eine ausgeprägte **Doppellebensproblematik** erwiesen. D.h., Johanna hat in verschiedenen lebenspraktischen Handlungszusammenhängen (z.B. als Klientin, als Mutter, als Prostituierte etc.) scharf getrennte Denk- und Handlungsmuster gelebt. Ihre schwierige Doppellebensproblematik ist mit ein Grund, warum die Therapie in *START AGAIN* nicht zum Erfolg führte und Johanna an einer Überdosis verstarb.

A5.1.6 Betriebsphase IV: April 1996 bis März 1997. Bezug BERNER, Finanzkrise, Krisenmanagement und Restrukturierung

April 1996 – Umzug von Administration und Ambulatorium, Namensänderung, erster Therapiequereinstieg

Die Administration, das Ambulatorium und die Forschung ziehen von der Mühlebachstrasse 72 in die neuen Räumlichkeiten im BERNER an der Steinwiesstrasse 24 um.

START AGAIN bezeichnet sich neu als **Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige**.

Mit der neuen Namensgebung wird das professionelle Arbeiten im dialektischen Spannungsfeld (d.h. im Feld eines stets *gleichzeitigen Sowohl-als-auchs*) zwischen dem Besonderen der *Drogenabhängigkeit* und dem Allgemeinen von Sucht, der ihr zu Grunde liegenden *Süchtigkeit*, explizite als Programm und als sozialrehabilitatorisch-therapeutisches Selbstverständnis markiert.

Erster **Quereinstieg** ins Therapieprogramm von *START AGAIN* durch eine Zürcher Massnahmeklientin. Die Einrichtung öffnet damit ihr Therapieangebot bei entsprechender fallspezifischer Indikation.

Mai 1996 – Verzahnung mit anderen Organisationen, Yoga-Intensivworkshop

START AGAIN wird ordentliches Mitglied der *Interessengemeinschaft Private Drogenhilfe (IGPD)*, ein Ausdruck davon, dass sich die Einrichtung vermehrt mit anderen Einrichtungen verzahnen und in **gemeinsame Lobbyingarbeit** (z.B. bezüglich Therapiefinanzierung) einsteigen will.

START AGAIN wird wegen seiner Erfahrung mit *Vipassana*-Meditation und Drogensucht angefragt, ob es bei der Durchführung des ersten 10-tägigen *Vipassana*-Kurses in einem Gefängnis ausserhalb Indiens, der im Juli 1996 in **Taiwan** stattfinden wird, mitarbeiten könnte, da alle dortigen Insassen ehemalige Drogenkonsumenten wären. [Als BAJ-Studienverantwortlicher von *START AGAIN* werde ich am Kurs teilnehmen.⁶]

Während drei Tagen findet der zweite **Yoga-Intensivworkshop** mit dem indischen Iyenga-Yogalehrer Rev. Fr. Joe PEREIRA statt.

Juni 1996 – Umzug Phase II nach Zürich

Der Umbau BERNER verläuft im Allgemeinen reibungslos und termingerecht. Die für ihn budgetierten 3.5 Mio. Fr. sind mittlerweile aber ausgeschöpft ohne Ausbau des Erdgeschosses, für das bis anhin trotz vielen Interessenten noch kein definitiver Mieter gefunden werden konnte.

Ende Juni 1996 zieht die gesamte **Phase II** von Männedorf (Glärnischstrasse 159) in den Miervastrassenteil der Liegenschaft BERNER um.

Die Räumlichkeiten der **Phase I** an der Glärnischstrasse 157 in Männedorf werden *START AGAIN* durch die zuständige Konkursverwaltung auf Ende September 1996 gekündigt, da sie zur Versteigerung gelangen soll. Nach Verhandlungen kann *START AGAIN* die Liegenschaft erneut bis Ende Juni 1997 mieten.

⁶ Ein ausführlicher Bericht liegt in U.M. STUDER, *Vipassana, Professional Therapy and Science*, Ms. (*START AGAIN*, Zürich, 1997) vor.

Juli 1996 – Finanzlage spitzt sich zu, Neuorganisation der Administration

Da vorläufig weder der BSV-Baubeitrag noch das private Stiftungsdarlehen realisiert werden konnten, ist die Finanzlage von *START AGAIN* äusserst angespannt. Es werden bereits seit einiger Zeit mögliche Darlehensgeber angefragt und über Zeitungsinserte werden Investoren gesucht. Es wird eine professionelle *fund-raising*-Struktur aufgebaut.

Die Julilöhne müssen gestaffelt bezahlt werden je nach Debitoreneingängen und als allgemeine Strategie gilt: **Sicherung des Therapiebetriebs vor Baubezahlung.**

Die **Neuorganisation der Administration** im Rahmen der B'VM-Begleitung führt dazu, dass eine Stelle "Zentrale Dienste" eingeführt und ab Juli 1996 neu besetzt wird. Weiter wird unter anderem eine Finanzkommission eingesetzt und die Geschäftsleitung neu strukturiert, mit klarer Zweiteilung in einen therapeutischen und einen allgemeinen, betrieblichen Teil; für das entsprechende Organigramm s. Unterabs. A5.2.4 unten.

August 1996 – Finanzkrise, Nachrevision 1995, erste interne Schulstunden

Wegen der ungeklärten Finanzlage und einem mittlerweile auf 6 Mio. Fr. angewachsenen Engagement der Bank geht bankseitig die Zuständigkeit von der entsprechenden regionalen Zweigstelle an den Hauptsitz über. Dieser vermittelt *START AGAIN* Ende August ein **Krisenmanagement** durch versierte Unternehmensberater. Bis Ende September 1996 muss entschieden sein, wie es weiter geht. Die Löhne werden weiterhin gestaffelt ausbezahlt und Weiterbildungsbeiträge werden vorläufig keine ausbezahlt.

Wegen verschiedenen Ungereimtheiten muss die Buchhaltung für 1995 und das laufende Jahr bereinigt werden. Resultat einer **Nachrevision für 1995** ist eine korrigierte Betriebsrechnung, die bei einem Aufwand von 3.74 Mio. Fr. und Einnahmen von 3.03 Mio. Fr. ein Betriebsdefizit von 0.70 Mio. Fr. aufweist. Zudem muss eine Wertberichtigung der Liegenschaft *BERNER* von 0.89 Mio. Fr. vorgenommen werden. [Nach Gesuchseingabe ans BSV im November 1996 wird das Betriebsdefizit von 1995 gemäss Revision im Mai 1997 vom BSV vollständig übernommen werden. Eine Akontozahlung von 240'000 Fr. wird bereits im September 1996 geleistet.]

Die Stimmung unter den Mitarbeiter/inne/n und Klient/inn/en ist gedrückt. Die Frage "**Wie weiter?**" ist allgegenwärtig.

Die Klient/inn/en der Phase III können ab August 1996 an regelmässigen, individuell abgestimmten **Schulstunden** teilnehmen. Sie werden intern von einer Lehrerin des *Vereins Volksschulergängung (VVE)* durchgeführt. *START AGAIN* gehört diesem Verein seit November 1995 an. Seine Mitglieder sind öffentliche und private Drogenrehabilitationseinrichtungen des Kantons Zürich.

September 1996 – erste Schritte aus der Krise

Nach kritischer Würdigung der momentanen Lage von *START AGAIN* durch die eingesetzten Unternehmensberater (**Stärken:** allgemeine fachliche Kompetenz und Erfolg im Therapiebetreiben; kooperatives und persönlich engagiertes Führungsteam; Zusicherung öffentlicher Gelder etc.; **Schwächen:** Liegenschaft *BERNER*; bisherige kaufmännische Leitung und Buchhaltung; Mängel in Organisation, Führung und Kontrolle; z.T. "Schöngestaltung" unter den Mitarbeiter/inne/n; Verluste und Liquidität etc.; und **Marktrisiken bzw. Umwelt:** eher sinkende Klientenzahlen; sinkende Tagespauschalen und Subventionen wegen der öffentlichen Verschuldung; Bauhandwerker; Darlehensgeber etc.) wird folgende Lösungsvariante erarbeitet: Die fehlenden 1.2 Mio. Fr. an die Gestehungskosten der Liegenschaft *BERNER* sollen durch den BSV-Baubeitrag von 850'000 Fr. und durch ein weiteres zinsgünstiges privates Darlehen von 350'000 Fr. realisiert werden. Diese Variante wird auch den Gläubigerfirmen unterbreitet mit Zusicherung auf sofortige Information bei ausserordentlichen Ereignissen.

Die Justizdirektion des Kantons Zürich fragt *START AGAIN* an, ob der Aufbau eines **Arbeitsexternates** möglich wäre: einerseits ein Ausdruck von guter Zusammenarbeit, andererseits ein Hinweis auf die Tendenz der kanton-zürcherischen Justiz bei Drogendelinquenten vermehrt (intensiv-)ambulante Massnahmen anzuordnen.

Oktober 1996 – definitive Vermietung Erdgeschoss BERNER, interne Mitarbeiter/innen-Schulung, neue Rahmung der systemischen Familien- und Paartherapie

Nach langer Odyssee (seit Mai 1995) durch einen weiten Möglichkeitsraum von Nutzungsvarianten und entsprechenden Rahmenbedingungen für das Erdgeschoss (als Restaurant, Bistro oder Take-Away (5 Interessenten), als Arztpraxis, Galerie, Internet-Café, Lebensmittelgeschäft, Architekturbüro, Velogeschäft, bzw. als spezielle Rehabilitations- oder Freizeiteinrichtung) ist die Vermietung und der Ausbau schliesslich geregelt. Der eine Teil der Räumlichkeiten geht an das vom Quartierverein Hottingen und vom Gewerbeverein Zürichberg unterstützte Projekt **Info-Treff Hottingen des Vereins Hop!Züri** (ein Arbeitsvermittlungsprojekt für Arbeitslose) und der andere Teil geht an die reformierte Kirchengemeinde Hottingen für den **SchülerInnen- und Jugendtreff HillSide**. – Damit ist eine wichtige Bedingung für die Auszahlung des BSV-Baubeitrages erfüllt.

Dem therapeutischen Team von *START AGAIN* werden die Analyseresultate zum Status professionellen Handelns in der Einrichtung dargelegt, die sich auf die Analyse verschiedener Klientenhefte durch HILDENBRAND und STUDER im Rahmen der BAJ-Studie von *START AGAIN* stützen. Dies gibt Anlass zu einer schrittweisen Anpassung und Neugestaltung des Dokumentationsinstrumentes "Klientenheft" im Rahmen einer Reihe von einmal pro Monat stattfindenden **internen Schulungseinheiten** zur Praxis rekonstruktiven Fallverstehens.

Die Rahmenbedingungen für die **systemische Paar- und Familientherapie** werden neu festgelegt – seit Januar 1996 befinden sich insbesondere drei weitere Mitarbeiter/innen in einer systemischen Ausbildung entlang dem Meilener Konzept: Die Bezugsperson eines/einer Klienten/in soll nach Möglichkeit bei den Gesprächen dabei sein und die Aufgabe des Entscheidens, der Kontrolle und der Integration liegt bei der therapeutischen Leitung.

November 1996 – Funktionendiagramme, Übergangsphase zw. Phase I und II

Die Löhne können allen Mitarbeiter/inne/n wieder regelmässig ausbezahlt werden.

Im Rahmen der B'VM-Begleitung erarbeitete, detaillierte **Funktionendiagramme** werden abschliessend bereinigt, womit klarere Strukturen, Kompetenzen- und Verantwortlichkeitsverteilungen erzielt werden sollen – ein weiterer Schritt auf *START AGAIN*s Weg vom **"Familienbetrieb" zur Organisation**.

Eine **Übergangsphase** (ca. 3 Wochen in Männedorf) wird zwischen Phase I (in der Regel 3 Monate in Männedorf) und Phase II (in Zürich) eingefügt. **Grundgedanke:** Das Wochenprogramm der Übergangsphase (Meditations-, NA-, Gruppen-, Yoga-, Ämtli-Zeiten etc.) orientiert sich im Wesentlichen an jenem der Phase I. Fallspezifisch wird jedoch der individuelle Gestaltungsfreiraum (mehr Ausgang und autonome Zeit im Haus, etwas höheres Taschengeld etc.) eines/einer Klienten/in erweitert, was umgekehrt auch mehr Verantwortung und Pflichten (z.B. Sponsoring von internen Autonomen Suchtgruppen, Verbindlichkeiten etc.) mit sich bringt. Den Rahmen, in dem die jeweiligen Erweiterungen bestimmt werden, bilden Aushandlungsprozesse mit der Bezugsperson. Ziel dieser Übergangsphase ist es, das Vermögen, sich und anderen gegenüber Transparenz zu üben, zu reflektieren, zu planen und Vereinbarungen einzuhalten, also der Autonomiesteigerung,

in einem ersten Schritt der Öffnung des institutionellen Rahmens zu vertiefen, um gut auf die Stadt Zürich vorbereitet zu sein.

Dezember 1996 – Einweihung BERNER mit Fachtagung, Betriebsrechnung 1996

Die neuen Räumlichkeiten in der Liegenschaft BERNER werden im Rahmen einer **Fachtagung** zum Thema *Drogentherapiepraxis und Wissenschaft* mit Pressekonferenz und verschiedenen Referaten eingeweiht.

Die **Betriebsrechnung 1996** weist bei einem Aufwand von 4.14 Mio. Fr. und Einnahmen von 2.95 Mio. Fr. ein Betriebsdefizit von 1.19 Mio. Fr. auf. Zudem muss eine zweite Wertberichtigung der Liegenschaft BERNER von 0.51 Mio. Fr. vorgenommen werden.

Januar 1997 – Anpassung allgemeiner Anstellungsbedingungen

Ab Januar 1997 wird im Sinne einer Neurahmung nur noch der erste 10-tägige Vipassana-Meditationskurs von Mitarbeiter/inne/n durch *START AGAIN* bezahlt. Dies geschieht aus ökonomischen und meditationslogischen Gründen. (Die Praxis von *Vipassana* auf Dauer zu stellen, muss ein freiwilliger Entscheid sein.)

Um finanziell den *break-even point* zu erreichen, ist ein allgemeines **Zusammenrücken** angesagt. Stellenprozente werden reduziert und umverteilt.

Für die **Supervision** der Phasenteams steht neu jeder Phase ein eigenes jährliches Globalbudget zur Verfügung (Phase I: 4'000 Fr.; Phase II: 4'500 Fr.; und Phase III: 4'000 Fr.).

März 1997 – erneute Phase rückläufiger Therapienachfrage, "die grosse Aussprache"

Die z.Z. allgemein rückläufige Therapienachfrage im Bereich stationäre (gegenüber ambulanter) Suchttherapie wird auch von *START AGAIN* deutlich erfahren. Im 1. Quartal 1997 sinkt die Klient/inn/enzahl auf 25 ab. Die Rekrutierung von Klient/inn/en wird wieder zu einer hochprioritären Aufgabe. Es werden verschiedene Varianten von Taggeldreduktionen durchgerechnet.

Auf Ende März wurde der gesamten Nachtwache gekündigt, um mit allen neue, ab April gültige Verträge auszuhandeln. Der Kostenspardruck schwingt im Hintergrund unvermeidlich mit.

Während einer Gesamtteamretraite Mitte Monat, die unter dem Titel einer gemeinsamen Standortbestimmung steht, kommt es zu einer "**grossen Aussprache**" zwischen Team und Leitung von *START AGAIN*:

Die Krise des vergangenen Jahres und die Anstrengungen zu ihrer Bewältigung sind am Personal nicht spurlos vorbeigegangen. In einem Retraitenabschnitt, wo alle Team- und Leitungsangehörigen kurz ihre momentane emotionale Befindlichkeit skizzieren, kommt viel Erschöpfung ob einem "Kämpfen an allen Fronten", Ohnmacht, da in *START AGAIN* "alles in permanentem Wandel ist und von der Leitung wenig Klares kommt", Angst vor wiederholter Überforderung, falls "die Leitung [in Zukunft] nicht stärker führt", sowie allgemeine Enttäuschung und Resignation zum Ausdruck. Ein Leitungsmitglied bedauert, dass "ein Projekt, in das man so viel Energie und Freude gesteckt hat, bei anderen zu so viel Leiden führen kann." Der Gesamtleiter von *START AGAIN* fragt sich: "Haben wir die Trauben zu hoch gehängt?" und "Wie lange dürfen Gründungsväter in einer Einrichtung bleiben?" Ein Vertreter des Vereinsvorstandes spricht schliesslich das aus, was die augenblickliche Meinung vieler ist: "Wir haben uns mit dem BERNER überlupft."

Gleichzeitig gibt es auch Stimmen der grossen Verbundenheit mit der Einrichtung, der vorbehaltlosen Identifikation mit ihrer Behandlungslogik und der Gewilltheit "über die Analyse dessen, was war, zu einer gemeinsamen Perspektive zu finden."

Diese Retraite liefert ein eindrückliches Beispiel dafür, wie **Rückblicke** als potenzielle Orte des Lernens im Zentrum von Lebenspraxis und nicht an deren Peripherie anzusiedeln sind, und wie

in gemeinsamem Rückblicken Zukunft geschaffen wird. Im Verlaufe der ReTraite kristallisieren sich drei allgemeine mittelfristige Zielsetzungen für ein "neues" *START AGAIN* heraus:

- (1) Anzustreben ist Konstanz im Wandel, im Sinne von: Die Art und Weise, wie mit Wandel umgegangen wird, soll konstant sein.
- (2) Auf organisatorisch-administrativer wie auf rehabilitativer Ebene sind verbindliche Rahmensetzungen vorzunehmen.
- (3) Ressourcenorientierte Führung verlangt die regelmässige Durchführung von Teil- und Gesamtteamretraiten, ein klares internes Weiterbildungskonzept und eine klare Ausbildungsplanung.

A5.1.7 Betriebsphase V: April 1997 bis August 1998. "Verdauungsphase" BERNER und Neukonzeption von *START AGAIN*

April 1997 – Umzug Phase II zurück nach Männedorf und Phase III ins BERNER, Entscheid zum *down sizing*, neue Taggeldpauschale

Nach dem Aushandeln wesentlich günstigerer Mietbedingungen bis Ende 1998 für die ganze Doppelliegenschaft an der Glärnischstrasse 157/159 in Männedorf zieht die **Phase II** Anfang April 1997 wieder zurück nach Männedorf (Glärnischstrasse 159), und die verschiedenen Wohneinheiten der **Phase III** in der Stadt Zürich werden Schritt für Schritt ins BERNER verlegt.

Die zur Senkung der **Personalkosten** nicht ersetzten Personalabgänge führen dazu, dass ab Mai 1997 mit 1'730 Stellenprozente und zwei Praktikumsstellen wieder mit einem Personalbestand wie gegen Ende 1994 gearbeitet wird; s. Abb. 5.2.2-1.

Des Weiteren beauftragt der mittlerweile wesentlich stärker eingebundene und engagierte Vorstand des Vereins *START AGAIN* für die Dauer von (mindestens) drei Monaten eine **zusätzliche Führungskraft** mit einem 30%-Pensum, um mitzuhelfen, die Finanzierung des Betriebs mittel- und langfristig zu sichern und, wie im Verlaufe des Auftrags beschlossen wird, ein allgemeines *down sizing* umzusetzen.

Unter dem Druck, dass die **Taggeldpauschale** von *START AGAIN* des Öfters von Kostenträgern als zu hoch beurteilt wird, und daher verschiedentlich Interessent/inn/en nicht eintreten konnten, wird beschlossen, ab Mai 1997 die Pauschale für alle Phasen auf 220 Fr. zu reduzieren.

Mai 1997 – Benefizveranstaltung, Yoga-Intensivworkshop, Therapiequalität: Programmierung von regelmässigen internen Mitarbeiter/innen-Schulungen, Anapana-Tagen und themenzentrierten Intensivwochen für die Klientel

Die professionellen *fund-raising*-Aktivitäten seitens von *START AGAIN* finden u.a. ihre Umsetzung in der **Benefizveranstaltung "Zäme Starte"**, die durch den Quartierverein Hottingen unterstützt wird. Läufer- und Skater-Sponsoring sowie Spenden führen zu einem Reinerlös von knapp 27'000 Fr.

Die Klient/inn/en aller drei Phasen nehmen je an einem eintägigen **Iyenga-Yoga Intensivkurs** mit Rev. Fr. Joe PEREIRA teil.

Im Rahmen einer internen Qualitätsanalyse und -reflexion werden die drei Grundpfeiler von *START AGAIN*: NA/Selbsthilfe, Meditation und systemische Familientherapie hinsichtlich ihrer Tiefe und konsequenten Anwendung als z.T. problematisch und untereinander zu wenig kohärent befunden, nicht zuletzt eine Konsequenz der Turbulenzen des vergangenen Krisenjahres. Dieser Situation soll systematisch begegnet werden; s. auch Punkt (3) unter März 1997.

Es wird eine systematische **interne Schulungsreihe für Mitarbeiter/innen** programmiert mit monatlich stattfindenden, halbtägigen Schulungseinheiten, die jeweils in einen Theorie- und einen Praxisblock (Fallbeispiele, Rollenspiele etc.) unterteilt sind. Die ersten Themen dieser Reihe

lauten: Neurobiologie der Drogensucht und Süchtigkeit, Suchttherapie im stationären Rahmen, Sucht und Familie, Rückfall/Vorfall, Widerstand in der Therapie etc.

Für die Klient/inn/en der Phasen I und II wird neu einmal pro Monat ein *Anapana-Tag* (Tag der Praxis der *ānāpāna-sati*-Übung) organisiert – Tage, die zwar seit Beginn von *START AGAIN* immer wieder durchgeführt worden sind, bisher aber nicht auf regelmässiger Basis. Zusätzlich werden regelmässige **themenzentrierte Intensivwochen** für die gesamte Klientel eingeführt.

Juni 1997 – erste BSV-Revision und Konsequenzen, neues NA-Konzept

Erste Revision in *START AGAIN* durch das **BSV**. Das gesamte Betriebsdefizit von 0.70 Mio. Fr. von 1995 wird übernommen.

Um weiterhin (d.h. insbesondere auch rückwirkend für 1996) berechtigt zu sein, BSV-Entschädigungen zu erhalten, muss der Verein *START AGAIN* seine Ziel-und-Zweck-Programmierung dahingehend ändern, dass er die **"Rehabilitation von Behinderten mit Suchtvergangenheit"** ins Zentrum rückt. – Hier wird in exemplarischer Weise deutlich, wie etwa allgemeine gesundheitspolitische Vorgaben und formaljuristische Rahmungen Auswirkungen bis in die therapeutische Alltagspraxis hinein haben, denn: Aus professionalisierungslogischer Sicht ist es notwendig, dass *START AGAIN* eine angemessene Vermittlung zwischen der technokratischen Formel einer Invalidisierung Drogenabhängiger und seiner Grundkonzeption von beschädigter Autonomie findet, da eine solche Vermittlung bzw. Nichtvermittlung über das therapeutische Selbstverständnis direkt in die Begegnungsarbeit mit der Klientel einfließt.

Ende Juni wird ein **neues NA-Konzept** vorgelegt. Es sieht ein vollständiges Ersetzen externen NA-Meetings vor. An ihre Stelle treten pro Woche zwei mit dem Betreuungsteam koordinierte, von Ex-Usern begleitete interne Suchtgruppen (ISG) und ein auch für Auswärtige offenes NA-Institution-Meeting. Die Umsetzung beginnt sobald die Finanzierung geklärt und das notwendige NA-Personal gefunden ist.

Juli 1997 – "Verdauungsphase" BERNER und Beginn einer teilweisen Neukonzeption von *START AGAIN*

Der Vereinsvorstand von *START AGAIN* beauftragt die Geschäftsleitung, entlang den aus der BSV-Revision 1995 des vergangenen Monats und der sinkenden Klient/inn/enzahl abzuleitenden Erkenntnissen, **Änderungen** in der seit Ende 1993 etablierten konkreten Umsetzung der therapeutischen Grundkonzeption von *START AGAIN* vorzunehmen. Die allgemeine Vorlage lautet: "Ziel ist eine betriebswirtschaftlich optimale Nutzung der Liegenschaft BERNER bei Beibehaltung oder nach Möglichkeit Steigerung des Niveaus der therapeutischen Arbeit und der Attraktivität für die Klientel und die Versorger." Als Motto gilt: "Krise (d.h. **"Verdauungsphase" BERNER**) als Chance zum Wandel zu nutzen."

Das BSV drängt alle Einrichtungen im stationären suchtrehabilitativen Bereich, für jede/n Klientin/en einen detaillierten Fragebogen auszufüllen, der erhebliche drogen- und sozialpolitische Konsequenzen haben könnte. *START AGAIN* tut sich mit anderen Einrichtungen zusammen, um über die KOSTE ein **politisches Lobbying** einzuleiten. Die Frage ist: Geht der vielseitig gerühmten Vier-Säulen-Drogenpolitik des Bundes (Prävention, Überlebenshilfe, Therapie und Repression) das Element Therapie und Wiedereingliederung langsam abhanden?

Da Therapiebewerber/innen im Fall der Justiz keine Bewilligung mehr erhalten, das Gefängnis für ein Vorstellungsgespräch zu verlassen, müssen diese Gespräche von nun an im Gefängnis durchgeführt werden. Weiter können sich die Eintritte bei einem "vorzeitigen Massnahmeantritt" in die Länge ziehen, da neu ein zusätzlicher Fachausschuss zwischengeschaltet worden ist.

Während einer Woche besucht ein Banker aus St. Moritz *START AGAIN*. Der Besuch findet im Rahmen des Projektes **SeitenWechsel** der *Schweizerischen Gemeinnützigen Gesellschaft*

statt. Ziel dieses Projektes ist, den Austausch auf Managementebene zwischen Wirtschaftsunternehmen und sozialen Einrichtungen zu fördern.

Als Resultat verschiedener Schwieriger Erfahrungen wird beschlossen, dass zukünftig alle Klient/inn/en, die einen **10-tägigen Vipassana-Kurs** besuchen wollen, vorgängig (im Sinne einer persönlichen Vorbereitung sowie der Datenbereitstellung für den Krisenfall) bereits in *START AGAIN* dessen Eintrittsformulare und einen speziellen Fragebogen (mit biographischen und gesundheitlichen Angaben) ausfüllen müssen. Die Durchführung und Kontrolle obliegt der entsprechenden Bereichsleitung.

August 1997 – Skizze eines neuen Konzeptes, Auflösung aller Aussenwohnungen der Phase III abgeschlossen

Die Grobskizze eines **neuen Betriebs-, Raumnutzungs- und Personalkonzeptes** wird ans BSV nach Bern geschickt. Die grossen Züge dieser Neukonzeption sind folgende:

Einem etwa 6-wöchigen Aufenthalt in einer **Eintrittswohngemeinschaft (EWG) ausserhalb der Stadt Zürich** soll ein etwa einjähriger **Hauptaufenthalt im BERNER in Zürich** folgen. Während dem Aufenthalt in der EWG sollen die Klient/inn/en zur Ruhe kommen und sich auf die vertiefte therapeutische Auseinandersetzung während ihrem Hauptaufenthalt in Zürich vorbereiten können. In Zürich wird *START AGAIN* grundsätzlich **vom Phasenmodell auf ein Modell mit individuellen Therapieplänen** umstellen. Grob bedeutet dies, dass sich die Klient/inn/en in Absprache und mittels gemeinsamer Vereinbarungen mit den Betreuer/inne/n – entlang ihren vollzogenen individuellen Entwicklungsschritten – fallspezifisch allgemeine und besondere Handlungs- und Entfaltungsspielräume öffnen, die rückkoppelnd ihre Prozesse der Selbst- und Eigenständigkeitsentwicklung fördern sollen.

Ein entsprechendes neues Raumnutzungskonzept für beide Teile der Liegenschaft BERNER liegt vor. Es schliesst den Ausbau des Dachstocks im Teil Minervastrasse ein. Viele Detailarbeiten bezüglich einer konkreten alltagspraktischen Umsetzung dieser neuen Orientierung und der weiterhin zentralen therapeutischen Grundelemente von *START AGAIN* (systemische Suchttherapie, NA-Selbsthilfe, Meditation und systemische Familien- und Paartherapie) werden in einer Arbeitsgruppe weiter ausgearbeitet. Die Klient/inn/en werden stetig über den Neugestaltungsprozess informiert und punktuell auch in ihn einbezogen.

Ende August wird die letzte Aussenwohnungen der **Phase III** aufgelöst. Die Klientel der Phase III ist nun vollständig im BERNER untergebracht. Verschiedene Anpassungen in der Raumverteilung zwischen Administration und Klient/inn/enwohnteil sind bereits vorgenommen worden, andere werden in den nächsten zwei Monaten folgen.

Gestützt auf die ersten Erfahrungen mit **Therapiequereinsteiger/inne/n** direkt in die Phase III (s. April 1996) wird beschlossen, dass solche zukünftig zuerst einen Monat in der Phase II weilen sollen, um das Therapiekonzept von *START AGAIN* ausreichend kennenzulernen, und erst dann in die Phase III eintreten.

Es findet die erste **themenzentrierte Intensivwoche** für die Klientel statt. Das Thema ist Gewalt.

September 1997 – Aufbruchstimmung, Neukonzeption der Betriebsleitung

Die Fassade des SchülerInnen- und Jugendtreffs *HillSide* im Erdgeschoss der Liegenschaft Berner wird fertiggestellt. Die Finanzierung erfolgt mit Mitteln aus dem *Fonds für gemeinnützige Zwecke* der Finanzdirektion des Kantons Zürich.

Positive Feedbacks vom Team an die Leitung nach einer Gesamtteamretraite weisen darauf hin, dass der mit der Neukonzeption eingeschlagene Weg allgemein getragen wird. Nach der "kathartischen" Retraite vom März 1997 macht sich nun **Aufbruchstimmung** breit: Es wartet der anspruchsvolle Schritt ins Neuland von Suchtrehabilitation inmitten der Stadt Zürich.

Personelles: Es werden verschiedene Modelle für die Stellenverteilung in der Administration erarbeitet, insbesondere die Stelle der **Betriebsleitung** wird neu konzeptionalisiert und dann ausgeschrieben.

Ein weiterer ehemaliger Klienten von *START AGAIN* tritt in den **Nachwachendienst** in Männedorf ein.

Oktober 1997 – weitere Ausarbeitung des neuen NA-Konzeptes

Die konkrete Umsetzung des neuen NA- und Selbsthilfekonzeptes muss vor dem Hintergrund veränderter Rahmenbedingungen von der vorbereitenden Projektgruppe erneut diskutiert werden bis es zu einer definitiven Entscheidung seitens der Geschäftsleitung kommen kann.

November 1997 – Besichtigung der Liegenschaft BERNER durchs BSV und die Direktion der Fürsorge des Kantons Zürich

Je ein Vertreter des BSV, des Amtes für Bundesbauten, der Direktion der Fürsorge sowie des Hochbauamtes des Kantons Zürich besichtigen die Liegenschaft BERNER, um sich an Ort und Stelle davon zu überzeugen, dass das Anfang August 1997 skizzierte neue Konzept realisierbar ist, und zwar unter der Voraussetzung, dass der Dachstock vom Teil Minervastrasse des BERNERS entsprechend ausgebaut wird und geeignete Räumlichkeiten für die Eintrittswohnge-meinschaft (EWG) gefunden werden. Der Konzeptwechsel ist auf April 1998 geplant und mit ihm wird die Kapazität von *START AGAIN* von bisher ca. 40 auf 32 Plätze reduziert. [Tatsächlich wird der Konzeptwechsel im September 1998 realisiert werden.]

Ein allfällig höherer **BSV-Baubeitrag** kann jedoch erst dann definitiv gesprochen werden, wenn für jede Klientin und jeden Klienten (des Antragsjahres 1996) individuell der Behindertenstatus gemäss Art. 4 des IVG geklärt ist. Bis Weihnachten wird das BSV *START AGAIN* mitteilen, welche Beitragshöhe für den Bau BERNER beim neuen Nutzungskonzept maximal möglich ist. Der definitive Baubeitrag wird dann vom Prozentsatz an Klient/inn/en abhängen, die einen eindeutigen IV-Status haben. Die entsprechenden Arztzeugnisse sind vom Vertrauensarzt von *START AGAIN* beizubringen.

Die **Direktion der Fürsorge des Kantons Zürich** verfügt, dass *START AGAIN* für die Jahre 1995 und 1996 ein Betriebskostenbeitrag von 50'000 Fr. ausgerichtet wird; s. November 1994.

Dezember 1997 – 5-jähriges Betriebsjubiläum, Erfolgsrechnung 1997

Zu Beginn des Monats feiert *START AGAIN* sein 5-jähriges Bestehen mit einem **Jubiläumslunch** im BERNER. Es lädt dazu Vertreterinnen und Vertreter der Fürsorge- und Justizbehörden, Beratungsstellen, Entzugsstationen und der Bank sowie Gönner, Spender und Freunde ein, die in den vergangenen Jahren entweder mit der Einrichtung zusammengearbeitet haben oder diese unterstützt haben. Am Abend feiern Team, Leitung, Klientel, ehemalige Klient/inn/en und Angehörige ein gelungenes Fest, zu dem die Teams und Klientele aller drei Phasen je einen Beitrag leisten, vom Essen bis zur Unterhaltung.

Die **Erfolgsrechnung 1997** weist bei einem Betriebsaufwand von 3.34 Mio. Fr. und bei Betriebseinnahmen von 2.46 Mio. Fr. ein Betriebsdefizit von 0.88 Mio. Fr. aus. Unter Berücksichtigung von einerseits einer weiteren Wertberichtigung der Liegenschaft BERNER von 0.38 Mio. Fr. und andererseits von den Subventionszahlungen durch den Kanton Zürich (pro 1995/96: 50'000 Fr.) und durch das BSV (pro 1995 und pro 1996 (Akonto): 1.07 Mio. Fr.) sowie von verschiedenen Spenden-, Sponsoring- und Mieteinnahmen schliesst die Erfolgsrechnung 1997 mit einem Jahresgewinn von 52'800 Fr.

Die *Seitenwechsel*-Bekanntheit (s. Juli 1997) ermöglicht es zu günstigen Konditionen mit Phase II eine **Sportwoche** im Engadin zu verbringen.

Januar 1998 – ein Teil der "alten Garde" verlässt *START AGAIN*, Neuregelung der Nachsorge

Das Gründungsmitglied Sergio MANTOVANI und die seit Beginn tätige Mitarbeiterin Marianne BAUMANN, die seit August 1994 die Bereichsleitungen in Zürich und Männedorf stellten, verlassen *START AGAIN* am Ende des Monats. MANTOVANI will sich beruflich verändern und BAUMANN wird Mutter.

Beide bleiben *START AGAIN* als Freelances erhalten und realisieren ab März 1998 als ausgebildete Familien- und Paartherapeuten extern ein **Nachsorgeangebot** für ehemalige Klient/inn/en von *START AGAIN*. Mit dieser Lösung besteht für *START AGAIN* das Potenzial, systematisch Feedbacks einzuholen.

Der mehrjährige Mitarbeiter Norbert WOLFF wird als neuer **Gesamtteamleiter** bestimmt.

Februar 1998 – neue Betriebsleitung, Umsetzung neues NA-Konzept

Der **neue Betriebsleiter**, Heiri GUGOLZ, wird eingearbeitet und nimmt schrittweise seine Arbeit auf. Seine Aufgabe höchster Priorität ist die Federführung in der Rekrutierung neuer Klient/inn/en und die Durchführung der Vorstellungsgespräche in den Gefängnissen, diese je gemeinsam mit einer Person aus dem therapeutischen Team. Die ganze Administration wird in Zürich konzentriert, wobei die Stelle in Männedorf aufgelöst wird.

Im Zusammenhang mit der Neugestaltung der Klient/inn/enrekrutierung und dem Versuch, die Klient/inn/enzahl zu steigern, werden alle wichtigen Entzugsstationen mit Klient/inn/en besucht und es findet ein angeregtes und konstruktives Gespräch und ein gemeinsames Mittagessen mit allen Mitarbeiter/inne/n des Amtes für Straf- und Massnahmenvollzug der Justiz des Kantons Zürich statt.

Die Geschäftsleitung von *START AGAIN* beginnt in ihrer neuen Zusammensetzung zu tagen, d.h. Therapeutische Leitung, Betriebsleitung und Gesamtteamleitung.

Es findet die erste **Gesamtteamsupervision** mit einem systemisch orientierten Supervisor statt. Supervision für einzelne Phasenteams wird abgeschafft.

Bis Ende Februar liegen 10 detaillierten Arztzeugnisse fürs BSV vor und werden zu einer ersten Begutachtung nach Bern gesandt.

Nach der Klärung offener organisatorischer und personeller Detailfragen wird das **neue NA- und Selbsthilfekonzept** im BERNER verwirklicht; s. Juni 1997. Neben dem Institution-Meeting in NA-Tradition, werden die internen Suchtgruppen (ISG) als durch Ex-User begleitete Suchtgruppen mit themenzentrierten Inhalten verstanden, die sich an den Ideen des *rational recovery system* (RRS) orientieren. Sie sollen die Bereitschaft zur Krisenbewältigung fördern und die Selbstreflexion stärken. Begleiter sind ein Ex-Klient von *START AGAIN* und ein externer Ex-User, beide mit ausgeprägter NA-Erfahrung.

März 1998 – neue Geschäftsordnung, Auflösung der Phase II

Für den Verein und den Betrieb *START AGAIN* wird eine neue **Geschäftsordnung** ausgearbeitet.

Die **Computerinfrastruktur** von *START AGAIN* wird angepasst (CD-ROM, Zentraldrucker und Internet-Anschluss mit E-Mail).

Die *Interessengemeinschaft Private Drogenhilfe (IGPD)* beschliesst ein Bearbeitungsmandat in Sachen **BSV-Subventionspolitik** (individuelle Arztzeugnisse etc.) zu vergeben. *START AGAIN* beteiligt sich an den Kosten dieses Mandats.

Bezüglich der Doppelliegenschaft in Männedorf (Glärnischstrasse 157/159) versucht *START AGAIN* ohne Erfolg mit der neuen Besitzerin (zwischenzeitlich ist die Liegenschaft verkauft worden) verschiedene Auszugsmodelle zu verhandeln. Resultat: Voraussichtlich wird *START AGAIN* gemäss Mietvertrag (vom April 1997) die ganze Liegenschaft auf Ende Dezember verlassen.

Die **Phase II** wird Ende Februar/Anfang März aufgelöst. Vier fortgeschrittene Klienten und ein Teil des Phase II-Teams ziehen ins *BERNER* nach Zürich, die restlichen Klient/inn/en bleiben bis Ende August in den alten Phase II-Räumlichkeiten in Männedorf und werden dort von den restlichen Phase II-Teamern und vom Team der Phase I betreut. Es wird das Übergangsphasenmodell vom November 1996 reaktiviert. Dies ist ein weiterer Schritt in Richtung der neuen Konzeption mit ihrer Auflösung der Phasen und der Konzentration der Therapie in Zürich.

Die Phase I in Männedorf wird schrittweise in eine Eintrittswohngemeinschaft (EWG) umgestaltet.

Die **Hauswartung** im *BERNER* soll durch "fortgeschrittene Klienten" zu einem Stundenlohn von 15 Fr. übernommen werden können.

Schliesslich wird aus konkretem Nachfrageanlass die Öffnung der Therapie für Paare diskutiert. Es wird jedoch noch keine definitive Entscheidung getroffen.

April 1998 – Neugestaltung des Sozialdienstes beschlossen

Ab Herbst 1998 soll der **Sozialdienst** von 80 auf ca. 120 Stellenprozente aufgestockt werden. Begründung: (1) Gemäss Erfahrungen in den Vorstellungsgesprächen werden Sozialdienst- und Nachsorgetätigkeit seitens des potenziellen Klientels zunehmend nachgefragt. (2) Der Sozialdienst wird als ein die gesamte Einrichtung begleitender ummantelnder Sekundärprozess ausgebaut, um das Team hinsichtlich sozialarbeiterischen Aufwands optimal zu ergänzen, und um (3) seitens von *START AGAIN* die Dienstleistung eines gelungenen *case managements* voranzutreiben und auf dem Versorgermarkt effizient zur Wirkung zu bringen.

Es wird eine **Intensivwoche** zum Thema Meditation und Meditation in der Suchttherapie durchgeführt.

Mai 1998 – positive BSV-Rückmeldung bezüglich individueller Arztzeugnisse, Yoga-Intensivworkshop

START AGAIN erhält vom **BSV** eine positive Rückmeldung in Bezug auf die bereits eingesandten individuellen Arztzeugnisse. Das Einreichen individueller Zeugnisse für alle Klient/inn/en der Jahre 1996 und 1997 hat hohe Priorität. Der Gesamtteamleiter und der Vertrauensarzt von *START AGAIN* arbeiten intensiv zusammen.

Während drei Tagen findet für alle Klient/inn/en der mittlerweile jährliche **Yoga-Intensivworkshop** mit dem indischen Iyenga-Yogalehrer Rev. Fr. Joe PEREIRA statt.

Juli 1998 – BSV-Betriebsbeitrag für 1996

Das **BSV** verfügt nach der Revision der Betriebsrechnung 1996 von *START AGAIN* die Auszahlung von knapp 1.2 Mio. Fr. Für den Baubeitrag (maximal 1.185 Mio. Fr. beim neuen Nutzungskonzept der Liegenschaft **BERNER**) liegt noch keine definitive Verfügung vor. Durch den Vertrauensarzt des BSV werden 65% der 1996er Klientel als IV-berechtigt beurteilt. *START AGAIN* erachtet diesen Prozentsatz als zu gering. Weitere Abklärungen und Verhandlungen werden in Gang gesetzt.

Die Fussballweltmeisterschaft France '98 gibt Anlass zu einem gemeinsamen Projekt. Im Aufenthaltsraum im **BERNER** wird eine Grossleinwand installiert und die Klient/inn/en von Männedorf kommen an den Spielabenden nach Zürich, wo es zwischen den Spielen bzw. in den Pausen ausländische Küche oder Snacks gibt.

August 1998 – Detailvorbereitungen für die Konzeptumstellung werden abgeschlossen

Die wichtigsten Detailvorbereitungen für die **Konzeptumstellung** werden abgeschlossen, z.B.: detaillierte Wochenpläne, Vorlage für die Festlegung individueller Therapiepläne, Ressortverteilung unter den Teamern, ein erster Entwurf für eine neue Hausordnung im **BERNER** und ein Team-Arbeitsplan für den Neubeginn im September.

Es wird ein Mal- und Zeichenworkshop mit einer externen Fachfrau durchgeführt.

September 1998 – Konzeptumstellung in der ersten Septemberwoche: Auflösung des Phasenmodells und Einführung individueller Therapiepläne

In der ersten Septemberwoche werden die ehemaligen Phase II-Räumlichkeiten an der Glärnischstrasse 159 in Männedorf endgültig geräumt und die Therapie wird in Zürich in der Liegenschaft **BERNER** konzentriert. Die EWG bleibt bis Ende Jahr an der Glärnischstrasse 157 in Männedorf. Auf Anfang 1999 müssen dafür noch neue Räumlichkeiten gefunden werden.

Detaillierte **Wochenpläne** heisst nun konkret, dass (1) für die *Eintrittswohn-gemeinschaft (EWG)* ein für alle Klient/inn/en verbindlicher Wochenplan vorliegt, und dass (2) für die Therapie im **BERNER** sowohl ein allgemeiner Wochenplan wie ein Dienstplan besteht. Der allgemeine Wochenplan führt alle Aktivitäten der Klientel und des Teams (Einzel- und Gruppentherapie, Meditation, NA-Meetings und interne Suchtgruppen, Wohnungs- und Planungsgruppen, Sport, Stadterkundung, Freizeit etc. sowie Rapporte, Fallbesprechungen, Teamsitzungen, interne Schulungs- und Supervisionseinheiten etc.) auf. Der Dienstplan organisiert die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für die Durchführung der verschiedenen z.T. parallelen Aktivitäten in Dienste ein, und die Teamer teilen unter sich die Dienste auf.

Auf der Folie des allgemeinen Wochenplans wird dann fallspezifisch zwischen Bezugsperson und Klientin oder Klient in Abhängigkeit der bereits vollzogenen Entwicklungsschritte ein **individueller Therapieplan** für die nächsten paar Wochen oder Monate ausgehandelt und verbindlich festgelegt. Ziel der Aushandlung individueller Therapiepläne, die je allgemeine und besondere Handlungs- und Entfaltungsspielräume rahmen, ist es, dass dadurch rückgekoppelt an den bisherigen Autonomisierungsprozess die Selbst- und Eigenständigkeitsentwicklung weitergefördert wird.

Als grobe Orientierungshilfe wird sich die Therapiezeit im **BERNER** schwerpunktmässig in drei Abschnitte gliedern, Abschnitte, deren genaue zeitliche und inhaltliche Ausprägung fallspezifisch bestimmt werden: Einem *Orientierungsabschnitt*

folgt ein *Vertiefungsabschnitt* und schliesslich eine *Phase der sozialen und beruflichen Eingliederung*.

In einigen Fällen wird sich an den Therapieaufenthalt im BERNER ein zusätzlicher Aufenthalt in einer ambulant betreuten *Aussenwohngruppe (AWG)* anschliessen. Die Klient/inn/en einer AWG werden einer externen Arbeit, Aus- und/oder Weiterbildung nachgehen. Falls sie es wünschen stehen ihnen Einzelgespräche zu.

Im BERNER findet ein **Hausfest** mit "Info-Zmorgä" statt. Es wird gemeinsam vom SchülerInnen- und Jugendtreff *HillSide*, vom Info-Treff Hottingen des Vereins *Hop!Züri* und von *START AGAIN* durchgeführt.

Die **Direktion der Fürsorge des Kantons Zürich** verfügt, dass *START AGAIN* für das Jahre 1997 ein Betriebskostenbeitrag von 134'000 Fr. ausgerichtet wird.

Für den **Nachwachendienst** im BERNER werden drei weitere ehemalige KlientInnen von *START AGAIN* eingestellt, und ab Mitte September wird der **Sozialdienst** (s. April 1998) auf 120 Stellenprozent aufgestockt.

Ab Oktober 1998 – Fortsetzen von "*START AGAIN starts again*"

Das zentrale Thema ist die **alltagspraktische Etablierung der neuen Konzeption**, wobei es um ihre permanente Weiterentwicklung, Anpassung und Ausdifferenzierung geht, und das gestützt auf regelmässige Intervision, interne Evaluation sowie Gesamtteamsupervision.

Auf der Ebene des **Personals** gibt es noch grössere Veränderungen, da drei zwischen Frühling und Herbst 1998 ausgetretene therapeutische Mitarbeiter/innen ersetzt werden müssen.

Was **Räumlichkeiten** betrifft, so werden einerseits intensiv EWG- und AWG-Räumlichkeiten gesucht, andererseits wird der Dachstock des Minervastrasseteils des BERNERS ausgebaut.

A5.2 Anhang zur Konzept- und Betriebsgeschichte von *START AGAIN*: Kurzkonzepte und Organigramme im Wandel der Zeit

Wir geben einen Abdruck folgender Kurzkonzepte:

- *Kurzkonzept Januar 1994*
- *Kurzkonzept (März 1995 und) April 1996*

Diese beiden Kurzkonzepte sind weitgehend identisch. Die zwei wesentlichsten textlichen Unterschiede sind: (1) Der Namens- und Adresswechsel von *Drogentherapiestation Männedorf/Zürich* (an der Glärnischstrasse 157 in 8708 Männedorf bzw. Mühlebachstrasse 72 in 8008 Zürich) zu *Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige Männedorf und Zürich* (an der Glärnischstrasse 157 in 8708 Männedorf bzw. Steinwiesstrasse 24 in 8032 Zürich), und (2) die Phase II ist im 95er Konzept in Männedorf (Glärnischstrasse 159) und im 96er Konzept in Zürich (im BERNER an der Steinwiesstrasse 24) lokalisiert.

Als Organigramme drucken wir ab:

- *Organigramm August 1994*
- *Organigramm Juli 1996*

A5.2.1 Kurzkonzzept Januar 1994



Korrespondenzadresse:

Mühlebachstrasse 72
8008 Zürich
Tel.: 01/262 62 80
Fax: 01/262 62 88

Januar 1994

START AGAIN versucht, über einen ganzheitlichen therapeutisch-geistigen Gesundungsprozess die Aufarbeitung von Sucht zu erreichen. Um Freiheit von Sucht zu gewinnen, muss von den tiefverwurzelten Ursachen der Suchtentwicklung ausgegangen werden.

Therapiekonzept

Das Therapiekonzept von *START AGAIN* besteht aus der Kombination von fünf sich gegenseitig unterstützenden Bereichen:

- spezielle mental-stabilisierende Achtsamkeitstechniken (Anapana-Sati-Meditation)
- Zusammenarbeit mit der Selbsthilfegruppe der Anonymen Narkotiker
- Gruppentherapie und Einzelgespräche
- Fallspezifische Begegnungsprozesse
- Familientherapie.

Therapeutische Arbeit

Die Therapiestation arbeitet auf der Basis eines «sicheren» drogenfreien Milieus, das den Süchtigen als Fundament dafür dient, über die Natur ihrer Sucht zu lernen und sie bei den ersten entscheidenden Schritten hin zur Genesung von den Drogen zu unterstützen.

Der Status des drogenfreien Milieus wird periodisch über Urintests in allen Phasen des Therapieaufenthalts kontrolliert.

Das Therapieprogramm besteht aus einem dreiphasiges Stufenmodell: 6 Monate stationäre Therapie in Männedorf, 6 Monate Aussenwohngruppe in Zürich.

Phase 1: Das dreimonatige stationäre Intensivprogramm

- Individuelle Therapiegespräche
- Gruppentherapie
- Aufklärung über die Entstehung der Drogensucht und den daraus entwickelten Lebensstil
- Entwicklung von grundlegenden lebenspraktischen Fertigkeiten wie Kommunikationsbereitschaft, Entscheidungskompetenz, Konfliktfähigkeit, Frustrationstoleranz, Verantwortungsgefühl und Beziehungsfähigkeit.
- Teilnahme an Treffen der Anonymen Narkotiker
- Spezielle Konzentrationstechniken (Atemachtsamkeitsschulung), um mentales Gleichgewicht zu erlangen und die Willenskraft zu stärken
- Förderung des körperlichen Wohlbefindens durch Sport und regelmäßige, ausgewogene Ernährung
- Interne Arbeitsprojekte
- Thematische Intensivwochen
- Gruppenaktivitäten.

Phase 2: Die dreimonatige stationäre Wohngemeinschaft mit Tagesstruktur bei intensiver sozialrehabilitativer Betreuung

- Fortführung der wichtigsten Elemente des Intensivprogramms (Phase 1) bei vermehrter Verantwortung für sich und andere
- Fortführung der Teilnahme an Treffen der Anonymen Narkotiker
- Intensivierung und Integration der konzentrativen Techniken in eine zunehmend selbständige alltägliche Lebenspraxis
- Aufbau eines neuen Beziehungsnetzes
- Berufsabklärungen.

Phase 3: **Eine sechsmonatige stationäre Aussenwohngemeinschaft**

- Weiterführung der fünf wichtigsten Therapieelemente
- Fort- und Weiterbildung, Arbeitsintegrationsprojekte, Einstieg in hauseigene Erwerbsarbeit (z.B. vegetarisches Restaurant)
- Vorbereitung zum selbständigen Wohnen und Arbeiten.

Die wichtigsten Regeln

Um zu gewährleisten, dass sich der einzelne auf die Aufarbeitung seines Drogenproblems konzentriert, gelten folgende Grundregeln:

Drogen, Alkohol und Medikamente

Während dem ganzen Aufenthalt in *START AGAIN* ist der Konsum von Drogen, Alkohol und Medikamenten untersagt.

Kontaktsperre, Ausgang und Besuch

Während den ersten zwei Wochen gilt eine strikte Kontaktsperre; das heisst:

- keine Briefe
- keine Telefongespräche
- kein Ausgang
- keine Besuche

Danach gibt es regelmässigen begleiteten Ausgang und die Möglichkeit, Besuch zu empfangen.

Sexuelle Beziehungen

In der Phase 1 sind sexuelle Beziehungen nach aussen nicht erlaubt. Während des gesamten Therapieprogramms sind intime Beziehungen zwischen Klientinnen und Klienten nicht gestattet.

Ausschlussgründe

Ausgeschlossen werden muss, wer:

- Drogen, Alkohol und Medikamente konsumiert oder ins Haus bringt
- Gewalt anwendet oder andere bedroht
- krass oder wiederholt gegen die Hausregeln verstösst.

Aufenthaltsdauer

Der Aufenthalt in der Phase 1 (Intensivprogramm) dauert in der Regel 3 Monate.

Der Aufenthalt in der Phase 2 (Stationäre Wohngemeinschaft mit Tagesstruktur bei intensiver sozialrehabitativer Betreuung) dauert in der Regel 3 Monate.

Der Aufenthalt in der Phase 3 (Stationäre Aussenwohngemeinschaft) beträgt in der Regel 6 Monate.

Zielgruppe

Das Angebot richtet sich an drogenabhängige Menschen nach dem körperlichen Entzug. Das Mindestalter beträgt 18 Jahre. Die Kostengutsprache muss geregelt sein. Die Aufnahme ist auch aus dem Strafvollzug möglich.

Aufnahmeverfahren

Interessenten/innen nehmen telefonisch oder schriftlich mit uns Kontakt auf. Wir benötigen einen schriftlichen Lebenslauf. Danach erfolgt ein Aufnahmegespräch mit zwei Teammitgliedern.

Kosten

Der Taggeldsatz in den Phasen 1 und 2 beträgt Fr. 340.—, in der Phase 3 Fr. 190.—. *START AGAIN* hat im Moment noch keine Subventionen von Kanton und Bund. Die Dauer der stationären Therapie ist vergleichsweise kurz.

Träger

Träger der Therapiestation ist der gemeinnützige, politisch und konfessionell neutrale Verein *START AGAIN*. Mitglieder sind Einzelpersonen mit Erfahrung in allen Bereichen der Drogenarbeit (Überlebenshilfe, Entzug, Therapie, Drogenforschung, Sozialwissenschaft und Medizin).

Die Therapiestation orientiert sich in ihrer Arbeit an emanzipatorischen, freiheitlichen und humanistischen Idealen.

Organisation und Kapazität

Die Therapiestation *START AGAIN* ist an sieben Tagen pro Woche (Samstag und Sonntag mit reduziertem Betrieb) rund um die Uhr in Betrieb.

Es stehen in den Phasen 1 und 2 jeweils 12-14 Plätze zur Verfügung. Die Aussenwohngruppen umfassen ca. 20 Plätze. Es wird angestrebt, die Hälfte der Plätze mit Frauen zu belegen.

Insgesamt strukturiert sich der Tagesablauf in Phase I wie folgt:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
7.30	Aufstehen					Toilette		
8.00	Meditation					Aufstehen Toilette		9.30
8.45	Pause							
9.00	Frühstück			Abwaschen		Meditation	Aufstehen Toilette	
10.00	Gruppe	Gruppe	Gruppe	Transparenz Gruppe	Gruppe	Autonome Gruppe		
11.15	Hausarbeit					Kochen		Brunch
12.30	Essen							Meditation
13.30	Mittagspause		Yoga	Freizeit im Haus	Hand- werk	Freizeit im Haus	Beglei- teter Ausgang	
14.00	Sport	Sport						
16.00	Einzel- Gespräch	Einzel- Gespräch	Bewohner- Forum	Einzel- Gespräch	Einzel- Gespräch			
17.00	Hausarbeit, Kochen, Abendessen Besuchszeit			Freizeit Ausgang	Abendessen			
18.45	NA ZH	NA ZH	NA Basel		AA / NA ZH	NA Basel		
21.00	Freizeit		Meditation			Ruhe		17.30
24.00	Licht aus							24.00

A5.2.2 Kurzkonzzept April 1996



START AGAIN versucht, über einen ganzheitlichen, therapeutisch-geistigen Gesundheitsprozess die Aufarbeitung von Sucht zu erreichen. Um Freiheit von Sucht zu gewinnen, muss von den tiefverwurzelten Ursachen der Suchtentwicklung ausgegangen werden.

Therapiekonzept

Das Therapiekonzept von *START AGAIN* besteht aus der Kombination von vier sich gegenseitig unterstützenden Bereichen:

- einer systemischen Drogensuchttherapie (Einzel, Gruppe, Alltag)
- der Einbindung des Suchtverständnisses der Anonymen Narkotiker und der Partizipation an deren Treffen und Conventions
- der Meditationstechnik Anapana-Sati, bzw. Vipassana-Meditation
- einer systemischen Paar- und Familientherapie

Bewerbungen / Phase I

Glärnischstrasse 157 8708 Männedorf
Tel.: 01/920 30 70
Fax: 01/920 24 37

Phase II und III/ Verwaltung / Sozialdienst / Nachsorge

Steinwiesstrasse 24 8032 Zürich
Tel.: 01/267 50 20
Fax: 01/267 50 45

April 1996

Aufbau und Arbeitsweise

START AGAIN arbeitet auf der Basis von Abstinenz. Diese dient den KlientInnen als Fundament, um die Natur ihrer Sucht kennenzulernen. Ebenso dient sie dazu, diese bei den ersten, entscheidenden Schritten weg von den Drogen und hin zur Genesung zu unterstützen.

Das Therapieprogramm besteht aus einem dreiphasigen Stufenmodell: circa drei Monate stationäre Therapie in Männedorf (Phase I), circa drei Monate stationäre Therapie in Zürich (Phase II) und während circa sechs Monaten die Kombination von Therapie im Ambulatorium und in der stationären Wohngruppe in Zürich (Phase III). Die Phasenübertritte erfolgen fallspezifisch aufgrund des Genesungszustandes.

Phase I: Dreimonatiges, stationäres Intensivprogramm in Männedorf

- Einzelgespräche
- Gruppentherapie, 5 x wöchentlich
- Teilnahme an den Treffen der Anonymen Narkotiker, 4 x wöchentlich, intern und extern
- Atemachtsamkeitsschulung (Anapana-Sati-Übungen), um mentales Gleichgewicht zu erlangen und die Willenskraft zu stärken. Tägliche Praxis, morgens und abends.
- Rekonstruktion der individuellen Suchtgeschichte und des daraus entwickelten Lebensstiles
- Entwicklung von grundlegenden lebenspraktischen Fertigkeiten wie Kommunikationsbereitschaft, Entscheidungskompetenz, Konfliktfähigkeit, Frustrationstoleranz, Verantwortungsgefühl und Beziehungsfähigkeit
- Förderung des körperlichen Wohlbefindens durch Sport, Yoga und ausgewogene, vegetarische Ernährung
- Thematische Intensivwochen
- Gruppenaktivitäten
- Wohnform: Zweier-Zimmer
- Tagesgestaltung: in der Gruppe, teilweise geschlechterspezifisch getrennt

Phase II: Dreimonatige, stationäre Wohngemeinschaft mit Tagesstruktur bei intensiver, sozialrehabilitativer Betreuung in Zürich

- Fortführung der wichtigsten Elemente des Therapieprogramms bei vermehrter Verantwortung für sich und andere
- regelmässige Gruppen- und Einzelgespräche
- Fortführung der Teilnahme an Treffen der Anonymen Narkotiker, 3 x wöchentlich
- Intensivierung und Integration der Atemachtsamkeitsschulung in eine zunehmend selbständige, alltägliche Lebenspraxis
- Möglichkeit, einen 10-tägigen Vipassana-Meditationskurs zu besuchen.
- fallspezifischer Beginn der Paar- oder Familientherapie
- Aufbau eines neuen Beziehungsnetzes
- Berufsabklärungen
- Wohnform: Wohngemeinschaft
- Haushaltführung mit eigenem Budget
- Tagesgestaltung: in der Gruppe und individuelle Planung

Phase III: Sechsmonatiger, stationärer Aufenthalt in Wohngemeinschaft in Zürich in Kombination mit Therapie im Ambulatorium

- Weiterführung der wichtigsten Therapieelemente
- Berufsabklärungen
- Aufnahme von externer Arbeit, Aus- und/oder Weiterbildung
- soziale Wiedereingliederung
- Möglichkeit, einen 10-tägigen Vipassana-Meditationskurs zu besuchen
- Wohngemeinschaft in verschiedenen Wohnungen in Zürich
- Tagesgestaltung: individuell, nicht Berufstätige: gemeinsamer Tagesbeginn mit Meditation im Ambulatorium

Die wichtigsten Regeln

Um zu gewährleisten, dass sich der oder die einzelne auf die Aufarbeitung seines oder ihres Drogenproblems konzentriert, gelten folgende Grundregeln:

Drogen, Alkohol und Medikamente

Während des ganzen Aufenthaltes in *START AGAIN* ist der Konsum von Drogen, Alkohol und Medikamenten untersagt. Dieser Status wird periodisch über Urintests in allen Phasen des Therapieaufenthaltes kontrolliert.

Kontaktsperre, Ausgang und Besuch

Während den ersten zwei Wochen gilt eine strikte Kontaktsperre; das heisst:

- keine Briefe
- keine Telefongespräche
- kein Ausgang
- keine Besuche

Danach gibt es regelmässigen begleiteten Ausgang und die Möglichkeit, Besuch, Briefe und Telefonate zu empfangen.

Um den Einstieg in die Suchttherapie zu unterstützen, wird während der Phase I auf Musikhören und Fernsehen verzichtet.

Sexuelle Beziehungen

Während des gesamten Therapieprogramms sind intime Beziehungen zwischen den Klientinnen und Klienten nicht gestattet. In der Phase I sind sexuelle Beziehungen auch nach aussen nicht erlaubt.

Ausschlussgründe

Ausgeschlossen werden muss, wer:

- Drogen, Alkohol und Medikamente konsumiert oder ins Haus bringt
- Gewalt anwendet oder andere bedroht
- krass oder wiederholt gegen die Therapie- und Hausregeln verstösst
- die Bereitschaft zur therapeutischen Mitarbeit nicht aufbringt

Zielgruppe

Das Angebot richtet sich an drogenabhängige Menschen nach dem körperlichen Entzug. Das Mindestalter beträgt in der Regel 18 Jahre, wird jedoch fallspezifisch entschieden. Nach oben ist die Altersgrenze offen.

Aufnahmeverfahren

Auf ein schriftliches Bewerbungsschreiben mit ausführlichem Lebenslauf folgt ein Aufnahmegespräch mit zwei Teammitgliedern. Der Eintritt muss direkt aus einer Entzugsstation oder dem Strafvollzug (mit zweiwöchiger UP-Kontrolle) erfolgen. Die Kostengutsprache muss geregelt sein.

Kosten

Der Taggeldansatz beträgt in allen Phasen Fr. 265.–.

Träger

Träger des Suchttherapiezentrum ist der gemeinnützige, politisch und konfessionell neutrale Verein *START AGAIN*. Mitglieder sind Einzelpersonen mit Erfahrung in verschiedenen Bereichen der Drogenarbeit (Überlebenshilfe, Entzug, Therapie, Drogenforschung, Sozialwissenschaft und Medizin).

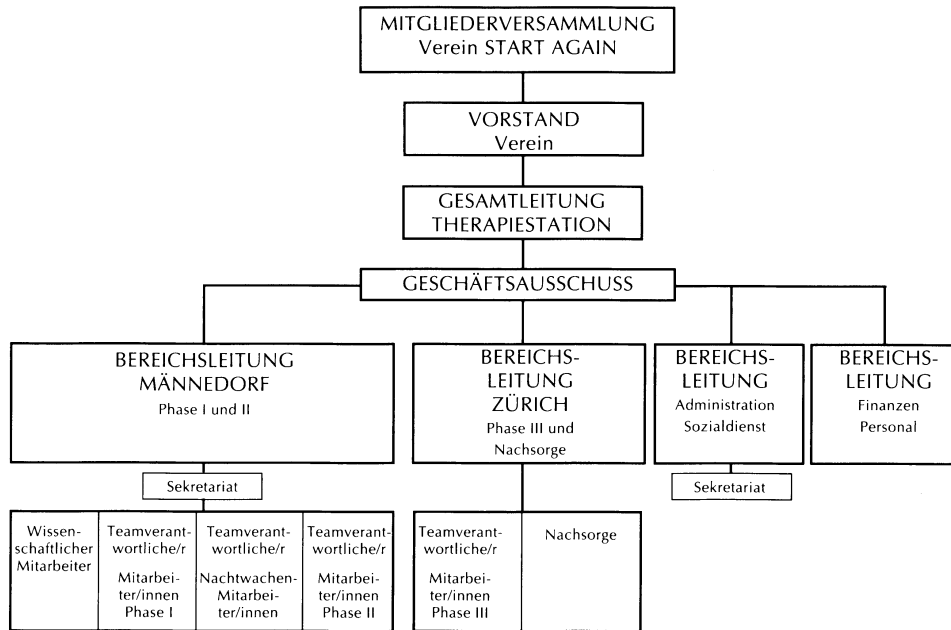
Das Suchttherapiezentrum orientiert sich in seiner Arbeit an systemischen, ressourcenorientierten und humanistischen Grundsätzen.

Organisation und Kapazität

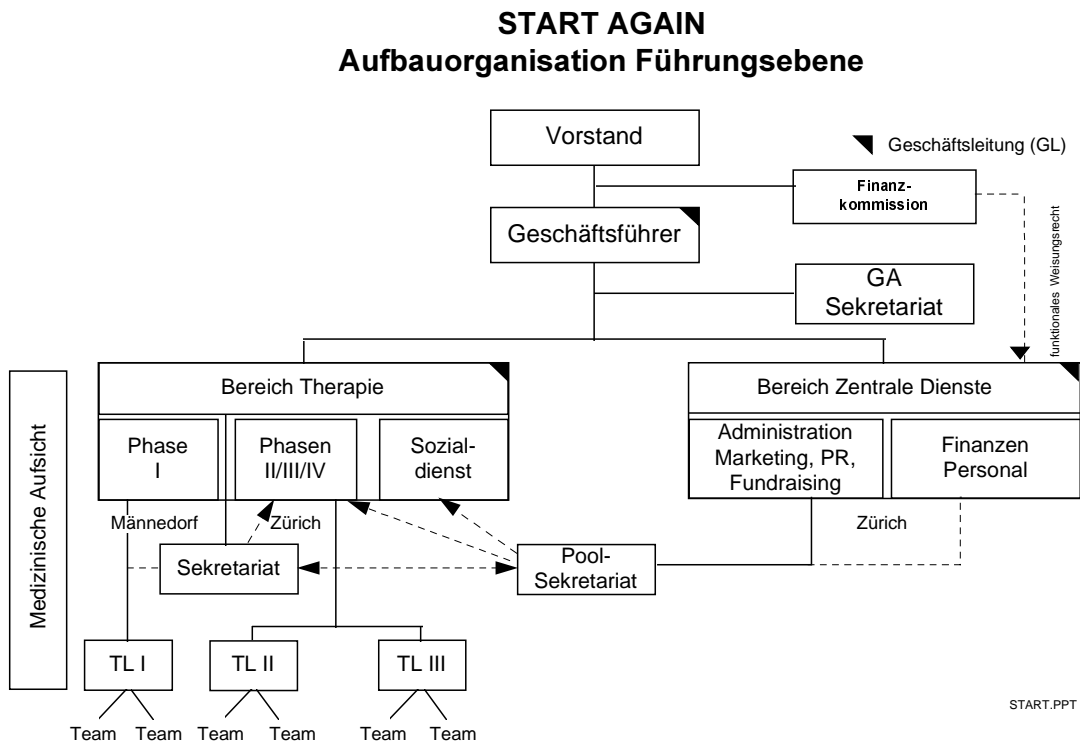
START AGAIN ist an sieben Tagen pro Woche in allen Phasen (Samstag/Sonntag mit reduziertem Betrieb) rund um die Uhr in Betrieb.

Es stehen in den Phasen I und II jeweils 12 bis 13 Plätze zur Verfügung. Die Phase III umfasst circa 20 Plätze. Es wird angestrebt, die Hälfte der Plätze mit Frauen zu belegen.

A5.2.3 Organigramm August 1994



A5.2.4 Organigramm Juli 1996



A6 Vertiefungsteil zur Strukturlogik der interventiven Grundelemente von *START AGAIN*

A6.1 Das Zwölf-Schritte-Programm der *Anonymen Narkotiker*¹

A6.1.1 Sequenzanalyse der Zwölf Schritte

Wir analysieren sequenziell das Zwölf-Schritte-Programm der *Anonymen Narkotiker* hinsichtlich seiner latenten Sinnstruktur.

1. Schritt: "Wir gaben zu, daß wir unserer Sucht gegenüber machtlos waren und unser Leben nicht mehr meistern konnten."

Im ersten Schritt wird die Einsichtigkeit in den Leidensdruck thematisiert, (was aus professionell-therapeutischer Sicht, wie in Unterabs. 6.1.2 erörtert, die Gründungsvoraussetzung für ein Arbeitsbündnis ausmacht). Auffällig bei der Formulierung in der Vergangenheitsform ist, dass sie die Retrospektivität der Einsicht schon enthält. Die Einsicht wird schon als vollendet vorgestellt.

Dies könnte Resultat eines Dreifachen sein:

- (1) "Wir geben zu" wird nicht im Sinne einer Aufforderung, einer Maxime formuliert, es wird ein Stück Versprechen thematisiert. Hier könnten Zusammenhänge zum Problem der Drogenabhängigen gesehen werden, die oftmals eben unter der Illusion leiden, den Ausstieg aus der Droge geschafft zu haben. Etwas, das sich dann im Handlungsschema eines zeitweiligen kontrollierten Gebrauches niederschlägt.
- (2) Das Buch der *Anonymen Narkotiker* (NA) bzw. ursprünglicher der *Anonymen Alkoholiker* (AA) ist Ergebnis der Erfahrung der Gründer und Autoren selbst. Hierbei wäre die Antizipation des Erfolges eingebracht. Struktural bedeutet dies, dass der Novize gleichzeitig sprachlich die Perspektive dessen, der den Ausstieg vollzogen hat, antizipiert.
- (3) Eine dritte Möglichkeit wäre das Eingeständnis eines Leidensdruckes. Der oder die Drogensüchtige muss an einem Punkt des *no-return* angekommen sein, um für Therapie zugänglich zu sein. Dieser erste Schritt entspräche in dieser Lesart somit dem Eingeständnis seines Scheiterns.

¹ Nach SCHOLZ (1992), der sich seinerseits auf eine gemeinsame Analysesitzung im Forschungspraktikum von Ulrich OEVERMANN an der J.W. Goethe-Universität Frankfurt im April 1989 stützt.

Entscheidendes Kriterium für die Selektion der plausibelsten Lesart (speziell von (2) und (3)) wäre die Frage: In welcher Zeitform werden die weiteren Prinzipien formuliert? Steht nur der 1. Schritt in der Vergangenheit, so wäre Lesart (3) gültig. Stünden alle anderen Schritte nunmehr auch im Imperfekt, so müsste die Formulierung im Sinne von Lesart (2) interpretiert werden. Wir schauen uns also den zweiten Schritt an.

2. Schritt: "Wir kamen zu dem Glauben, daß eine Macht, größer als wir selbst, unsere geistige Gesundheit wiederherstellen kann."

Es wird unmittelbar ersichtlich, dass Lesart (2), d.h. *die sprachliche Antizipation durch den Novizen der Perspektive dessen, der am Ende des Weges angekommen ist*, gültig ist.

Die Formulierung spiegelt somit den Modus des Träumens wider: Das Gewünschte wird affirmativ als faktisch gegeben dahingestellt. Das Gewünschte erhält den Charakter des Existenten. Diese Figur der Transposition des Möglichen in das Existente spiegelt den Modus des Träumens oder den des Utopischen wider.

Es handelt sich um einen Vorgriff auf die Zielrealisierung, der in sich sowohl etwas Suggestives als auch etwas Gefährliches trägt. Gleichwohl ist die Einsicht darin, dass man etwas noch nicht erreicht hat, auch entscheidend dafür, motiviert zu werden, etwas für diese Leerstelle zu tun, denn gerade bei Süchtigen ist die Verleugnungsstrategie die Kehrseite der Medaille.

Gleichermassen könnte der Vorgriff auf die Zielrealisierung bei einem erneuten Lesen bzw. Durcharbeiten der Schritte eine Vergewisserung darüber sein, diese im jeweiligen Schritt thematisierte Zielsetzung umgesetzt zu haben, so dass aus dieser Standortbestimmung eine positive Verstärkung i.S. einer Unverrückbarkeit des eigenen Standpunktes folgt.

Hierzu die Analyse des dritten Schrittes.

3. Schritt: "Wir trafen eine Entscheidung, unseren Willen und unser Leben der Fürsorge Gottes, *so wie wir Ihn verstanden*, anzuvertrauen."

Durch das im Original kursiv Herausgehobene "*so wie wir Ihn verstanden*" ist die individuelle Ausformbarkeit der Vorstellung von Gott explizit eingeführt, d.h. es handelt sich nicht um die Unterwerfung unter ein festgeschriebenes Dogma. Es wird hier eine Entscheidung getroffen, eine Autorität anzuerkennen, indem der eigene Wille und das eigene Leben der Fürsorge dieser Macht unterworfen werden.

Dies deckt sich bislang vollkommen mit der Analyse von Gregory BATESON in seiner Alkoholismustheorie.² BATESON thematisiert dort die Problematik von symmetrischen versus komplementären Interaktionsformen.³ Dabei, so BATESON, geht es bei den Zwölf Schritten darum, das eskalierende Moment des symmetrischen (und "schismogenen") Konfliktes seinem realen oder fiktiven Anderen gegenüber zu unterbrechen und es in komplementäre Interaktionsformen umzuwandeln. Diese werden dann aber genauso rigide durchgehalten, und es ist gerade der Mangel an der Fähigkeit, je nach Bedarf zwischen den beiden Interaktionsformen hin- und herzuwechseln, der das konstitutive Inflexible der *Anonymen Narkotiker* darstellt.

² Vgl. G. BATESON, Die Kybernetik des "Selbst": Eine Theorie des Alkoholismus, in *Ökologie des Geistes: Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven* (Suhrkamp, Frankfurt a.M., 1996⁶), 400-435.

³ BATESON (1996⁶: 417f.); Siehe Fussnote 18 in Unterabs. 6.2.1.

4. Schritt: "Wir machten eine erforschende und furchtlose moralische Inventur von uns selbst."

Der vierte Schritt macht eine moralische Bestandesaufnahme.

Missverstandene innere Inventur kann in seinen extremen Ausprägungen auf zweierlei Polen zulaufen: Schuldgefühle oder Grössenwahn.

5. Schritt: "Wir gestanden Gott, uns selbst und einem anderen Menschen gegenüber die genaue Art unserer Fehler ein."

Dieser Schritt kommt einem öffentlich sozial verbindlichen Eingeständnis gleich. Man teilt sich mit, öffnet sich dadurch und lässt tendenziell von seinem Image ab, denn man ist ja schliesslich aufgefordert seine "Fehler" aufzuzeigen. Dieses Mitteilen ist ein ganz entscheidender Schritt: *Ohne Bekenntnis, so die Parole, ist keine Heilung möglich.*

6. Schritt: "Wir waren vorbehaltlos bereit, alle diese Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen."

"Vorbehaltlos bereit [zu sein], alle diese Charakterfehler von Gott beseitigen zu lassen", verweist auf das Loslassen eines narzisstischen Festhaltens: Nicht wir selbst können es tun, sondern wir lassen dies durch Gott geschehen. Dieser Schritt kennzeichnet eine Bereitschaft, er bereitet den Boden für ein tatsächliches Handeln seitens Gottes, seitens einer grösseren Macht vor.

7. Schritt: "Demütig baten wir Ihn, uns von diesen Mängeln zu befreien."

Dieser 7. Schritt verweist trotz sprachlicher Ähnlichkeiten auf gänzlich andere Implikate als der 6. Schritt. Auf der Voraussetzung, von seinen Fehlern loszulassen, bittet man Gott, eben diese Mängel zu entfernen.

Dies verweist auf ein in sich logisch durchdachtes Konzept. Der 6. Schritt unterstellt in seiner hintsinnigen Aufforderung zu Recht, dass man an seinen Fehlern gerne festhält oder an ihnen hängt, da diese entweder hintergründig ganz angenehm sind oder trotz angestrebter Bemühung, man nicht in der Lage ist, sie zu entfernen. Die Bitte, die persönlichen Mängel zu beseitigen, wäre gegenstandslos, sofern der Einzelne nicht bereit ist, von ihnen loszulassen.

8. Schritt: "Wir machten eine Liste aller Personen, denen wir Schaden zugeführt hatten, und wurden bereit, ihn bei allen wiedergutzumachen."

Die Verletzung von Personen und ihre Wiedergutmachung wird gesondert aufgeführt. Sie ist *Vorbereitung zur Aufhebung der individuellen Isolation.*

9. Schritt: "Wir machten bei diesen Menschen alles wieder gut, wo immer es möglich war, es sei denn, wir hätten dadurch sie oder andere verletzt."

Durch die direkte Wiedergutmachung am Anderen wird eine weitere Steigerung vollzogen: Wichtig ist die direkte, d.h. *persönliche Begegnung* mit dem (geschädigten) Menschen und damit das Eingestehen des Fehlverhaltens.

Eine Wiedergutmachung rein für sich selbst ist damit ausgeschlossen. Gleichermassen wird hier einem pseudo-moralischen Aufschub und nicht-verletzungsmotivierten Verschweigen vorgebeugt, die letztendlich unter dem Deckmantel von Verantwortungsgefühl nur neue Verletzungen provozieren.

10. Schritt: "Wir setzten die persönliche Inventur fort, und wenn wir Fehler machten, gaben wir sie sofort zu."

Anhand dieser Wiederholungsübung wird ersichtlich, dass die Spiralbewegung der Zwölf Schritte in sich selbst noch in spiralförmigen Prozessen angeordnet ist.

11. Schritt: "Wir suchten durch Gebet und Meditation die bewußte Verbindung zu Gott, *wie wir Ihn verstanden*, zu vertiefen. Wir baten Ihn nur, uns seinen Willen erkennbar werden zu lassen und uns die Kraft zu geben, ihn auszuführen."

Dies ist eine erneute Erweiterung in direktem Anschluss an den vorausgehenden Schritt. Absicht ist es, durch den fortgeschrittenen Kontakt mit der transzendenten Macht, deren Bild zu erkennen und über die Ausschliesslichkeit der Wissensempfängnis dieser Gnade, es *in ein lebenspraktisches Realprogramm umsetzen* zu können.

Interessant hierbei ist, dass in den Mitteln der Wahl nicht differenziert wird. Es wird weder auf die unterschiedliche Impulskraft verschiedener Wege (Gebet, Meditation) im Allgemeinen noch auf die teilweise völlig gegensätzlichen und sich ausschliessenden Meditationssysteme im Speziellen eingegangen.

Dies verweist auf einen starken selbstinszenierenden Charakter des Programms, dem in seinen sowohl pragmatischen als auch charismatischen Konsequenzen hohen Stellenwert beigemessen wird. Die Stütze dieser Überzeugung bildet der Erfolg des Programms, Süchtige aus der Sucht herauszuführen. Gleichermassen ist jedoch zu vermuten, dass diese methodisch unkontrollierte Art und Weise des In-Kontaktretens mit der Transzendenz – die nach dem Motto: "*anything goes*" gestrickt ist – gleichzeitig die Grenzen der Programmwirkungen festlegt. *Die Anonymen Narkotiker beanspruchen nicht, die Sucht als solche aufarbeiten zu können, sie vermitteln nur ein Programm, welches bei stringenter Einhaltung, Abstinenz von der Droge – und dies ist gleichbedeutend mit der Unfähigkeit, einen Rückfall in die Sucht zu produzieren – gewährleistet.* Um so erstaunlicher ist diese methodische Offenheit, als sie durch das "Wir baten Ihn nur, uns seinen Willen erkennbar werden zu lassen" aus sich selbst heraus in Spannung gerät.

12. Schritt: "Nachdem wir als Ergebnis dieser Schritte ein spirituelles Erwachen erlebt hatten, versuchten wir, diese Botschaft an andere Süchtige weiterzugeben und unser tägliches Leben nach diesen Prinzipien auszurichten."

Der 12. Schritt verdeutlicht in aufschlussreicher Weise die interessante Sequenzialisierung des Programms der *Anonymen Narkotiker*: Punkt zwölf ist eine Zusammenfassung

sowie die Skizzierung eines missionarischen Auftrags und stellt dann gleichzeitig, durch den Versuch dies im eigenen Leben umzusetzen, einen Übergang zur Praxis dar.

A6.1.2 Feinanalyse der sequenziellen Anordnung: Die prospektive Retrospektive

Um ein noch tieferes Verständnis von den zwölf Schritten des Programms zu entwickeln, ist es sinnvoll im Anschluss an die allgemeine Analyse der Schritte eine Perspektivenverengung im Sinne einer Fokussierung auf ihre sequenzielle Anordnung durchzuführen.

1. Schritt

Anerkenntnis des Ist-Zustandes: Machtlosigkeit gegenüber der Droge bei gleichzeitigem Akzeptieren, dass das eigene Leben eingeschränkt ist.

2. Schritt

Die Anerkennung der Möglichkeit von Besserung. Mit Schritt zwei wird ein Hoffnungspunkt gesetzt, jedoch: Dieser Hoffnungspunkt ist nicht aus sich selbst heraus möglich, sondern kann nur durch eine übergreifende Macht umgesetzt werden. Hierdurch wird die in der Sucht implizierte implodierende Einprogrammierung unterbunden.

3. Schritt

Der Hoffnungspunkt realisiert sich. Die logische Anordnung verlangt nun, sich nach dieser Anerkenntnis tatsächlich dieser Macht unterzuordnen: Der Wille wird übergeben. Diese Macht wird dann gleichzeitig als ein nicht statisch dogmatisch eingeführtes Prinzip, sondern als freie, individuell auszumalende Vorstellung vermittelt. Das eigene Verständnis des transzendenten Prinzips kann sich im Laufe der Auseinandersetzung somit jeweils noch ändern und füllen.

Es wird eine Platzhalterstelle eingeführt. Die Sequenz läuft auf das Prinzip von "prospektiver Retrospektive" (von "vorausschauender Rückschau") hinaus. Die Platzhalter können später antizipiert werden. Die Gestalt als solches wird auf einmal geliefert und durch ständiges zyklisches Wiederholen antizipiert. Es geht somit letztendlich nicht um die Inhalte des Programms, sondern um dessen Gestalt.

4. Schritt

Durchführung der moralischen Bestandesaufnahme, eine furchtlose Inventur, die der Logik des unvoreingenommen Blickes auf sich selbst folgt. Mit diesem Schritt weicht die Thematisierung des Leidensdrucks jenem der "therapeutischen Grundregel".⁴

5. Schritt

Durch das Mitteilen der Fehler legt man eine Art öffentliches, sozial verbindliches Eingeständnis ab. Bezüglich seines Innenlebens bekennt man sich über sich selbst hinaus, zusätzlich gegenüber Gott und einem anderen Menschen (im NA-Jargon: *sponsor*). Dies korrespondiert dem alten Leitspruch in der Therapie: Ohne Bekenntnis keine Heilung.

6. Schritt

Erlernen, Fehler loslassen zu können, ist ein ganz schwieriger Schritt. Dies korrespondiert im Prinzip der Einsicht in den **sekundären Krankheitsbegriff der Symptome**, und zwar in dem Sinne, dass man von der Krankheit, an der man leidet, profitiert. Hin-

⁴ Siehe dazu Fussnote 7 in Kapitel 6.

tergründig sind diese Symptome nämlich ganz angenehm. Das Zugeben allein impliziert ein Eingerücktsein in eine Stellung dessen, was man kontrollieren kann. Defekte zugeben allein ist sinnlos, dies wäre nur ein Handeln auf einer moralischen Ebene. Dagegen meint das wirkliche Loslassen von Fehlern, Loslassen von im Hintergrund wirkenden, lustvollen Infiltraten des dynamisch Primärprozesshaften. Das Loslassen der Fehler impliziert automatisch das Aufarbeiten von moralischer Schuld.

Gerade in der Anordnung der Schritte 6 und 7 spiegelt sich erneut die ausserordentlich logische Stringenz der Sequenzialität der Zwölf Schritte.

7. Schritt

Über das demütige Bitten wird eine moralische Entsorgung eingeleitet. Gedankenexperimentell stellt sich nun die Frage: Was kann der Problembeseitigung folgen? Eigentlich könnte dies nur eine Befestigung sein.

8. Schritt

Interessanterweise tritt diese Befestigung nicht ausschliesslich auf persönlicher Ebene ein. Das soziale Prinzip im Sinne von Wiedergutmachung tritt auf den Plan. Das Interpersonale wird eingeleitet und führt in dieser umfassenden Konzeption den Übergang in die Praxis ein: Nachdem die Fehler eingesehen und losgelassen wurden, gilt es nun, in der Praxis daraus die entsprechenden Schlussfolgerungen zu ziehen.

Hierzu wird zunächst – im Sinne eines mentalen Trainings – eine Liste all derjenigen Personen aufgezählt, an denen die Wiedergutmachungen vollzogen werden sollen.

9. Schritt

Nach der Vorbereitung des Willens in Schritt 8, folgt nunmehr die praktische Ausführung. Diese Ausführung steht ganz im Vorzeichen des Dienstes am Anderen: Ohne neue Verletzungen zu setzen, muss – gereinigt von einem moralischem Selbstbild oder eines Identitätswunsches – gelernt werden, das Aufkommen neuer narzisstischer Elemente zu bändigen. Dem folgt nun die Vertiefung und Befestigung der Prinzipien.

10. Schritt

Ausgestaltung des Lebensentwurfes, das aktuelle Leben nach denselben Prinzipien auszurichten.

11. Schritt

Beziehung zu Gott intensivieren. Dieses Handeln ist zukunfts zugewandt.

12. Schritt

Weitergabe des Verfahrens und die Ausrichtung, in allen lebenspraktischen Angelegenheiten die Prinzipien anzuwenden. Es handelt sich hierbei weniger um konkrete Handlungsanweisungen für die Praxis, sondern eher darum, die Prinzipien der Zwölf Schritte in der Zukunft gelten zu lassen.

A7 Vertiefungsteil zu neurobiologischen Aspekten der Genese und Aufrechterhaltung von Sucht

A7.1 Die bahnbrechende Arbeit von ROBINSON und BERRIDGE VON 1993

A7.1.1 Drei wesentliche Charakteristika süchtigen Verhaltens

Wir erinnern kurz an die symptom-deskriptive Definition von Sucht von ROBINSON und BERRIDGE (1993), die wir in Unterabs. 2.2.7.2 gegeben haben und die auf die Definition durch ein *World Health Organization (WHO) Expert Committee* von 1981¹ zurückgreift.

Nach ROBINSON und BERRIDGE (1993: 248f.) sind es drei wichtige Eigenschaften, die Sucht im Sinne von **süchtigem Verhalten** charakterisieren und die entsprechend von jeder adäquaten Drogensuchtheorie zu erklären sind:

1. Eigenschaft: Die wichtigste Eigenschaft von Sucht ist das **Phänomen des Drogenbegehrens**, das im Drogenargot "Reissen" genannt wird und womit schlicht ein unwiderstehliches, intensives "Wünschen" von Drogen gemeint ist. Nach der WHO-Definition des Syndroms Sucht ist für sie ein zwanghaftes Drogensuch- und Drogenkonsumverhalten konstitutiv, und zwar ein Verhalten, das auf Kosten der meisten anderen Aktivitäten geschieht und somit höhere Priorität hat als nahezu alle anderen Handlungsmöglichkeiten, denen einst hohe Priorität zukam.

Um Sucht zu verstehen, muss daher der Prozess verstanden werden, durch den *Drogenkonsumverhalten zu zwanghaftem Drogenkonsumverhalten* wird. ROBINSON und BERRIDGE stellen die Hypothese auf, dass diese Transformation des Verhaltens dadurch stattfindet, dass Süchtige ein obsessives Verlangen oder Begehren (*craving*) nach Drogen entwickeln, ein Verlangen, das so unwiderstehlich ist, dass es fast zwangsläufig zum Suchen und Konsumieren von Drogen führt.

Konsistent mit dieser Sicht bezeichnen sie daher mit dem Ausdruck **süchtiges Verhalten** sowohl obsessives *Drogenverlangen* als auch ein zwanghaftes Verhalten des Drogensuchens und Drogenkonsumierens.²

2. Eigenschaft: Drogensucht ist eine **Störung**, die durch **ständige Rückfälle** charakterisiert ist (*chronic relapsing disorder*). D.h., die zweite wichtige Eigenschaft von Sucht,

¹ EDWARDS (1981) sowie JAFFE (1990).

² ROBINSON und BERRIDGE (1993: 279).

die erklärt werden muss, ist insbesondere die, weshalb Drogenverlangen lange nach einer Phase des Drogengebrauchs noch anhält oder wieder hervorgerufen werden kann.

3. Eigenschaft: Die letzte wichtige Eigenschaft von Drogensucht, die einer Erklärung bedarf, ist die, weshalb in dem Masse, wie Drogen mehr und mehr "gewünscht/als nötig erachtet" werden (*drug "wanting"*), sie oft weniger und weniger "gern gehabt" werden (*drug "liking"*). D.h., so wie das Verlangen nach Drogen steigt, so verringert sich das durch Drogen induzierte Vergnügen. Die Frage ist also: Was ist das **Verhältnis zwischen "Drogen-Wünschen/Nötig-Haben" und "Drogen-gern-Haben"**, und wie entwickelt dieses sich im Verlaufe der Sucht?

A7.1.2 Zusammenfassung der Probleme von Suchttheorien, die auf negativer bzw. auf positiver Verstärkung (*reinforcement*) basieren

Wir fassen hier die wichtigsten von ROBINSON und BERRIDGE (1993: 250ff.) vorgebrachten Gründe zusammen, weshalb die beiden klassischen lerntheoretischen Prinzipien der negativen und der positiven Verstärkung nicht ausreichen, um eine adäquate Suchttheorie zu begründen.³

Probleme mit Theorien negativer Verstärkung (um Qualen zu entkommen – *escape from distress*)

Drogen werden aus negativ-verstärkungslogischer Sicht nicht wegen dem Zustand genommen, den sie produzieren, sondern wegen demjenigen, den sie lindern, seien es physische Entzugssymptome oder psychische Stresszustände; vgl. speziell WISE und BOZARTH (1987). Diese Erklärungsweise sieht sich mit folgenden Problemen konfrontiert:

(N1) Sowohl Menschen wie Tiere verabreichen sich selbst (*self-administration*) Opiode bei eindeutiger Abwesenheit von Entzugssymptomen oder physischer Abhängigkeit.

(N2) Perioden maximaler Drogen-Selbstverabreichung fallen zeitlich oft nicht zusammen mit Perioden maximaler Entzugsqualen. Es gibt wenig Korrelation zwischen der Sichtbarkeit oder der physiologischen Ernsthaftigkeit von Entzugssymptomen und ihrer motivationalen Kraft, süchtiges Verhalten beizubehalten; vgl. speziell JAFFE (1992).

(N3) Es gibt viele Drogen, die medizinisch genutzt werden, die Entzugssymptome hervorrufen, aber typischerweise für nicht-medizinische Zwecke nicht selbstverabreicht werden.

(N4) Es gibt viele Berichte, dass die Befreiung von Entzugssymptomen minimal effektiv ist in der Behandlung von Sucht; vgl. WISE und BOZARTH (1987).

(N5) Es gibt eine hohe Tendenz zum Rückfall gar nach langen Perioden der Abstinenz von Drogen, insbesondere lange nachdem sichtbare Entzugssymptome verschwunden sind. Konditionierte Entzugseffekte können allgemein auch nicht zur Erklärung herangezogen werden. Zwischen Verlangen (*craving*) und Entzugssymptomen gibt es nur eine schlechte Korrelation; s. speziell CHILDRESS *et al.* (1988).

(N6) Viele Studien zeigen, dass die Selbstangabe von Verlangen (*craving*) für einige Drogen, wie etwa Kokain, oft unmittelbar nach der Einnahme der Droge am höchsten ist. Also zu jenem Zeitpunkt, wo die Droge subjektives Wohlbefinden (ein *high – plea-*

³ Für ausführliche Literaturhinweise verweisen wir auf ROBINSON und BERRIDGE (1993).

sure) produziert und Entzugssymptome eliminiert oder so schwach wie irgendwie möglich sind; vgl. z.B. FOLTIN und FISCHMAN (1991).

(N7) Tiere selbstverabreichen sich gierig eine Vielzahl von Drogen, die keine Entzugssymptome hervorrufen, direkt in bestimmte Hirnregionen hinein. Die inzentiven, motivationalen Effekte zentralnervös verabreichter Drogen können dissoziiert werden von den negativ-verstärkenden oder entzugssymptom-bezogenen Effekten dieser Drogen; s. Wise (1996).

Zusammenfassung: *Befreiung von Entzugssymptomen kann nicht die einzige Ursache oder gar die primäre Ursache von Drogenverlangen und zwanghaftem Drogenkonsumieren sein.*

Probleme mit Theorien positiver Verstärkung (Suche nach Vergnügen – pleasure-seeking)

Drogen werden aus positiv-verstärkungslogischer Sicht wegen dem Zustand genommen, den sie induzieren, und nicht weil sie einen unangenehmen Zustand lindern. WISE und BOZARTH (1987) unterstreichen aber zu Recht, dass festzuhalten, dass alle addiktiven Drogen positive Verstärker sind, wenig mehr als eine Redefinition des Phänomens Sucht bedeuten würde. – Habituelle Drogen-Selbstverabreichung dient üblicherweise zur Definition von beiden Begriffen: Verstärkung durch Drogen und Drogensucht. D.h. positive Verstärkung ist lediglich eine Beschreibung eines Verhaltenseffektes und keine Erklärung dieses Effektes. – Daher ist die einzige Erklärung von Sucht, die auf positiver Verstärkung basiert und als erklärende Theorie qualifiziert werden kann, diejenige, die einerseits positive Verstärkung und andererseits Euphorie oder positive affektive Zustände (hedonistische Effekte) miteinander identifiziert.

Diese Erklärungsweise hat aber Schwierigkeiten damit, die folgenden Phänomene angemessen zu erklären:

(P1) Auch wenn addiktive Drogen tatsächlich extrem angenehme Zustände hervorrufen können, fällt es nicht leicht zu glauben, dass diese Eigenschaft der Drogen allein hinreichend ist für Sucht. (1) Es gibt keine klare Beziehung zwischen dem Vermögen einzelner Drogen, Euphorie hervorzurufen, und ihrem addiktiven Potenzial. Viele addiktive Drogen können sogar dysphorische Zustände produzieren, speziell im Anfangsstadium des Gebrauches. (2) Die zunehmende Stärke negativer Konsequenzen bei fortgesetztem Drogenkonsum überwiegen bei weitem die Stärke des Wohlbefindens auf Grund der Droge bzw. der Erinnerung an sie. Tatsächlich scheinen die negativen Konsequenzen fortgesetzten Drogenkonsums: Verlust von Gesundheit, Freunden, Familie, Heim und Arbeit enorm verglichen zum Wohlbefinden, das sie bewirken. Süchtige selbst sind oft irritiert über die Intensität und Irrationalität ihres eigenen Verlangens (*craving, drug "wanting"*).

(P2) Positive Verstärkung/Euphorie erklärt Drogenverlangen und Rückfälle, die hervorgerufen werden durch Umgebungsstimuli assoziiert mit dem Drogenkonsum (*proponent-process theory*) nicht adäquat.

Süchtige beschreiben zwar konditionierte *highs*, wie im Beispiel der oft zitierten "*needle freaks*", im Labor finden sich aber Selbstangaben von konditionierten *highs* viel weniger oft als Selbstangaben von entweder konditioniertem Verlangen/Begehren oder konditionierten entzugsartigen Anzeichen. Dies legt nahe, dass konditioniertes Verlangen dissoziiert werden kann von konditionierten *highs* und dass so in vielen Fällen Drogenverlangen nicht durch konditionierte *highs* verursacht wird. Wie wird dann im Kontext positiver Verstärkung/Euphorie das Phänomen des Verlangens erklärt?

Eine Interpretation von Rückfall, die auf expliziten Erinnerungen an vergangenes Wohlbefinden basiert (*'explicit memory of past pleasure' interpretation*), ist nicht unplausibel und sie vermag auch einige Rückfallsituationen beschreiben. Werden aber solche Erinnerungen als hinreichenden Grund erachtet, dann gerät man in Schwierigkeiten, wenn man erklären muss, warum Rückfälle dann passieren, wenn sie passieren. Erinnerungen an vergangenes Wohlbefinden werden sich schliesslich sehr häufig einstellen, führen aber nicht immer zu einem Rückfall.

(P3) Drogen-Selbstverabreichung kann aufrechterhalten bleiben bei Abwesenheit von subjektivem Wohlbefinden, d.h. subjektives Wohlbefinden (*pleasure*) ist nicht notwendig, um Drogensuchen und Drogenkonsumieren aufrechtzuerhalten. – Ehemals aktiv süchtige Menschen selbstverabreichen sich bei Wahlmöglichkeit geringste Dosen von Morphium, aber nicht eines Placebos, wobei sie zum Voraus nicht wissen, was was ist, und sie berichten dabei, dass weder die Droge noch das Placebo Wohlbefinden hervorruft, d.h. sie bevorzugen Morphium, ohne dass es einen subjektiv wahrnehmbaren Unterschied zwischen beiden gibt; vgl. LAMB *et al.* (1991). Ähnliche Effekte haben FISCHMAN und FOLTIN (1992) bei Ex-Abhängigen in Experimenten des freien Wählens zwischen nicht erkennbaren Niedrigstdosen von Kokain und Placeboprobe nachgewiesen. Es gibt eine klare Dissoziation zwischen bewusst wahrnehmbarem, subjektivem Vergnügen und süchtigem Verhalten. Dies liefert einen unter vielen Hinweisen darauf, dass *affektive und motivationale Eigenschaften von Drogen durch verschiedene neurale Systeme vermittelt werden: "Drogen-Wünschen/Verlangen" ist nicht äquivalent zu "Drogen-gern-Haben"*.

Zusammenfassung dessen, was eine adäquate Suchttheorie erklären können muss:⁴

- (1) Was trägt dem Drogenverlangen (*craving*), das durch drogenassoziierte Stimuli (Orte, Objekte, Personen, Handlungen, Ereignisse etc.) hervorgerufen werden kann, Rechnung, falls das Verlangen nicht kausal an konditionierte Entzugssymptome, konditionierte *highs* oder explizite Erinnerungen an vergangenes Wohlbefinden (*pleasure*) gekoppelt ist?
- (2) Warum ist Drogenverlangen manchmal unmittelbar nach der Drogeneinnahme am höchsten, also dann, wenn subjektives Wohlbefinden noch vorherrschend ist?
- (3) Warum wird obsessives Drogenverlangen aufrechterhalten trotz enormer negativer Konsequenzen des fortgesetzten Drogenkonsums und relativ bescheidenen subjektiv angenehmen Effekten?
- (4) Wie können niedrige Drogendosen, die kein wahrnehmbares subjektives Wohlbefinden oder körperliche Abhängigkeit hervorrufen, ein Verhalten des Drogensuchens und Drogenkonsumierens aufrechterhalten?
- (5) Warum ist Rückfall eine so vorherrschende und hartnäckige Eigenschaft von Sucht, gar bei Süchtigen, die lange Jahre abstinent leben?
- (6) Warum kann ein Rückfall begünstigt werden durch so viele verschiedene Stimuli, wie Drogen, Umgebungsstimuli assoziiert mit Drogen, Stimmungsschwankungen etc.?

⁴ Vgl. ROBINSON und BERRIDGE (1993: 255) und auch LOONIS (1997: 149ff.).

A7.1.3 Biopsychologische Suchttheorie und das dopaminerge System des Mittelhirns nach ROBINSON und BERRIDGE (1993)

Zur Erklärung der obigen drei wesentlichen Eigenschaften von Sucht haben ROBINSON und BERRIDGE (1993) eine biopsychologische Suchttheorie vorgeschlagen, die postuliert, dass süchtiges Verhalten weitgehend das Resultat einer progressiven und persistenten Neuroadaptation ist, die durch wiederholten Drogengebrauch verursacht wird. Im Zentrum ihrer Erklärung der Genese und Aufrechterhaltung von Sucht steht der allgemeine lernpsychologische Prozess der **inzentiven Motivation** (*incentive motivation*):

Der Mechanismus der inzentiven Motivation stellt ein Modell dafür dar, wie die Orientierung auf ein Zielobjekt durch Anreizeigenschaften dieses Objektes hervorgerufen werden kann, und dies speziell im Falle natürlicher, überlebensrelevanter Stimuli, wie etwa Nahrung, Wasser oder potenzieller Sexualpartner/innen, einerseits und von artifiziellen Reizen, wie z.B. von selbstverabreichten Drogen und verhaltensverstärkenden (*reinforcing*) elektrischen Gehirnstimulationen, andererseits.

Inzentive Motivation realisiert sich als Folge eines dreischrittigen biopsychologischen Prozesses:

1. Die neuralen Substrate für Vergnügen werden aktiviert durch die Konsequenzen einer besonderen Handlung oder eines besonderen Ereignisses.
2. Angenehme Empfindungen oder Vergnügen (*pleasure*) werden mit dem Objekt, dem Ort, der Person, dem Ereignis oder der Handlung, kurz: dem Stimulus assoziiert, durch den das Vergnügen eintritt, und zwar durch Prozesse des klassischen assoziativen Lernens.
3. Es wird der Wahrnehmung oder mentalen Repräsentation des assoziierten Stimulus schrittweise inzentive Bedeutsamkeit, Attraktivität oder Wichtigkeit zugeschrieben (*incentive salience attribution*), und zwar vermittelt durch ein neurales System, das sich von denen in den ersten beiden Schritten unterscheidet. Bei diesem dritten Schritt der Zuschreibung von Anreizbedeutsamkeit – so die Hypothese – ist das dopaminerge System des Mittelhirns involviert. Das Zuschreiben von Anreizbedeutsamkeit führt dazu, dass der assoziierte Stimulus attraktiv und "gewünscht" wird. Es ist dieser Schritt, der zur unmittelbaren Manifestation von inzentiver Motivation führt, nämlich zu zielgerichtetem Suchen und instrumentellem Verhalten.

Stimuli (Orte, Objekte, Personen, Handlungen, Ereignisse etc.), denen gemäss diesem Prozess (Anreiz-)Bedeutsamkeit zugeschrieben wird, werden **inzentive Stimuli** genannt. Des Weiteren wird die Hypothese formuliert, dass das Zuschreiben von (Anreiz-)Bedeutsamkeit zu einem Ereignis oder Gegenstand bzw. zu deren mentaler Repräsentation ein *unbewusster* Prozess ist und nur das Produkt dieses Prozesses, die Wahrnehmung oder Interpretation des Ereignisses oder des Gegenstandes als etwas "Gewünschtes/Verlangtes", bewusst erfahren wird.⁵

Die biopsychologische Suchttheorie von ROBINSON und BERRIDGE postuliert nun konkret Folgendes:

- (1) Die grossen Klassen addiktiver Drogen teilen das Vermögen die mesotelencephale Dopamin-Neurotransmission zu steigern; zur anatomischen Lokalisierung dieses Systems vgl. Abb. 7.3.3-2.

⁵ ROBINSON und BERRIDGE (1993: 280); s. auch die Bemerkungen in Punkt (P3) oben.

- (2) Eine psychologische Funktion des dopaminergen Systems des Mittelhirns ist es, jenen Wahrnehmungen oder mentalen Ereignisrepräsentationen, die assoziiert sind mit der Aktivierung dieses Systems, (Anreiz-)Bedeutsamkeit zuzuschreiben: inzentive Motivation.
- (3) In einigen Individuen ruft der wiederholte Gebrauch addiktiver Drogen eine schrittweise Neuroadaptation in diesem System hervor, wobei es mehr und mehr und möglicherweise gar permanent hypersensitiv, d.h. sensibilisiert, wird auf Drogen sowie auf Stimuli, die mit dem Drogenkonsum assoziiert sind.⁶ Die Sensibilisierung des dopaminergen Systems wird gesteuert durch assoziatives Lernen und führt dazu, dass bei wiederholtem Drogenkonsum schrittweise übermäßige inzentive Bedeutsamkeit sowohl dem Akt des Konsumierens von Drogen sowie einem wachsenden Kreis von Stimuli, die mit dem Drogenkonsumieren assoziiert sind, zugeschrieben wird.
- (4) Es wird vermutet, dass Sensibilisierung der neuralen Systeme, die die Zuschreibung von inzentiver Bedeutsamkeit ("Drogen-Wünschen/Verlangen") tragen, unabhängig von Veränderungen geschieht, die sich in neuralen Systemen abspielen, die die subjektiv angenehmen Effekte von Drogen ("Drogen-ger-n-Haben") vermitteln, oder von Veränderungen in jenen neuralen Systemen, die Entzugsphänomene vermitteln. Sensibilisierung für inzentive Motivation kann somit süchtiges Verhalten (zwanghaftes Drogenverlangen, -suchen und -konsumieren) hervorbringen, gar wenn die Erwartung des Drogenvergnügens oder unangenehmer Entzugssymptome verringert ist, ja sogar dann, wenn sich starke Gegenmomente einstellen, wie Verlust von Reputation, Job, Gesundheit, Heim, Familie und Freunden.

Damit ist süchtiges Verhalten grundsätzlich *ein Problem der Sensibilisierung* jenes neuralen Systems, das Drogen inzentive Bedeutsamkeit zuweist, *und zwar durch die Drogen selbst*. In der biopsychologischen Suchttheorie von ROBINSON und BERRIDGE wird eine klare neuropsychologische Dissoziation zwischen "Drogen-ger-n-Haben" (und dem entsprechenden Phänomen positiver oder negativer Verstärkung) und "Drogen-Wünschen/Verlangen" (*craving*) postuliert.

Des Weiteren äussern sie die Hypothese, dass es die Persistenz von drogeninduzierten Neuroadaptationen ist, die Süchtige Drogen und drogenassoziierten Stimuli gegenüber hypersensitiv macht, und das gar nach langen Jahren der Abstinenz.

A7.2 Jüngste Modifikationen der Suchttheorie von ROBINSON und BERRIDGE

In einem umfassenden Übersichtsartikel zur Rolle des zentralen dopaminergen Systems bei der Genese und Aufrechterhaltung von Drogensucht hat DI CHIARA (1995a,b), basieren vor allem auf vielfältigen tierexperimentellen Befunden, zum einen die wichtige Rolle von Dopamin in motivationalen Prozessen, die dem Erlernen und Ausführen zielgerichteten Handelns zu Grunde liegen, bekräftigt, zum anderen hat er dessen spezifische Rolle im Zusammenhang mit dem neurobiologischen Mechanismus hinter der Drogensucht etwas differenzierter dargestellt.

⁶ **Sensibilisierung** heisst hier, dass es einer Droge (bzw. Drogenklasse) immer leichter fällt, das dopaminerge System zu aktivieren.

DI CHIARA (1995: 96) formuliert in behavioristisch-operationaler Weise, dass incentive Stimuli *instrumental* sind (d.h. sie dienen als Mittel oder Werkzeuge) für das Erreichen eines Zieles, selbst aber nicht das Ziel motivierten Verhaltens sind. Sie sind konditionierte Stimuli, d.h. ihre Aneignung ist das Resultat eines Prozesses des **inzentiven Lernens**, der die Assoziation von üblicherweise neutralen Stimuli (Orte, Objekte, Personen, Handlungen, Ereignisse etc.) und dem Ergebnis instrumentellen Verhaltens bewirkt. Dieser Prozess unterscheidet sich klar vom Prozess des "assoziativen Lernens", der die Assoziation zwischen einem neutralen und einem primären, belohnenden (oder bestrafenden) Stimulus involviert und in der Aneignung eines konditionierten Stimulus resultiert, der fähig ist z.B. konditionierte affektive Reaktionen (pawlovsche konditionierte Reflexe) hervorzurufen.

Inzentive Stimuli regen ebenso wie belohnende Stimuli Antrieb, Erregung, motorische Aktivität, Aktivität des sympathischen autonomen Nervensystems und die Verausgabung von Energie an, weshalb DI CHIARA sie als *ergotrope* Stimuli bezeichnet.

A7.2.1 Das dopaminerge System des Mittelhirns und Verhalten

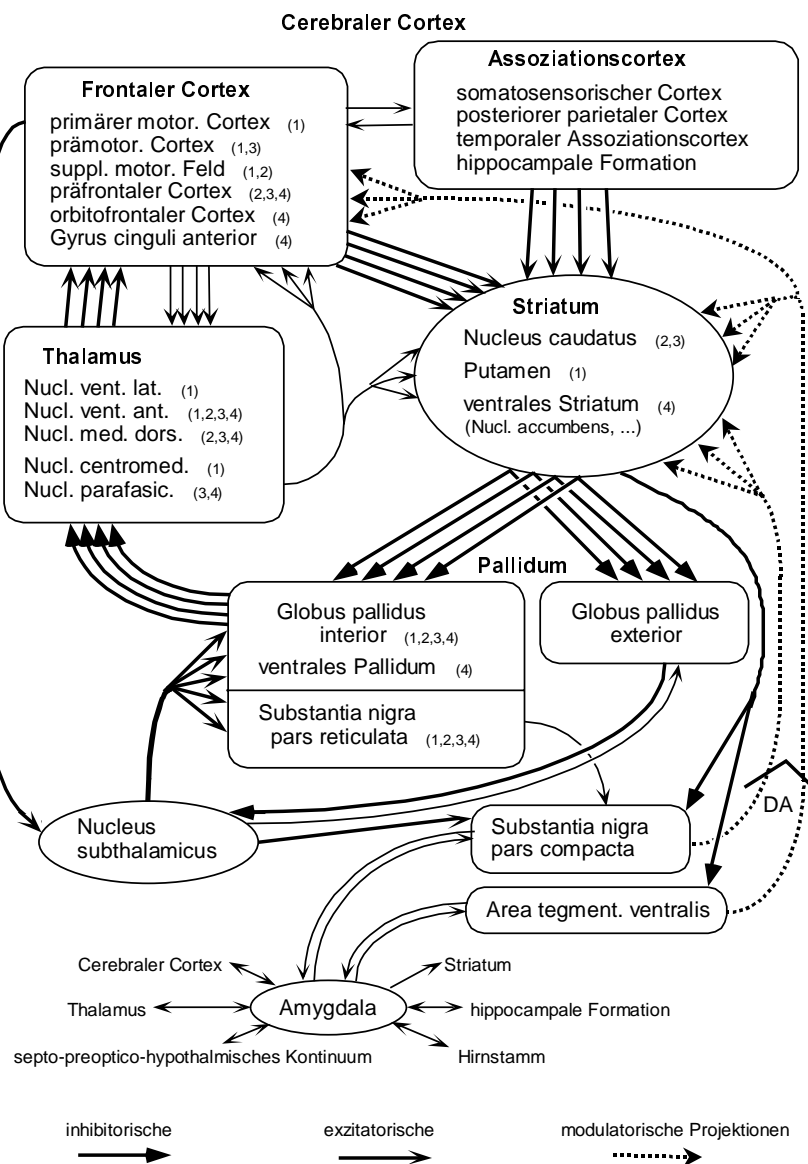
Neuroanatomisch befinden sich die Zellkörper der mesencephalen dopaminhaltigen Neuronen in drei nahe nebeneinander liegenden Regionen des Mittelhirns: der Substantia nigra pars compacta, dem ventralen Tegmentumbereich und dem retrorubralen Feld; alle diese Mittelhirnregionen liegen unterhalb dem Thalamus etwa zwischen dem linken und rechten Tractus opticus, s. die Abbildungen 7.3.3-1 und 7.3.3-2 im Hauptteil. Die mesencephalen Dopamin-Neuronen projizieren auf verschiedene Bereiche des Vorderhirns: etwa zum dorsalen Teil des Striatums mit Nucleus caudatus und Putamen, zum ventralen Teil des Striatums etwa mit dem Nucleus accumbens, zur Amygdala (Nucleus centralis amygdalae) und zum präfrontalen und anterioren limbischen Cortex (in Abb. 7.3.3-1 grob der äussere und innere Stirnbereich des Neocortex).

Eine wichtige Eigenschaft (der verschiedenen Teilsysteme) des dopaminergen Systems ist, dass der Neurotransmitter Dopamin eine *modulatorische Wirkung* auf die elektrochemische Aktivität jener Neuronen ausübt, die sich in synaptischem Kontakt mit diesem System befinden. Von speziellem Interesse ist hier die dynamische Modulation durch das dopaminerge System der Aktivität in rückgekoppelten neuronalen Schleifen, die spezifische Bereiche im frontalen Cortex, Striatum, Pallidum und Thalamus verbinden; vgl. Abb. 7.3.3-1 und Abb. A7.2.1-1 unten. Die Aktivität in diesen cortico-striato-pallido-thalamischen Schleife wird dabei in Zusammenhang gebracht mit automatischen (unbewussten) Prozessen des "Entscheidens" und "Simulierens", d.h. der Selektion einer optimalen Handlung oder eines passenden Gedankens vor dem Hintergrund des momentan gegebenen kognitiven und sensorischen corticalen Zustandes bzw., dank der Rückkopplungseigenschaft dieser subcorticalen Schleife, der Erzeugung einer ganzen Sequenz von Handlungen oder Gedanken; vgl. BERNS und SEJNOWSKI (1996) und SCHULTZ (1995).

Nach DI CHIARA (1995a: 103f.) hat nun die Aktivierung des dopaminergen Systems im Zusammenhang mit motivationalen Prozessen zwei Effekte: (1) In einem phasischen Modus, der hervorgerufen wird durch unvorhergesehene, hervorstechende (*salient*) Stimuli, ermöglicht es einerseits dass diesen Stimuli inzentive Eigenschaften zukommen (inzentives Lernen), andererseits ist es beteiligt an der Übersetzung der Anreizbedeutung-

Abb. A7.2.1-1 Inzentives Lernen und neuronale Aktivität in den Basalganglien (Striatum, Pallidum, Substantia nigra pars reticulata und Nucleus subthalamicus) und im dopaminergen System (Substantia nigra pars compacta und Area tegmentalis ventralis)

Neurobiologische Hypothese: Spezifische neuronale Aktivität in der direkten und indirekten (via Nucl. subthal.) striato-nigralen Schleife geht mit kontextgestützter Vorhersage belohnender Stimuli einher und moduliert via die diffusen nigro-striatalen und nigro-frontalen dopaminergen Projektionen (DA) die Aktivität in den getrennten, direkten und indirekten (auch via Nucl. subthal.) cortico-striato-pallido-thalamischen Schleifen, d.h. in der (1) skeletomotorischen, (2) oculomotorische, (3) assoziatorischen und (4) limbischen Schleife. Die spezifisch modulierte Aktivität in diesen Schleifen und die neuronale Plastizität im Striatum bilden dann ihrerseits die Grundlage für die Operation des Wahrnehmens und Registrierens von Handlungsmustern und Handlungskontexten sowie des Simulierens und automatischen Entscheidens beim Planen und Kontrollieren von Handlungen, die je zu primärer Belohnung führen – inzentives Lernen.



keit eines Stimulus in eine entsprechende inzentive Reaktionen.⁷ – Stimulus-Bedeutsamkeit *per se* bringt er aber, im Gegensatz zur Vermutung bei ROBINSON und BERRIDGE, nicht in einen eins-zu-eins-Zusammenhang mit Dopamin-Aktivität; s. Unterabs. 0. (2) In einem tonischen Dopamin-Aktivitätsmodus, der ausgelöst wird durch ergotrope Stimuli, ist es so, dass den in diesem Zustand wahrgenommenen Stimuli eine positive motivationale Wertigkeit zugeschrieben wird.

A7.2.2 Dopamin und addiktive Drogen

Addiktive Drogen gehören zu stark verschiedenen pharmakologischen Klassen, die je unterschiedliche neurochemische Wirkungen haben und entsprechend ganz unterschiedliche Verhaltensweisen induzieren. Trotzdem besteht starke experimentelle Evidenz dafür, dass *die allermeisten der addiktiven Drogen eine Eigenschaft teilen*: Sie alle erhöhen bei typischen niedrigen Dosen durch den einen oder anderen neurochemischen Mechanismus extrazelluläres Dopamin in verschiedenen Vorderhirnregionen, auf die Dopamin-Neuronen projizieren. Der bevorzugte Ort erhöhter Dopamin-Transmission und damit erhöhter modulatorischer Wirkung des dopaminergen Systems scheint generell der Nucleus accumbens (speziell dessen "*shell*") zu sein. Der Nucleus accumbens erhält zudem wichtige Projektionen von der Amygdala und vom Hippocampus und stellt einen Knotenpunkt in der limbischen Schleife dar, einer der oben angesprochenen, rückgekoppelten, cortico-striato-pallido-thalamischen Schleifen; s. Abb. A7.2.1-1. Die limbische Schleife spielt schliesslich besonders bei der motorischen Reaktion ("Simulieren" und "Entscheiden") im Zusammenhang mit affektiv-emotionalen und motivationalen Stimuli eine zentrale Rolle.

Addiktive Drogen (im Drogenargot allgemein "Dope" genannt), für die klar nachgewiesen wurde, dass sie eine erhöhte Dopamin-Transmission im Nucleus accumbens bewirken, sind folgende:⁸ Psychostimulantien, wie Kokain ("Coke", und in der Freebase-Form: "Crack"), Amphetamin ("Speed"), Methamphetamin ("Ice"), Methylendioxyamphetamin (MDA, "Love Drug"), Methylendioxymethamphetamin (MDMA, "Ecstasy", "Adam"), Katinon ("Khat") und Methylphenidat; Opiate, wie Heroin ("Sugar") und Morphin, sowie Opiode wie Methadon ("Meti") und Fentanyl ("China White"); Nikotin; Phenzyklidin (PCP, "Angel Dust"); Ethanol ("Alk") und Cannabis (Haschisch und als Marihuana: "Gras", "Pot"). Barbiturate und Benzodiazepine mögen dazu eine Ausnahme bilden, da sie die Freisetzung von Dopamin im Nucleus accumbens verringern; ebenso passt der Effekt der Gewohnheitsbildung im Falle von Koffein nicht in dieses Bild.

Zwei weitere wichtige Befunde, die dafür sprechen, dass es bei addiktiven Drogen einen Zusammenhang gibt zwischen ihrer Eigenschaft, die neuronale Aktivität im dopaminer-

⁷ Siehe SCHULTZ (1995) und MIRENOWICZ und SCHULTZ (1996): Elektrophysiologische Hirnuntersuchungen an lebenden Affen haben gezeigt, dass Dopamin-Neuronen phasisch aktiviert werden durch (1) überraschende – im Sinne von: nicht vorhersagbare – appetitive Stimuli wie z.B. Flüssigkeits- oder Nahrungsbelohnungen sowie (2) durch überraschend auftretende konditionierte Stimuli, die eine primäre Belohnung ankündigen, selbst aber keine Belohnung darstellen. Im Gegensatz dazu bewirken vollständig vorhersagbare belohnende Stimuli sowie aversive Stimuli keine bzw. nur sehr geringe Aktivierung des mesencephalen dopaminergen Systems. Schliesslich führt das Nichteintreffen einer erwarteten – im Sinne einer typischerweise durch eine bestimmte Ereigniskette oder durch einen bestimmten Kontext angekündigten – Belohnungen zu einer Verminderung der Aktivität in diesem System. SCHULTZ und Mitarbeiter fassen diese Beobachtungen formelmässig wie folgt zusammen: *Aktivierungen des mesencephalen dopaminergen Systems zeigen eine Überraschung oder einen "Fehler" in der Vorhersage von Belohnung an.*

⁸ Siehe ROBINSON und BERRIDGE (1993), DI CHIARA (1995a) und WISE (1996).

gen System des Mittelhirns zu stimulieren, und ihrem Potenzial zu Missbrauch, sind folgende: (1) Addiktiven Drogen und Stress ausgesetzt zu sein, sensibilisiert⁹ Subjekte gegenüber den dopamin-stimulierenden Effekten von addiktiven Drogen und vergrößert somit die Anfälligkeit eines Subjektes für Drogenabhängigkeit. (2) Der Entzug verschiedener addiktiver Drogen resultiert in einer Reduktion der basalen, extrazellulären Dopaminkonzentration im Striatum (Putamen, Nucleus caudatus und Nucleus accumbens).

Zusammenfassung der von DI CHIARA (1995a,b) herausgearbeiteten Konklusionen:

Abgesehen von Psychostimulantien scheint die direkte Aktivierung der Dopamin-Transmission durch addiktive Drogen für den Prozess der Aneignung von sekundären, mit Drogen und Drogenkonsum im Zusammenhang stehenden Anreizen (*drug-related incentives*) – d.h. für inzentives Lernen – wichtiger zu sein als für die primär motivationalen, d.h. belohnenden Eigenschaften addiktiver Drogen. Mit anderen Worten: Jeder Mechanismus, der im Stande ist, die dopamin-stimulierende Wirkung von addiktiven Drogen zu potenzieren, führt über die Förderung inzentiven Lernens zu einer Steigerung des Hanges zum Missbrauch von Drogen.

Stress und addiktiven Drogen selbst ausgesetzt zu sein, erhöht deren Vermögen, die Dopamin-Transmission zu stimulieren. Dabei ist die Hypothese die, dass sich Sensibilisierungsprozesse abspielen, die für jede Drogenklasse spezifisch sind, also in je spezifischer Weise dazu beitragen, dass das Vermögen einer Droge bzw. der entsprechenden Drogenklasse, die Dopamin-Transmission zu aktivieren, sukzessive erhöht wird.

Sensibilisierung gegenüber dem dopamin-stimulierenden Vermögen einer Droge resultiert dann in der Förderung inzentiven Lernens, und zwar beschränkt auf Stimuli (Orte, Objekte, Personen, Handlungen, Ereignisse etc.) assoziiert mit derjenigen Droge oder Drogenklasse, von der die Sensibilisierung induziert wurde.

Auf der neurobiologischen Ebene scheint somit für die Verstrickung in den Drogenmissbrauch – aus der Vielzahl von physiologischen Prozessen, die Drogen in Gang setzen können – ein **zweiphasiger Prozess** grundlegend zu sein. Dieser Prozess besteht aus einem Sensibilisierungsmechanismus und aus einem inzentiven Lernmechanismus:

1. In der ersten Phase findet durch die Einnahme einer Droge eine Sensibilisierung gegenüber der Anregung der Dopamin-Transmission durch eben diese Droge oder durch Drogen der gleichen pharmakologischen Klasse statt.
2. In der zweiten Phase fördert diese Sensibilisierung sehr stark inzentives Lernen, und zwar beschränkt auf Stimuli, die mit der Droge bzw. Drogenklasse in Zusammenhang stehen, die die Sensibilisierung induziert hat. Im Verlaufe dieses selektiven inzentiven Lernprozesses werden die drogenassoziierten Stimuli sozusagen mit immer mehr Anreizpotenzial "aufgeladen", so dass sie in ihrer verhaltenskontrollierenden Wirkung immer bedeutsamer werden, im Sinne von immer dominanter gegenüber anderen (konventionellen und natürlichen) Anreizen; und das Ganze geschieht immer unabhängiger von den unmittelbar subjektiv erfahrenen, kurz- oder langfristigen Konsequenzen der Drogeneinnahme.

DI CHIARA betont an dieser Stelle als Modifikation der Vermutung von ROBINSON und BERRIDGE, dass sich als Resultat eines drogeninduzierten Sensibilisierungsprozesses *nicht eine allgemeine* Zunahme der Aktivität des dopaminergen Systems bei motivationalen Stimuli einstellt, sondern nur im Zusammenhang mit ganz besonderen drogenassoziierten motivationalen Stimuli. Zudem setzt er Stimulus-Bedeutsamkeit nicht in ein

⁹ Ein Sensibilisierungsprozess ist allgemein ein Prozess, der zu einer immer leichteren Aktivierbarkeit eines bestimmten neuralen Systems führt.

eins-zu-eins-Verhältnis mit Dopamin-Aktivität, sondern unterstreicht die *vermittelnde und fördernde Rolle* des dopaminergen Systems beim biopsychologischen Prozess des inzentiven Lernens, der schliesslich zu einer differenzierten Zuschreibung von (Anreiz-)Bedeutsamkeit zu ganz spezifischen Stimuli führt.

A9 Tabellenanhang zum statistischen Profil der Klientel von *START AGAIN* bei Therapieaustritt und zu ihrem Vergleich mit der austretenden Poolklientel der FOS-Einrichtungen von 1995 bis 1997

In den nachfolgenden Tabellen fassen wir auszugsweise die in unserem Zusammenhang relevantesten empirischen Resultate der FOS-Austrittsbefragungen zusammen.¹ Die Tabellen vervollständigen die Ausführungen in Kapitel 9 und z.T. Kapitel 10. In eckigen Klammern geben wir die jeweiligen Fragenummern des FOS-Austrittsbogens an. *Falls wir ohne explizite Jahresangaben von der Klientel von START AGAIN (StA) bzw. von der FOS-Poolklientel sprechen, beziehen wir uns immer auf kumulierte Datensätze der drei FOS-Jahre 1995 bis 1997,*² was für *START AGAIN* eine Stichprobe von 85 austretenden Klient/inn/en und für den FOS-Pool von 1'619 austretenden Klient/inn/en bedeutet. *Bilden andere Datensätze die Grundlage einer Tabelle, werden die entsprechenden Quellen ausdrücklich genannt.*

A9.1 Angaben zum Therapieaufenthalt und zur Austrittsmodalität

Tabelle A9.1-1 Anzahl Therapieunterbrüche (von 24 Std. bis 6 Mte.) [A1.5]

	START AGAIN		FOS	
1-mal	17	23%	286	18%
2-mal	4	5%	77	5%
3-mal	0	0%	22	1.4%
4-mal	0	0%	3	0.2%
5-mal	0	0%	3	0.2%
keine	54	72%	1191	75%

¹ Vgl. Referenzen in Fussnote 1 des Anhangs A4.

² Dabei werden alle kumulierten Häufigkeiten, die sich auf die FOS-Jahresstatistiken stützen, von uns selbst berechnet.

Tabelle A9.1-2 Gesamtdauer der Therapieunterbrüche bzw. Motivationsaufenthalte [A1.6]

(FOS-Daten von 1996 & 97)	START AGAIN		FOS	
bis 1 Woche	0	0%	107	9%
ab 1 bis 2 Wochen	12	22%	81	7%
ab 2 bis 3 Wochen	3	5%	46	4%
ab 3 Wochen bis 1 Monat	3	5%	35	3%
ab 1 bis 3 Monate	0	0%	38	3%
ab 3 bis 12 Monate	0	0%	14	1%
keine	37	67%	916	74%

Tabelle A9.1-3 Gesamtdauer des Therapieaufenthalts [A1.4]³

	START AGAIN interne Statistik Oktober 1992 bis März 1998		FOS 1995 bis 1997					
	Anzahl	%	Anzahl	%				
N	174		1619					
bis 3 Monate	46	26%	442	27%				
ab 3 bis 6 Monate	24	14%	252	16%				
ab 6 bis 12 Monate	35	20%	382	24%				
ab 12 bis 18 Monate	44	25%	286	18%				
ab 18 bis 24 Monate	21	12%	170	11%				
über 24 Monate	4	2%	87	5%				
Statistik:			nur 1996		nur 1997		1996 und 1997	
N	174		616		651		1267	
	Monate	Tage	Monate	Tage	Monate	Tage	Monate	Tage
Durchschnitt	9.82	299	9.36	285	9.40	286	9.38	286
Standardabweichung	7.40	225	7.89	240	7.29	222	7.56	230
Median	9.30	283	7.95	242	8.74	266	--	--
Minimum	0.03	1	0.03	1	0.03	1	0.03	1
Maximum	33.94	1033	43.37	1320	43.70	1330	43.70	1330

Tabelle A9.1-4 Austrittsmodalität [A1.7]

	START AGAIN interne Statistik Oktober 1992 bis März 1998		START AGAIN interne Statistik 1995 bis 1997		FOS 1995 bis 1997	
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Anzahl Fälle (N)	174		93		1613	
Durchläufer/innen:						
- regulär gemäss Therapiekonzept	74	43%	49	53%	787	49%
Früh- und Spätabbrecher/innen:						
- irregulär, im gegenseitigen Einverständnis (FOS) bzw. mit gemeinsam ausgehandeltem Anschluss (StA)	53	30%	23	25%	251	16%
- irregulär, ohne gegenseitiges Einverständnis	45	26%	19	20%	569	35%
- Suizid	1	0.6%	1	1%	3	0.2%
- Tod aus anderem Grund (Überdosis, HIV, etc.)	1	0.6%	1	1%	3	0.2%

³ Um die Statistik für die beiden FOS-Jahre 1996 und 1997 zusammen aus den separaten Datensätzen dieser beiden Jahre zu berechnen, folgen wir den "bayesisch meta-analytischen" Ausführungen in GARRETT und FISHER (1992).

Tabelle A9.1-5 Statistik zu den Aufenthaltszeiten verschiedener Austrittsklassen von *START AGAIN*

	START AGAIN interne Statistik Oktober 1992 bis März 1998							Total bzw. Durchschnitt Okt.'92 bis März'98
	4. Quart. 1992	1993	1994	1995	1996	1997	1. Quart. 1998	
Frühabbrecher/innen (F):								
Anzahl	2	18	12	10	5	7	1	55
Aufenthaltsdauer (Monate):								
- Durchschnitt	0.84	1.85	2.21	2.05	1.37	1.29	0.10	1.78
- Standardabweichung	0.16	1.03	1.26	1.12	0.95	1.27	--	1.14
- Median	0.84	1.61	1.94	2.14	1.81	1.15	--	1.68
- Minimum	0.72	0.07	0.26	0.03	0.03	0.03	--	0.03
- Maximum	0.95	3.58	4.86	3.58	2.40	3.06	--	4.86
Spätabbrecher/innen (S):								
Anzahl	0	3	15	7	6	9	5	45
Aufenthaltsdauer (Monate):								
- Durchschnitt	--	7.79	8.31	11.13	8.01	8.01	9.02	8.69
- Standardabweichung	--	2.85	2.66	3.50	6.26	2.63	6.39	3.86
- Median	--	8.25	7.89	11.50	5.49	8.74	7.43	8.25
- Minimum	--	4.73	4.96	6.44	4.34	3.75	3.42	3.42
- Maximum	--	10.38	14.62	17.08	20.53	11.20	19.81	20.53
Durchläufer/innen (D):								
Anzahl	0	2	15	15	15	19	8	74
Aufenthaltsdauer (Monate):								
- Durchschnitt	--	7.74	15.02	17.66	18.39	17.45	13.34	16.48
- Standardabweichung	--	4.99	2.62	6.76	4.79	4.16	3.98	5.05
- Median	--	7.74	15.05	16.10	18.56	16.95	13.60	16.20
- Minimum	--	4.21	10.38	9.20	7.79	11.20	5.39	4.21
- Maximum	--	11.27	18.92	33.94	24.25	28.58	17.28	33.94
alle Ausgetretenen (F, S und D zusammen):								
Anzahl	2	23	42	32	26	35	14	174
Aufenthaltsdauer (Monate):								
- Durchschnitt	0.84	3.14	8.96	11.36	12.72	11.79	10.85	9.82
- Standardabweichung	0.16	2.98	5.66	8.40	8.44	7.45	5.93	7.40
- Median	0.84	2.00	8.85	10.04	14.55	12.48	11.65	9.30
- Minimum	0.72	0.07	0.26	0.03	0.03	0.03	3.42	0.03
- Maximum	0.95	11.27	18.92	33.94	24.25	28.58	19.81	33.94

Tabelle A9.1-6 Anteile Freiwilliger, Unfreiwilliger, Frauen und Männer unter den Austrittsklassen sowie unter allen Eintritten im Fall von *START AGAIN*

	START AGAIN interne Statistik Oktober 1992 bis März 1998							
	Frühabbre- cher/innen		Spätabbre- cher/innen		Durchläu- fer/innen		alle Eintritte	
Frei-/Unfreiwilligkeit und Geschlecht								
freiwillig eingetretene Frauen	4	7%	4	9%	7	9%	16	8%
freiwillig eingetretene Männer	13	24%	11	24%	30	41%	58	30%
unfreiwillig eingetretene Frauen	8	15%	9	20%	4	5%	22	11%
unfreiwillig eingetretene Männer	30	55%	21	47%	33	45%	98	51%
Frauen vs. Männer								
Frauen	12	22%	13	29%	11	15%	38	20%
Männer	43	78%	32	71%	63	85%	156	80%
Freiwillige vs. Unfreiwillige								
freiwillig Eingetretene	17	31%	15	33%	37	50%	74	38%
unfreiwillig Eingetretene	38	69%	30	67%	37	50%	120	62%

Tabelle A9.1-7 Nutzung des Nachsorgeangebots von *START AGAIN*

	<i>START AGAIN</i> interne Statistik Oktober 1992 bis März 1998	
Gebrauch vom Nachsorgeangebot von <i>START AGAIN</i> unter Durchläufer/innen		
ja	52	70%
nein	22	30%

A9.2 Strukturelle Situation bei Austritt bzw. Übertritt in eine Aussenwohngruppe (AWG)

Tabelle A9.2-1 Erwerbssituation bei Austritt bzw. Übertritt in AWG [A3.1 – mehrere Antworten möglich]

	<i>START AGAIN</i> N = 84		FOS N = 1'585	
vollzeit erwerbstätig (>60%)	19	23%	398	25%
regelmässig teilzeit erwerbstätig (<60%)	6	7%	49	3%
temporär erwerbstätig, Gelegenheitsarbeit	5	6%	76	5%
nicht erwerbstätig (nicht auf Stellensuche)	10	12%	363	23%
arbeitslos, auf Stellensuche	3	4%	107	7%
Hausfrau/mann	1	1%	5	0.3%
in Ausbildung	8	10%	97	6%
in Arbeitsintegrationsprojekt	2	2%	143	9%
Rentenbezüger/in	0	0%	12	1%
andere (z.B. Gefängnis)	1	1%	62	4%
keine Information vorhanden	32	38%	473	30%

Tabelle A9.2-2 Lebensunterhalt bei Austritt bzw. Übertritt in AWG [A3.4 – mehrere Antworten möglich]

finanziert durch	<i>START AGAIN</i> N = 82		FOS N = 1'577	
eigener Arbeitslohn	32	39%	607	38%
Eltern	5	6%	253	16%
Partner/in	1	1%	56	4%
Ersparnisse, Vermögen	0	0%	58	4%
Bankkredite	0	0%	3	0.2%
AHV/IV-Rente	2	2%	66	4%
Sozialhilfe, Fürsorge	31	38%	749	47%
Arbeitslosenunterstützung	1	1%	74	5%

Tabelle A9.2-3 Schuldensituation bei Austritt [A3.5, A3.5.2]

	START AGAIN		FOS	
Schulden:				
keine	24	28%	377	24%
bis Fr. 5'000.-	7	8%	309	20%
Fr. 5'000.- bis Fr. 30'000.-	19	22%	376	24%
Fr. 30'000.- bis Fr. 75'000.-	11	13%	120	8%
über Fr. 75'000.-	4	5%	40	3%
weiss nicht/keine Antwort	20	24%	353	22%
Anzahl Fälle (N)	85		1575	
Schuldensanierungsprogramm begonnen? (FOS-Daten von 1996 & 97)				
nein	29	52%	589	48%
ja	6	11%	250	20%
keine Schulden	10	18%	205	17%
schon saniert	4	7%	86	7%
keine Antwort	7	13%	103	8%
Anzahl Fälle (N)	56		1233	

Tabelle A9.2-4 Wohnsituation bei Austritt bzw. Übertritt in AWG [A3.6]

	START AGAIN		FOS	
gemietete oder eigene Wohnung oder Haus, WG	44	54%	317	20%
Angehörigenwohnung	5	6%	271	17%
Zimmer, Hotel, Pension	2	2%	60	4%
Unterkunft in einer Institution (stationär oder teilstationär), betreutes Wohnen, AWG	17	21%	585	37%
ohne feste Unterkunft	1	1%	77	5%
anderes: Gefängnis, ...	3	4%	102	6%
unbekannt	10	12%	174	11%

Tabelle A9.2-5 Rechtliche Situation bei Austritt bzw. Übertritt in AWG [A5.3 – mehrere Antworten möglich]

	START AGAIN N = 83		FOS N = 1'563	
weder straf- noch zivilrechtliche Ansprüche	30	36%	820	52%
Beistand-, Beiratschaft	0	0%	46	3%
Vormundschaft	3	4%	20	1%
Massnahme: entlassen	0	0%	20	1%
Massnahme: bedingt entlassen, Schutzaufsicht	30	36%	187	12%
Fortdauer der Massnahme	25	30%	398	25%
pendentes Strafverfahren	1	1%	159	10%

Tabelle A9.2-6 Regressforderungen durch die Fürsorge bei Austritt bzw. Übertritt in AWG [A5.4.1]

Bestehen Regressforderungen? (FOS-Daten von 1996 & 97)	START AGAIN		FOS	
nein	34	61%	567	53%
ja, auf Klienten/Klientin	2	4%	46	4%
ja, auf Angehörige	0	0%	45	4%
weiss nicht	20	36%	405	38%

A9.3 Soziale Kontakte bei Austritt bzw. Übertritt in eine AWG

Tabelle A9.3-1 Partnerschaft bei Austritt bzw. Übertritt in AWG [A4.1, A4.2, A4.3]

	START AGAIN		FOS	
Partnerschaft:				
feste Beziehung	36	43%	433	27%
nicht sehr enge Beziehung	7	8%	256	16%
kein/e Partner/in	34	41%	784	49%
unbekannt	6	7%	114	7%
Beginn der Partnerschaft:				
während der Therapie, in der Institution	10	23%	216	31%
während der Therapie, ausserhalb der Institution	19	44%	165	24%
vor der Therapie, ausserhalb der Institution	14	33%	304	44%
unbekannt	0	0%	4	1%
Partner/in konsumiert/harte Drogen:				
nie	21	49%	235	34%
früher ja, aktuell nein	13	30%	291	42%
aktuell ja	5	12%	70	10%
unbekannt	4	9%	93	13%

Tabelle A9.3-2 Soziale Kontakte zu Angehörigen der Herkunftsfamilie bei Austritt bzw. Übertritt in AWG [A4.5]

		guter Kontakt		leicht belastet		schwer belastet		kein Kontakt		gestorben/ unbekannt		Anzahl Fälle (N)
Vater	StA	21	31%	18	27%	5	7%	14	21%	9	13%	67
	FOS	297	22%	349	26%	304	22%	240	18%	163	12%	1353
Mutter	StA	38	51%	23	31%	5	7%	4	5%	5	7%	75
	FOS	507	35%	495	34%	252	17%	111	8%	91	6%	1456
Ersatzvater	StA	3	33%	2	22%	1	11%	1	11%	2	22%	9
	FOS	33	18%	33	18%	49	26%	47	25%	25	13%	187
Ersatzmutter	StA	1	14%	2	29%	2	29%	0	0%	2	29%	7
	FOS	16	14%	21	19%	23	20%	28	25%	25	22%	113
Geschwister	StA	33	54%	19	31%	0	0%	4	7%	5	8%	61
	FOS	517	46%	321	28%	122	11%	113	10%	54	5%	1127

A9.4 Einschätzung des Therapieerfolgs bei Austritt durch das Behandlungsteam

Tabelle A9.4-1 Globale Einschätzung des Therapieerfolgs (subjektive Sicht des Behandlungsteams) [A1.8]

	START AGAIN N = 93		FOS N = 1'627	
sehr positiv	8	9%	165	10%
ziemlich positiv	34	37%	476	29%
teils positiv, teils negativ	33	35%	494	30%
ziemlich negativ	8	9%	329	20%
sehr negativ	0	0%	128	8%
keine Angabe	10	11%	35	2%

Literaturverzeichnis

- AKERS, R.L., 1992, *Drugs, Alcohol, and Society. Social Structure, Process, and Policy* (Wadsworth, Belmont, CA).
- V. BAEYER, W., 1955, Der Begriff der Begegnung in der Psychiatrie, *Nervenarzt* **26**, 369.
- V. BAEYER, W., 1978, Über die Bedeutung psychiatrischer Schlüsselwörter, in: A. KRAUS (Hrsg.), *Leib, Geist, Geschichte. Brennpunkte anthropologischer Psychiatrie* (Heidelberg), 29-44.
- BATESON, G., 1995⁴, *Geist und Natur: Eine notwendige Einheit* (Suhrkamp, Frankfurt a.M.).
- BATESON, G., 1996⁶, *Ökologie des Geistes: Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven* (Suhrkamp, Frankfurt a.M.).
- BATTEGAY, R., 1993⁵, *Vom Hintergrund der Süchte. Zum Problem der Drogen-, Medikamenten-, Nikotin-, Alkohol- und Triebbefriedigungsabhängigkeit* (Blaukreuz-Verlag, Bern u. Wuppertal).
- BECKER, H.S., 1963 *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance* (New York); dt. 1981, *Aussenseiter* (Frankfurt a.M.).
- BERNS, G.S. und T.J. SEJNOWSKI, 1996, How the basal ganglia make decisions, in DAMASIO, DAMASIO und CHRISTEN (1996), 101-113.
- BLUMER, H., 1963, Society as Symbolic Interaction, in: A. ROSE (Hrsg.), *Human Behavior and Social Processes: An Interactionist Approach* (Boston), 179-192.
- BODHI, Bhikkhu (Hrsg.), 1993, *A Comprehensive Manual of Abhidhamma, The Abhidhammattha Sangaha of Ācariya ANURUDDHA, Pāli Text, Translation and Explanatory Guide* (Buddhist Publication Society, Kandy, Sri Lanka).
- BRAUN, P., 1993³, *Tendenzen in der deutschen Gegenwartssprache: Sprachvarietäten* (Kohlhammer, Stuttgart).
- BRETTORST, G.L., 1993, On the Difference in Means, in: W.T. GRANDY und P.W. MILONNI (Hrsg.), *Physics and Probability* (Cambridge University Press, Cambridge), 177-194.
- BROSE, H.-G. und B. HILDENBRAND (Hrsg.), 1988, *Vom Ende des Individuums zur Individualität ohne Ende* (Leske und Budrich, Opladen).
- BRUNER, J., 1997², *Wie das Kind sprechen lernt* (Hans Huber, Bern).
- BRUST, J.C.M., 1993, *Nuerological Aspects of Substnce Abuse* (Butterworth-Heinemann, Boston).
- BUCHHOLZ, M.B., 1996, Die metaphorische Verdichtung von Sinnstrukturen, *System Familie* **9**, 3-11.
- CHILDRESS, A.R., A.T. MCLELLAN, R. EHRMAN und C.P. O'BRIEN, 1987, Classically conditioned responses in opioid and cocaine dependence: a role in relapse?, *NIDA Rex. Monogr.* **84**, 25-43.
- COMBE, A. und W. HELSPER (Hrsg.), 1996, *Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (Suhrkamp, Frankfurt a.M.).
- CONCAR, D., 1994, Prisoners of Pleasure?, *New Scientist*, October 1, 26-31.

- CONDELLI, W.S. und R.L. HUBBARD, 1994, Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities, *J. Substance Abuse Treatment* **11**, 25-33.
- DAMASIO, A.R., 1994, *Descartes' Error. Emotion, Reason, and the Human Brain* (Putnam's Sons, New York); dt. 1996, *Descartes' Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn* (List, München).
- DAMASIO, A.R., H. DAMASIO und Y. CHRISTEN (Hrsg.), 1996, *Neurobiology of Decision-Making* (Springer, Berlin/Heidelberg).
- DE LEON, G., 1989, The therapeutic community approach to rehabilitation. Perspective and a study of effectiveness, in: S. Einstein (Hrsg.), *Drug and Alcohol Use* (Plenum Press, New York), 285-293.
- DI CHIARA, G., 1995a, The role of dopamine in drug abuse viewed from the perspective of its role in motivation, *Drug and Alcohol Dep.* **38**, 95-137.
- DI CHIARA, G., 1995b, Psychobiology of the role of dopamine in drug-abuse and addiction, *Neurosci. Res. Commun.* **17**, 133-143.
- DOBLER-MIKOLA, A., 1996, Wie gross ist der "kleine Unterschied" in der Therapie? Geschlechtsspezifische Unterschiede beim Eintritt in eine therapeutische Gemeinschaft und ein Jahr nach Austritt, in: I. VOGT und K. WINKLER (Hrsg.), *Beratung süchtiger Frauen. Konzepte und Methoden* (Lambertus, Freiburg i.Br.), 52-78.
- DOBLER-MIKOLA, A., E. SCHÜPBACH-WIEDEMANN und A. EICHENBERGER, 1994, Der Forschungsverbund therapeutischer Gemeinschaften im Jahr 1993. Tätigkeitsbericht und Beschreibung der Pool-Klientel (Abteilung Forschung und Dokumentation, Sozialpsychiatrischer Dienst ZÜRICH).
- DOBLER-MIKOLA, A., E. GRICHTING, R.H.U. WETTACH und S. SCHAAF, 1996, Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Pilotjahr 1995. Tätigkeitsbericht und Jahresstatistiken der Koordinationsstelle des FOS (KOFOS, Institut für Suchtforschung, Zürich).
- DOBLER-MIKOLA, A., E. GRICHTING und M. REICHLIN, 1997a, Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 1996. Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik (KOFOS, Institut für Suchtforschung, Zürich).
- DOBLER-MIKOLA, A., E. GRICHTING und M. REICHLIN, 1997b, Drogentherapiestation *START AGAIN* — Beschreibung des KlientInnen-Profiles 1996. Jährlicher Auswertungsbericht (KOFOS, Institut für Suchtforschung, Zürich).
- DOBLER-MIKOLA, A., R.H.U. WETTACH und A. UCHTENHAGEN, 1998, Stellenwert stationärer Langzeittherapien für Suchtverlauf und soziale Integration Drogenabhängiger, Forschungsbericht aus dem Institut für Suchtforschung Nr. 59 (Institut für Suchtforschung, Zürich).
- EDDY, N.B. *et al.*, 1965, Drug dependence: its significance and characteristics, *Bull. World Health Org.* **32**, 721ff.
- EDWARDS, G., 1981, Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: a WHO memorandum, *Bull. World Health Org.* **59**, 225-242.
- ERIKSON, E.H., 1992¹¹, *Kindheit und Gesellschaft* (Klett-Cotta, Stuttgart).
- ERNE, S., 1996, Drogenkonsum und Affektregulation. Ambulante, psychoanalytisch orientierte Drogentherapie, *Journal (Psychoanalyt. Seminar Zürich)* **32**, 3-14.
- FAUST, V. (Hrsg.), 1995, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung* (Fischer Verlag, Stuttgart/Jena/New York).

- FIELDS, R., 1981, *How the Swans Came to the Lake: A Narrative History of Buddhism in America* (Shambala, Boulder, CO).
- FISCHMAN, M.W. und R.W. FOLTIN, 1992, Self-administration of cocaine by humans: a laboratory perspective, in: G.R. BOCK und J. WHELAN (Hrsg.), *Cocaine: Scientific and Social Dimensions. CIBA Foundation Symposium No. 166*, 165-180.
- FOLTIN, R.W. und M.W. FISCHMAN, 1991, *Drug Alcohol Depend.* **28**, 3-48.
- GARFINKEL, H., 1967, *Studies in Ethnomethodology* (Englewood Cliffs, N.J.).
- GARRETT, A.J.M. und D.J. FISHER, 1993, Combining data from different experiments: bayesian analysis and meta-analysis, in: C.R. SMITH, G.J. ERICKSON und P.O. NEUDORFER (Hrsg.), *Maximum Entropy and Bayesian Methods* (Kluwer Academic Publishers, Dordrecht), 273-286.
- GELPKE, R., 1995, *Vom Rausch im Orient und Okzident* (Klett-Cotta, Stuttgart).
- GERDES, K. und C. WOLFFERSDORFF-EHLERT, 1974, *Drogenszene – Suche nach Gegenwart* (Stuttgart).
- GLASER, B.G. und A.L. STRAUSS, 1967, *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* (Aldine de Gruyter, New York).
- GOFFMAN, E., 1967, *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (Suhrkamp, Frankfurt a.M.).
- GOFFMAN, E., 1977, *Rahmen-Analyse* (Suhrkamp, Frankfurt a.M.).
- GRICHTING, E., S. SCHAAF, R.H.U. WETTACH und A. DOBLER-MIKOLA, 1996, *START AGAIN — Beschreibung des KlientInnen-Profiles 1995. Jährlicher Auswertungsbericht* (KOFOS, Institut für Suchtforschung, Zürich).
- GRICHTING, E., A. DOBLER-MIKOLA und M. REICHLIN, 1998a, *Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie FOS im Jahr 1997. Tätigkeitsbericht und Jahresstatistik* (KOFOS, Institut für Suchtforschung, Zürich).
- GRICHTING, E., A. DOBLER-MIKOLA und M. REICHLIN, 1998b, *Drogentherapiestation START AGAIN — Beschreibung des KlientInnen-Profiles 1997. Jahresauswertung* (KOFOS, Institut für Suchtforschung, Zürich).
- GRUBITZSCH, S. und G. REXILIUS (Hrsg.), 1994, *Psychologische Grundbegriffe. Mensch und Gesellschaft in der Psychologie: Ein Handbuch* (Rowohlt, Reinbek bei Hamburg).
- HART, W., 1987, *The Art of Living. Vipassana Meditation as Taught by S.N. Goenka* (Harper & Row); dt. 1996, *Die Kunst des Lebens. Vipassana-Meditation nach S.N. Goenka* (Fischer, Frankfurt a.M.).
- HILDENBRAND, B., 1991, *Alltag als Therapie. Ablöseprozesse Schizophrener in der psychiatrischen Übergangseinrichtung* (Hans Huber, Bern).
- HILDENBRAND, B., 1995, *Professionelles Handeln im Gesundheitswesen zwischen Autonomie- und Heteronomie-Orientierung*, Manuskript (Universität Jena).
- HILDENBRAND, B., 1996³, *Methodik der Einzelfallstudie: Theoretische Grundlagen, Erhebungs- und Auswertungsverfahren, vorgeführt an Fallbeispielen*, Studienbrief in drei Bänden (Fernuniversität Hagen).
- HILDENBRAND, B., 1997, *Fallverstehen in der Begegnung*, Vortrag ETH Zürich, erscheint in HILDENBRAND und WELTER-ENDERLIN (Herbst 1998).
- HILDENBRAND, B., 1999, *Fallrekonstruktive Familienforschung: Anleitungen für die Praxis* (Leske und Budrich, Opladen).

- HILDENBRAND, B. und R. WELTER-ENDERLIN, 1998, *Gefühle und Systeme. Die emotionale Rahmung beratender und therapeutischer Prozesse* (Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg).
- HOUK, J.C., J.L. DAVIS und D.G. BEISER (Hrsg.), 1995, *Models of Information Processing in the Basal Ganglia* (Bradford Book MIT Press, Cambridge, MA).
- JAFFE, J.H., 1990, Drug addiction and drug abuse, in: A.G. GILMAN, T.W. RALL, A.S. NIES und P. TAYLOR (Hrsg.), *The Pharmacological Basis of Therapeutics* (Pergamon Press, New York), 522-573.
- JAFFE, J.H., 1992, Current concepts of addiction, in: C.P. O'BRIEN und J.H. JAFFE (Hrsg.), *Addictive States* (Raven Press, New York), 1-21.
- JAMES, W., 1902 *The Varieties of Religious Experience. The Gifford Lectures Edinburgh* (New York); dt. 1982, *Die Vielfalt religiöser Erfahrung. Eine Studie über die menschliche Natur* (Buchclub Ex Libris, Zürich).
- Jahresbericht von START AGAIN*, 1992/93, 1994, 1995 und 1997 (*START AGAIN*, Männedorf und Zürich).
- JAYNES, E.T., 1957a, b, Information theory and statistical mechanics, I and II, *Phys. Rev.* **106**, 620-630 und **108**, 171-190; wieder abgedruckt als Kap. 2 und 3 in JAYNES (1983).
- JAYNES, E.T., 1957c, How does the brain do plausible reasoning?, *Stanford University Microwave Laboratory Report 421*; wieder abgedruckt in: G.J. ERICKSON und C.R. SMITH (Hrsg.), 1988, *Maximum-Entropy and Bayesian Methods in Science and Engineering, Vol. I: Foundations* (Kluwer Academic Publishers, Dordrecht), 1-23.
- JAYNES, E.T., 1968, Prior probabilities, *IEEE Trans. Syst. Sci. Cybern.* **SSC-4**, 227-241; wieder abgedruckt als Kap. 7 in JAYNES (1983).
- JAYNES, E.T., 1976, Confidence intervals vs. bayesian intervals, *Found. Prob. Theory, 175Stat. Inference, and Stat. Theories of Science* **2**, 175-257; wieder abgedruckt als Kap. 8 in JAYNES (1983).
- JAYNES, E.T., 1990, Probability theory as logic, in: P.F. FOUGÈRE (Hrsg.), *Maximum Entropy and Bayesian Methods* (Kluwer Academic Publishers, Dordrecht), 1-16.
- JAYNES, E.T., 1983, *Papers on Probability, Statistics and Statistical Physics*, R.D. ROSENKRANTZ (Hrsg.), (D. Reidel, Dordrecht).
- JAYNES, E.T., 1996, *Probability Theory: The Logic of Science*, in Vorbereitung, kann jedoch bereits übers Internet eingesehen werden via:
"http://omega.albany.edu:8008/JaynesBook.html,1995".
- JONAS, D.A., 1981, *Kurzpsychotherapie in der Allgemeinmedizin. Das gezielte Interview* (Hippokrates Verlag, Stuttgart); 1996, Sonderausgabe (Huttenscher Verlag 507, Würzburg).
- JONAS, D.A., und A. DANIELS, 1987, *Was Alltagsgespräche verraten. Verstehen Sie limbisch?* (Hannibal-Verlag, Wien).
- JUNG, T. und S. MÜLLER-DOOHM (Hrsg.), 1993, "Wirklichkeit" im Deutungsprozeß. *Verstehen und Methoden in den Kultur- und Sozialwissenschaften* (Suhrkamp, Frankfurt a.M.), 106-189.
- KALLMEYER, W. und F. SCHÜTZE, 1976, Konversationsanalyse, *Studium der Linguistik* **1**, 1-28.
- KAMPE, H. und D. KUNZ, 1983, *Was leistet Drogentherapie? Evaluation eines stationären Behandlungsprogramms* (Beltz, Weinheim und Basel).

- KIELHOLZ, P. und D. LADEWIG, 1972, *Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen* (München).
- KRAUSHAAR, B. und E. LIEBERHERR, 1996, *Drogenland in Mafiahand* (Werd, Zürich).
- Konzepte und Kurzkonzepte der Suchttherapiestation START AGAIN*, Oktober 1992, Mai 1993 und März 1995, bzw. *Konzept und Kurzkonzept des Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige START AGAIN*, April 1996 (START AGAIN, Zürich).
- LAMB, R.J., *et al.*, 1991, The reinforcing and subjective effects of morphine in post-addicts: a dose-response study, *J. Pharmacol. Exp. Ther.* **259**, 1165-1173.
- LOONIS, E., 1997, *Notre Cerveau est un drogué. Vers une théorie générale des addictions* (Presses Universitaires du Mirail, Toulouse).
- LETTIERI, D.J. und R. WELZ (Hrsg.), 1983, *Drogenabhängigkeit: Ursachen und Verlaufsformen. Ein Handbuch* (Beltz, Weinheim und Basel).
- LINDESMITH, A.R., 1947, *Opiate Addiction* (Indiana); 1968, revidierte Wiederauflage unter dem Titel: *Addiction and Opiates* (Chicago).
- LINDESMITH, A.R., 1976, A reply to Mc Auliffe and Gordon's "A test of Lindesmith's theory of addiction", *Am. J. Social.*, 147-153.
- LUDEWIG, K., 1972, *Systemische Therapie: Grundlagen klinischer Theorie und Praxis* (Klett-Cotta, Stuttgart).
- LÜSCHER, K. *et al.*, 1988, *Die "post-moderne" Familie* (Universitäts-Verlag, Konstanz).
- MC AULIFFE, W.E. und R.A. GORDON, 1975, A test of Lindesmith's theory of addiction: the frequency of euphoria among long-term addicts, *Am. J. Social.*, 795-840.
- MCGOLDRICK, M. und R. GERSON, 1990, *Genogramme in der Familienberatung* (Huber, Bern).
- MEAD, G.H., 1934, *Mind, Self and Society* (Chicago); dt. 1968, *Geist, Identität und Gesellschaft: aus der Sicht des Sozialbehaviorismus* (Suhrkamp, Frankfurt a.M.).
- MEAD, G.H., 1969, *Philosophie der Sozialität* (Suhrkamp, Frankfurt a.M.).
- MEHAN, H. und H. WOOD, 1975, *The Reality of Ethnomethodology* (New York).
- MERLEAU-PONTY, M., 1994, *Keime der Vernunft: Vorlesungen an der Sorbonne 1949-1952* (Fink, München).
- MIRENOWICZ, J. und W. SCHULTZ, 1996, Preferential activation of midbrain dopamine neurons by appetitive rather than aversive Stimuli, *Nature* **379**, 449-451.
- MÜLLER, A., 1997, *Qualitätssicherung in der stationären Suchttherapie. Rekonstruktive Verfahren als Instrumente der Qualitätssicherung*, Diplomarbeit (Berufsakademie Villingen-Schwenningen).
- MÜLLER-DOOHM, S. (Hrsg.), 1991, *Jenseits der Utopie* (Suhrkamp, Frankfurt a.M.).
- MUSIL, R., 1984³, *Der Mann ohne Eigenschaften* (Rowohlt, Reinbeck bei Hamburg).
- Narcotics Anonymous*, 1993, Übersetzung der fünften Ausgabe des Buches *Narcotics Anonymous*, Zwölf Schritte und Zwölf Traditionen mit Änderung nachgedruckt mit freundlicher Genehmigung von AA World Services, Inc. (World Service Office, Inc., Van Nuys, CA).
- NASH, M., 1997, Addicted. Why do People get hooked?, *Time*, May 26, 47-52.
- ÑYĀNATILOKA, 1980⁴, *Buddhist Dictionary. Manual of Buddhist Terms and Doctrines* (Buddhist Publication Society, Kandy, Sri Lanka).
- OEVERMANN, U., 1979, Ansätze zu einer soziologischen Sozialisationstheorie, in: R. LEPSIUS (Hrsg.), *Deutsche Soziologie seit 1945*, Sonderheft 21 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (Westdt. Verlag, Opladen), 143-168.

- OEVERMANN, U., 1991, Genetischer Strukturalismus und das sozialwissenschaftliche Problem der Erklärung der Entstehung des Neuen, in: S. MÜLLER-DOOHM (Hrsg.), *Jenseits der Utopie* (Suhrkamp, Frankfurt a.M.), 267-336.
- OEVERMANN, U., 1993a, Struktureigenschaften supervisorischer Praxis. Exemplarische Sequenzanalyse des Sitzungsprotokolls der Supervision eines psychoanalytisch orientierten Therapie-Teams im Methodenmodell der objektiven Hermeneutik, in: B. BARDÉ und D. MATTKE (Hrsg.), *Therapeutische Teams* (Göttingen).
- OEVERMANN, U., 1993b, Die objektive Hermeneutik als unverzichtbare methodologische Grundlage für die Analyse von Subjektivität. Zugleich eine Kritik der Tiefenhermeneutik, in: T. JUNG und S. MÜLLER-DOOHM (Hrsg.), *"Wirklichkeit" im Deutungsprozeß. Verstehen und Methoden in den Kultur- und Sozialwissenschaften* (Suhrkamp, Frankfurt a.M.), 106-189.
- OEVERMANN, U., 1995, Ein Modell der Struktur von Religiosität. Zugleich ein Strukturmodell von Lebenspraxis und von sozialer Zeit, in: M. WOHLRAB-SAHR (Hrsg.), *Biographie und Religion: Zwischen Ritual und Selbstsuche* (Campus, Frankfurt a.M.), 27-102.
- OEVERMANN, U., 1996a, Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns, in: A. COMBE und W. HELSPER (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (Suhrkamp, Frankfurt a.M.), 70-182.
- OEVERMANN, U., 1996b, Konzeptualisierung von Anwendungsmöglichkeiten und praktischen Arbeitsfeldern der objektiven Hermeneutik. Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung, Manuskript (Universität Frankfurt a.M.).
- OEVERMANN, U., 1997, Gebildeter Fundamentalismus oder pragmatische Krisenbewältigung, Manuskript, korrigierte Version (Universität Frankfurt a.M.).
- OEVERMANN, U., 1998a, Der Fokus stationäre Suchttherapie aus der Sicht einer Theorie professionalisierten Handelns, Vortragsmitschrift (*START AGAIN*, Zürich).
- OEVERMANN, U., 1998b, Projektskizze, Teil I: "Struktur und Genese professionalisierter Praxis als Ort der Krisenbewältigung", Teil II: "Bewährungsdynamik, lebenspraktische Krisenbewältigung und die Entstehung von Habitusformationen und Deutungsmustern des Rationalisierungsprozesses", Manuskript (Universität Frankfurt a.M.).
- OEVERMANN, U., 1998c, Thesen zum Rahmenthema: "Ethische Verantwortung – Beschäftigung – Globalisierung", Vortrag in der WIPOG am 21.4.1998, Manuskript (Universität Frankfurt a.M.).
- OEVERMANN, U. und E. KONA U, 1980, Struktureigenschaften sozialisatorischer und therapeutischer Interaktion, Manuskript (Universität Frankfurt a.M.).
- OEVERMANN, U., T. ALLERT, H. GRIPP, E. KONA U, J. KRAMBECK, E. SCHRÖDER-CAESAR und Y. SCHÜTZE, 1976, Beobachtungen zur Struktur der sozialisatorischen Interaktion. Theoretische und methodologische Fragen der Sozialisationsforschung, in: M.R. LEPSIUS (Hrsg.), *Zwischenbilanz der Soziologie* (Stuttgart), 274-295.
- OEVERMANN, U., T. ALLERT, E. KONA U und J. KRAMBECK, 1979, Die Methodologie einer "objektiven Hermeneutik" und ihre allgemeine forschungslogische Bedeutung in den Sozialwissenschaften, in: H.G. SOEFFNER (Hrsg.), *Interpretative Verfahren in den Sozial- und Textwissenschaften* (Metzler, Stuttgart), 352-434.
- OEVERMANN, U., T. ALLERT und E. KONA U, 1980, Zur Logik der Interpretation von Interviewtexten. Fallanalyse anhand eines Interviews mit einer Fernstudentin, in: Th. HEINZE, H.W. KLUSEMANN und G. SOEFFNER (Hrsg.), *Interpretationen einer Bildungsgeschichte* (Beltz, Bensheim), 15-69.

- PARSONS, T., 1951, *The Social System* (Routledge, London).
- PARSONS, T., 1964, *Social Structure and Personality* (The Free Press, Glencoe).
- PEIRCE, Ch.S., 1921-1935, 1958, *Collected Papers* (The Belknap of Harvard University Press, Cambridge/Mass.).
- POIMANN, H. und T. MRUSEK, 1997, "Idiolektik – eine neue Form der ärztlichen Gesprächsführung", Manuskript (Gesellschaft für idiolektische Gesprächsführung, Würzburg).
- PULVIRENTI, L., und G.F. KOOB, 1996, Die Neurobiologie der Kokainabhängigkeit, *Spektrum der Wissenschaft*, Februar, 48-55.
- PURUCKER, H.-K., 1998, Ausbildungsunterlagen (Gesellschaft für idiolektische Gesprächsführung, Würzburg).
- REICHERTZ, J., 1993, Abduktives Schlussfolgern und Typen(re)konstruktion: Abgesang auf eine liebgewonnene Hoffnung, in T. JUNG und S. MÜLLER-DOOHM (Hrsg.), "Wirklichkeit" im Deutungsprozeß. *Verstehen und Methoden in den Kultur- und Sozialwissenschaften* (Suhrkamp, Frankfurt a.M.), 258-282.
- ROBINSON, T.E. und K.C. BERRIDGE, 1993, The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction, *Brain Res. Rev.* **18**, 247-291.
- SARTRE, J.P., 1964, *Marxismus und Existentialismus. Versuch einer Methodik* (Rowohlt, Reinbek bei Hamburg).
- SCHALTENBRAND, J. (Hrsg.), 1992, *Familienorientierte Drogenarbeit: Berichte aus der Praxis* (Asanger, Heidelberg).
- SCHATZMAN, L., und A. L. STRAUSS, 1973, *Field Research: Strategies for a Natural Sociology* (Prentice Hall, Englewood Cliffs, N. J.).
- SCHELER, M., 1960, *Gesammelte Werke, Band 8: Die Wissensformen und die Gesellschaft* (Francke, Bern/München).
- SCHMERL, C., 1984, *Drogenabhängigkeit, kritische Analyse psychologischer und soziologischer Erklärungsansätze* (Opladen).
- SCHOLZ, G., 1992, *Vipassana Meditation und Drogensucht: Eine Studie über den Ausstieg aus der Herrschaft der Attraktion Droge*, Dissertation (Universität Zürich).
- SCHULTZ, W., 1995, The primate basal ganglia between the intention and outcome of action, in: M. KIMURA und A.M. GRAYBIEL (Hrsg.), *Functions of the Cortico-Basal Ganglia-Loop* (Springer, Tokyo).
- SCHUMANN, H.W., 1981³, *Buddhismus. Stifter, Schulen und Systeme* (Olten/Freiburg).
- SCHUMANN, H.W., 1990³, *Der historische Buddha. Leben und Lehre des Gotama* (Diederichs, München).
- SCHÜPBACH-WIEDEMANN, E., A. EICHENBERGER und A. DOBLER-MIKOLA, 1994, Eine Beschreibung der Klientel der Drogentherapiestation *START AGAIN* im Jahr 1993. Jährlicher Auswertungsbericht des Forschungsverbands therapeutischer Einrichtungen (Abteilung Forschung und Dokumentation, Sozialpsychiatrischer Dienst Zürich).
- SCHÜPBACH-WIEDEMANN, E., R.H.U. WETTACH und A. DOBLER-MIKOLA, 1995a, Der Forschungsverbund therapeutischer Gemeinschaften im Jahre 1994. Tätigkeitsbericht und Beschreibung der Pool-Klientel (Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich).

- SCHÜPBACH-WIEDEMANN, E., R.H.U. WETTACH und A. DOBLER-MIKOLA, 1995b, Beschreibung der Klientel der Drogentherapiestation *START AGAIN* im Jahre 1994. Jährlicher Auswertungsbericht des Forschungsverbunds therapeutischer Einrichtungen (Sozialpsychiatrische Forschungsgruppe, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich).
- SCHÜTZ, A., 1971, *Gesammelte Aufsätze, Vol. I-III* (Nijhoff, Den Haag).
- SCHÜTZE, F., 1983, Biographieforschung und narratives Interview, *Neue Praxis (Kritische Zeitschr. f. Sozialarbeit und Sozialpädagogik)* **3**, 283-293.
- SCHÜTZE, F., 1987, *Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien I*, Studienbrief in drei Bänden (Fernuniversität Hagen).
- SIMON, F.B., 1995, Die Kunst, nicht zu lernen, in: H.R. FISCHER (Hrsg.), *Die Wirklichkeit des Konstruktivismus: zur Auseinandersetzung um ein neues Paradigma* (Carl-Auer-Systeme, Heidelberg), 353-365.
- SOUTTER, Y., 1998, Stimmungsbilder 1994 bis 1998, Manuskript (Zürich).
- SPILLER, M., 1992, Zur Herkunftsfamilie von Drogenabhängigen, in SCHALTENBRAND (1992), 9-20.
- STRAUSS, A.L., 1994, *Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (Fink, München).
- STUDER, U.M., 1995, Therapieforschung in *START AGAIN*. Eine Werkstattschau: Exemplarische sequenzielle Analyse des Bewerbungsbriefts einer potentiellen Klientin, *Jahresbericht 1995 des Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige START AGAIN* (*START AGAIN*, Männedorf und Zürich).
- STUDER, U.M., 1996a, Evaluation des Suchttherapiezentrum *START AGAIN*. Zwischenbericht ans Bundesamt für Justiz vom Dezember 1996, Teil 1 (*START AGAIN*, Zürich).
- STUDER, U.M., 1996b, Wahrscheinlichkeitstheorie als Logik: die formale Struktur konsistenten Schlussfolgerns. Zwischenbericht ans Bundesamt für Justiz vom Dezember 1996, Teil 2 (*START AGAIN*, Zürich).
- STUDER, U.M., 1997a, Vipassana, Professional Therapie and Science, Manuskript (*START AGAIN*, Zürich); Publikation in Vorbereitung.
- STUDER, U.M., 1997b, Evaluation des Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige *START AGAIN*. Zwischenbericht ans Bundesamt für Justiz vom September 1997 (*START AGAIN*, Zürich).
- STUDER, U.M., 1999, Zusammenfassung von "Verlangen, Süchtigkeit und Tiefensystemik: Fallstudie des Suchttherapiezentrum für Drogenabhängige Start Again in Mönnedorf und Zürich im Zeitraum von 1992 bis 1998", Kurzfassung des Abschlussberichtes ans Bundesamt für Justiz (Bern).
- STUDER, U.M. und B. HILDENBRAND, 2000, Wie wird "Fallverstehen in der Begegnung" dokumentiert?, *System Familie* **13**, 123-131.
- STUDT, H.H., 1995, Psychosomatische Medizin und Neurosenlehre, in FAUST (1995), 169-213.
- TEN HOUTEN, W. und Ch. KAPLAN, 1973, *Science and its Mirror Image* (New York).
- UCHTENHAGEN, A., A. DOBLER-MIKOLA und F. GUTZWILLER, 1996, Medically controlled prescription of narcotics: A Swiss national project, *Int. J. Drug Policy* **7**, 28-33.
- V. USLAR, D., 1969, Vom Wesen der Begegnung im Hinblick auf die Unterscheidung von Selbstsein und Sein selbst bei Heidegger, in: B. GERNER (Hrsg.), *Begegnung, ein anthropologisch-pädagogisches Grundereignis* (Darmstadt).
- Vipassana Pagoda, Souvenir 26th October 1997* (Global Vipassana Foundation, Mumbai, Indien).

- WEBER, M., 1964, *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie* (Berlin).
- WELTER-ENDERLIN, R. und B. HILDENBRAND, 1996, *Systemische Therapie als Begegnung* (Klett-Cotta, Stuttgart).
- WISE, R.A., 1996, Addictive drugs and brain stimulation reward, *Annu. Rev. Neurosci.* **19**, 319-340.
- WISE, R.A. und M.A. BOZARTH, 1987, A psychomotor stimulant theory of addiction, *Psychol. Rev.* **94**, 469-460.
- WOHLRAB-SAHR, M. (Hrsg.), 1995, *Biographie und Religion: Zwischen Ritual und Selbstsuche* (Campus, Frankfurt a.M.).