

Die Behandlung drogenabhängiger Spätaussiedler im Rahmen einer Therapeutischen Gemeinschaft

Zusammenfassung

In den vergangenen Jahren ist der Anteil junger Spätaussiedler aus den ehemaligen russischen Staaten mit ihren Anpassungsstörungen nach einer Migrationserfahrung deutlich angestiegen. Als schwierig erweist sich unter anderem, dass Spätaussiedler zum Teil hermetisch abgeschlossene subkulturelle Gruppen bilden, in welchen delinquenzfördernde Normen herrschen. Der Rückfall in der Einrichtung als gemeinsamer Konsum von Suchtmitteln erlangt die Funktion eines Identität stiftenden Rituals. Es drohen regressive Entwicklungen, die unter anderem daran zu erkennen sind, dass sich Patienten aus der therapeutischen Beziehung zurückziehen, dass die offene Kommunikation verflacht, Konflikte nicht mehr ausreichend besprochen werden und die Therapeutische Gemeinschaft in Untergruppen zerfällt. Es stellt sich daher die Frage, ob Kenntnisse über die psychohistorische und psychodynamische Situation von Spätaussiedlern und der psychologischen Phänomene von Migrationsprozessen zum Verständnis und zur Bearbeitung regressive Entwicklungen und Schwierigkeiten der Integration in die Therapeutische Gemeinschaft ausreichen, oder ob es eines speziellen Behandlungsprogramms, unter Umständen auch besonderer Einrichtungen für diese Patientengruppe bedarf, um ihnen gerecht zu werden. Am Beispiel von vier Großgruppensitzungen wird dargestellt, wie Untergruppenbildungen die Funktion eines Behandlungswiderstandes, insbesondere gegen die Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik, erlangen können. Eine ausreichende Bearbeitung der migrationspezifischen Identitätsstörung, ermöglicht die Rückkehr zur Auseinandersetzung mit der Suchthematik. Gleichzeitig bietet der Rahmen einer inhomogenen Therapeutischen Gemeinschaft Spätaussiedlern die Möglichkeit, verdrängte oder verleugnete Aspekte ihrer Identität zu erleben.

During the past years, the portion of young resettlers from the former russian states with adjustment disturbances after a migration experience has greatly increased. Difficulties arise because a part of the resettlers form hermetically secluded subcultureal groups which are marked by norms that promote criminal activities. The relapse in the form of collective consumption of addictive drugs takes over the function of a ritual creating a spirit of identification. There is a danger of regressive developments, which can be recognized among other things when patients withdraw themselves from the therapeutical relationship, when the open communication degrades, when conflicts are no longer sufficiently discusses and when the therapeutic community disintegrates into subgroups .Therefore, the question arises whether knowledge of the psychohistorical and psychodynamical situation of resettlers and of the psychological phenomena of migration processes helps in understanding and treating regressive developments and difficulties regarding the integration into the therapeutical community are sufficient, or whether a special treatment program, maybe even dedicated institutions, are needed for this special group of patients. Four sessions with large groups serve as an example to show how the creation of subgroups constitutes a resistance against treatment, especially against the examination of their addiction. An adequate handling of the migration-specific identity disorder permits a return to the examining the addiction problems. At the same time, the scope of an inhomogeneous therapeutical community allows resettlers to experience displaced or denied aspects of their identity.

Psychohistorische Aspekte der Migration von Spätaussiedlern

Drogenabhängige Spätaussiedler stammen aus Familien, die über mehrere Generationen von Migration, Verfolgung und Unterdrückung geprägt und damit in der Fähigkeit eingeschränkt waren, der nachwachsenden Generation günstige Entwicklungsbedingungen zur Verfügung zu stellen. Wurden die deutschen Zuwanderer im 18. Jh. unter Katharina II. zunächst durch Privilegien wie Selbstverwaltung, Recht auf freie Religionsausübung und Befreiung von der Wehrpflicht begünstigt, erfolgte schon durch Alexander II. im 19. Jh. die Aufhebung dieser Privilegien. Gleichzeitig begegnete ihnen die russische Bevölkerung mit wachsender Feindseligkeit, die mit Beginn des 1. Weltkrieges ihren Höhepunkt erreichte und sich beispielsweise in einem Versammlungsverbot und dem Verbot, die deutsche Sprache zu gebrauchen, manifestierte. Es folgten kriegsbedingte Evakuierungen und, unter Lenin, die Zerschlagung hergebrachter Sozialstrukturen in den Dörfern. Unter Stalin setzte ab 1927 die vollständige Enteignung des bäuerlichen Grundbesitzes ein und die systematische Deportation der Familien nach Sibirien und Zentralasien mit der Zwangsevakuierung der männlichen Bevölkerung. Die Situation der deutschstämmigen Familien in den Zwangsansiedlungsgebieten in Sibirien und Kasachstan war geprägt von schwerer Zwangsarbeit in den Fabriken oder landwirtschaftlichen Betrieben, der Aberkennung aller Bürgerrechte, Verbot des Schulbesuchs und permanenter Kontrolle. Nach dem Tod Stalins wurden zwar einige Reglementierungsmaßnahmen zurückgenommen und die Integration in die sowjetrussische Gesellschaft gefördert, jedoch ohne dass die ursprüngliche Autonomie wiederhergestellt wurde. Diese Situation trug schließlich zu einer ständig wachsenden Ausreisewelle bei (Auf dem Weg zur Heimat 1998).

Die Migration der Spätaussiedler erfolgte in Wellen und oft sahen sich Familien gezwungen, auszuwandern, die noch zögerten, nur um nicht als einzige in ihrem Dorf zurückzubleiben. Die ersten Aussiedler mussten ihr gesamtes Hab und Gut in Russland lassen und oft auf dem Moskauer Flugplatz noch Briefe und Familienbilder abgeben. Die Entscheidung zur Rückkehr nach Deutschland wurde von den Eltern getroffen, meist in der Hoffnung, den Kindern eine bessere Zukunft ermöglichen zu können. Oft mussten die Kinder ihre Freunde zurücklassen. An der Entscheidung ihrer Eltern waren sie nicht beteiligt.

Über die Lebenssituation drogenabhängiger Spätaussiedler und ihrer Eltern in den Herkunftsländern wissen wir besser Bescheid als über das Schicksal früherer Generationen. Als in der stalinistischen Zeit die Frauen nach der Deportation der Männer die alleinige Verantwortung für den Erhalt ihrer Familien trugen, entstanden Rollenverteilungen, die sich später unter normalisierten Verhältnissen für die

Entwicklung der Kinder als hinderlich erwiesen und eine Integration der zurückgekehrten Väter erschwerten. Dominierende und überversorgende Mütter, die kaum in der Lage sind, ihre Kinder als Individuum zu behandeln und daraus resultierende Schwierigkeiten in der Autonomieentwicklung sind häufige familiäre Probleme in den Familien drogenabhängiger junger Spätaussiedler. Hinzu kommen größere Probleme in der Schule – als Deutschstämmige wurden die Schüler häufig durch ihre Mitschüler diskriminiert - und am Arbeitsplatz sowie ernsthafte Schwierigkeiten, leistungsorientierte Aufgaben zu übernehmen oder Karriereziele zu verfolgen (Laza 2002, S.105). Mit der Migration war dann die Hoffnung verbunden, in der neuen Heimat günstigere soziale, materielle und berufliche Lebensbedingungen zu finden, wodurch diese Schwierigkeiten überwunden werden können. Umso größer ist die Enttäuschung – dies betrifft meist die Väter – wenn die Erwartungen nicht erfüllt werden. Die Verzweiflung der Väter über diese Enttäuschung wird häufig durch Alkoholmissbrauch zu kompensieren versucht.

Daneben gibt es unterschiedliche Schicksalsverläufe der Familien, je nach dem, ob sie in ländlichen Lebensräumen einer stärkeren Diskriminierung ausgesetzt waren als die Stadtbevölkerung, in Abhängigkeit von der materiellen Situation, des Bildungsniveaus und der Berufstätigkeit. Schließlich spielt auch die unterschiedliche Verfügbarkeit und Gebräuchlichkeit von Suchtmitteln im Herkunftsland eine Rolle.

Bei jungen Spätaussiedlern, die sich wegen ihrer Drogenabhängigkeit in Behandlung begeben, stellen wir im wesentlichen zwei unterschiedliche Verläufe der Suchtentwicklung fest. Während die eine Gruppe erstmals nach der Übersiedlung nach Deutschland mit Drogen in Kontakt gekommen ist, wissen wir über die zweite Gruppe, dass sie schon im Herkunftsland ersten Kontakt mit Drogen, meist Alkohol und Cannabis, hatten und in Deutschland ein Umstieg auf Heroin und Kokain erfolgte. So kann schon die beschädigte Familiensituation im Herkunftsland zum Auslöser der Suchtentwicklung geworden sein oder erst die aktuelle Migrationserfahrung mit ihren Auswirkungen.

Die Feststellung, ob der Beginn der Suchtentwicklung schon im Herkunftsland oder erst nach der Übersiedlung nach Deutschland eingesetzt hat in diagnostischer Hinsicht nicht unbedeutend. Ein früher Suchtbeginn gibt Anlass, eine charakterneurotische Störung zu vermuten, während bei einem Suchtbeginn nach der Übersiedlung vermutlich eher von einer depressiven Verarbeitung des Trauerprozesses auszugehen ist. Auch bei der Beurteilung der Familiendynamik und ihres Einflusses auf die Suchtentwicklung spielt der Zeitpunkt des Beginns der Suchtentwicklung eine Rolle. Wir würden im ersten Fall nach weiteren, die kindliche Entwicklung störenden Belastungssituationen suchen. Für die Therapie bedeutet diese

Unterscheidung, dass wir im ersten Fall eine Störung der kindlichen Entwicklung, eine unvollständige Identitätsentwicklung und Reifungsdefizite mit entsprechenden Einschränkungen in den Ichfunktionen usw. annehmen können, während im anderen Fall eher die unverarbeitete Trauer über den Verlust von Heimat und Freunden, eine Rollenunsicherheit und Identitätskonflikte in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit rücken.

Generationenübergreifende Traumatisierung

Die Drogenabhängigkeit junger Spätaussiedler steht am Ende einer ganzen Reihe von sich über mehrere Generationen erstreckenden Traumata. Es ist zu überlegen, ob die Drogenabhängigkeit als individuelles Schicksal behandelt werden kann, oder ob sie nicht vielmehr als Ausdruck eines Gruppenschicksals gesehen werden muss und die Drogenabhängigkeit auch nur dann erfolgreich behandelt werden kann, wenn alle verfügbaren Mitglieder dieser Gruppe mit einbezogen werden. Angesichts der psychohistorischen Situation der Spätaussiedler wäre weiter zu überlegen, ob das von Keilson auf individuelle Lebensspannen von jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden bezogene Konzept der sequentiellen Traumatisierung auf diese Gruppe übertragen und zum Verständnis der psychosozialen Auswirkungen ihrer Migrationserfahrungen angewandt werden kann (Keilson 1979). Wir würden dann von einem Traumbegriff ausgehen, der nicht auf „einem anscheinend einmaligen und plötzlich auftretenden, das Gemütsleben erschütternden und den psychischen Apparat schädigenden Ereignis“ (Keilson 1979, S. 51) basiert, sondern dem die Feststellung zugrunde liegt, dass alle bedeutsamen äußeren Einflüsse in der Kindheit ebenso wie die der kindlichen Phantasie entstammenden Vorstellungen traumatische Bedeutung erlangen können und je nach Altersphase und Entwicklungsgrad des Kindes unterschiedliche Störungen des Entwicklungsprozesses hervorrufen können.

Aus einem weiteren Grund ist es notwendig, die Drogenabhängigkeit junger Spätaussiedler mit den Erfahrungen der vorausgegangenen Generationen in Verbindung zu bringen. „Wenn eine ethnische oder religiöse Gruppe verfolgt und traumatisiert wird, wandern viele Menschen in neue Länder aus, entweder „freiwillig“ oder gewaltsam. Aber der Einfluss massiver Traumata „reist“ auch durch die Generationen“ (Volkan 2002, S. 39). Diese Form des „Reisens“ bezeichnet V. D. Volkan als „Transgenerationale Transmission von Trauma“. Durch die Selektivität einzelner Momente des Nicht-Antwortens seitens der Bezugspersonen tauchen „Bilder

des Grauens, die in das Selbst übertragen werden“ (Fonagy 2002, S.74) in der Psyche der nachfolgenden Generation erneut auf. Die Übertragung traumatischer Erfahrungen auf die nachfolgende Generation erfolgt nicht nur über die Identifizierung der Kinder mit den Ängsten und Phantasien der Erwachsenen, sondern vor allem über deponierte Vorstellungen. Hierbei übernehmen die Eltern eine aktive Rolle, indem sie – bewusst oder unbewußt – Selbstanteile oder Aspekte von internalisierten Objektbildern der Selbstvorstellung des Kindes aufdrängen. Auf diese Weise wird nicht nur das Identitätsgefühl des Kindes beeinflusst, sondern dem jeweiligen Interaktionspartner wird eine gewisse Pflicht auferlegt, die er zu erfüllen hat (Volkan 2002).

Aus der Bindungstheorie erhalten wir einen weiteren Hinweis darauf, wie die Weitergabe des Traumas auf die Eltern-Kind-Beziehung (primäres Objekt) wirkt. Bezugspersonen mit unverarbeiteten Trauer- und Traumaerfahrungen verursachen anscheinend eine Desorganisation des Bindungsverhaltens ihrer Kleinkinder. Sie sind nicht in der Lage, den aktuellen Zustand des Kindes zu spiegeln. Das Kind verinnerlicht daher den Zustand der Bezugsperson als Teil der eigenen sich entwickelnden Ich-Struktur. „Mit einer verängstigten oder beängstigenden Bezugsperson konfrontiert, übernimmt der Säugling die mütterlichen Gefühle der Wut, des Hasses oder der Angst ebenso wie das mütterliche Bild von ihm selbst als beängstigend oder unkontrollierbarer Teil seines Selbst (...). Damit das Kind unter diesen Bedingungen eine erträgliche und kohärente Selbstrepräsentanz erreichen kann, muss dieser schmerzliche Anteil externalisiert werden. Das desorganisierte Bindungsverhalten des Säuglings und seine Folgen, wie herrschsüchtige oder kontrollierende Interaktionen mit den Eltern, lassen sich als rudimentäre Versuche verstehen, die unzumutbaren Aspekte der Selbstrepräsentanz auszublenden. Spätere Versuche, das Verhalten Anderer zu manipulieren, ermöglicht die Externalisierung von Teilen des Selbst und begrenzen ein weiteres Eindringen in die Selbstrepräsentanz (...). Durch diese mangelhafte Integration des Selbst entsteht ein Dissoziationspotential, das seinerseits zur Verhinderung weiterer Verletzungen benutzt werden kann“ (Fonagy 2002, S.71).

Die psychischen Folgen der Migrationserfahrung

Neben dem „Erbe“ des Schicksal der vorausgegangenen Generationen muss bei der Frage nach den Ursachen der Drogenabhängigkeit junger Spätaussiedler natürlich die jeweilige Verarbeitung der eigenen Migrationserfahrung berücksichtigt werden. Gelingt es nicht, den Migrationsprozeß zu bewältigen, so können daraus Identitätsstörungen und Leistungseinschränkungen von Ich-Funktionen resultieren. Es entwickelt sich eine

neurotische Symptomatik, weil bis dahin latente und bewusste Konflikte das traumatisch geschwächte Ich des Migranten bedrohen. „Der zentrale Konflikt des Migranten ist der Konflikt mit dem „sozialen Über-Ich“. Durch die Migration und der Trennung von dem traditionellen Kulturraum sowie die Hinwendung an die neue Kultur kann dem Migranten „Bewusstheit und Verfügbarkeit von szenischen Fantasien und Rollenidentifikationen“ verloren gehen. Solche Rollenidentifikationen waren im alten sozialen und kulturellen Rahmen geeignet, Triebbefriedigung zu ermöglichen und waren ein Teil der vertrauten Ich-Identität“ (Ardjomandi & Streeck 2002, S. 46). Als besonders problematisch erweist sich in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass die meisten drogenabhängigen Spätaussiedler ihre Migrationserfahrung in einem Alter zwischen 12 und 16 Jahren verarbeiten mussten, in einer Entwicklungsphase also, in der Jugendliche eine Auflösung und Neuorganisation von Persönlichkeitsstrukturen erleben, die also eine der größten Krisen in der Entwicklung impliziert und in der Störungen eine Reaktivierung der einzelnen frühkindlichen Phasen mit den dazu gehörenden Konflikten begünstigen (Mentzos 1998, S. 102f.)

Das klinische Erscheinungsbild

Wir beobachten im klinischen Alltag immer wieder, dass neu in die Einrichtung aufgenommene Spätaussiedler in kurzer Zeit Kontakt zu ihresgleichen finden und sich überwiegend in dieser Gruppe aufhalten. Dies unterscheidet sie von deutschen Patienten. Es wäre jedoch verfehlt, wenn wir daraus den Schluss ziehen würden, dass Spätaussiedler kontakt- und gruppenfähiger sind als deutsche Patienten. Bei beiden Gruppen löst die neue Umgebung und die unstrukturierte Gruppensituation eine Regression aus. Bei Spätaussiedler hat sie eine besondere Qualität, weil sie im Zusammenhang mit einer ganzen Reihe von Erfahrungen des Verlustes von vertrauten Beziehungen und Umgebungen und erzwungenen Einpassungen in fremde Welten gesehen werden muss.

Diese Regression lässt primitive internalisierte Objektbeziehungen wieder aufleben und die mit ihnen verbundenen primitiven Affekterlebnisse wie Schmerz, Wut, Angst sowie Hass und Neid. Die Aktivierung dieser bedrohlichen Lebenselemente beinhaltet den Wunsch, gefährliche Objekte zu zerstören, „sie aus Rache für den eigenen Schmerz leiden zu lassen oder sie zu kontrollieren“ (Kernberg 2002, S. 166) und geht einher mit um die Spaltung gruppierten primitiven Abwehrmechanismen. Die Gruppenprozesse der Therapeutischen Gemeinschaft und die Entwicklung von Untergruppen mit ihren aggressiven Auseinandersetzungen spiegeln diese Spaltung wieder.

Solche Auseinandersetzungen werden getragen von Größen- und Allmachtsphantasien und gleichzeitiger Verleugnung der Realität und verfestigen sich

nicht selten so sehr, dass eine therapeutische Bearbeitung der Konflikte erheblich erschwert ist. Ist eine Sanktionierung und Entlassung aus der Therapie unumgänglich, wiederholt sich was Ursache ihrer Traumatisierung ist: sie werden erneut vertrieben.

Spätaussiedler verfügen über eingeschränkte deutsche Sprachkenntnisse. Diese erschweren zwar mitunter die Kontaktaufnahme, und rücken situativ im Dienst der Abwehr immer wieder einmal in dem Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. In unserem Beispiel spielten Verständigungsschwierigkeiten keine Rolle. Ansonsten zeigen auch verschiedene Untersuchungen, dass sprachliche Barrieren kein unüberwindliches Hindernis darstellen müssen. So ist Mahler-Bungers überzeugt, dass die psychoanalytische Methode und ihr Konzept der menschlichen Seele eine transkulturelle Gültigkeit beanspruchen kann und dass sich in Bezug auf eine gruppentherapeutische Behandlung die Grundannahmen Bions in einem geschichtslosen Raum und jenseits der Kategorie Zeit durchsetzen (Mahler-Bungers 1995). Psychoanalysen, die in fremder Sprache durchgeführt wurden, zeigen außerdem, dass die auftauchenden Schwierigkeiten mit den Mitteln der Psychoanalyse verstanden und bearbeitet werden können (Theux-Bauer 1995).

Obwohl wir aus Gründen der Vereinfachung bei der Darstellung von therapeutischen Prozessen von „den Spätaussiedlern“ sprechen und damit in gewisser Weise auch der Selbstdarstellung dieser Patientengruppe folgen, dürfen wir nicht übersehen, dass es sich in Wirklichkeit um eine heterogene Gruppe handelt. Wir unterscheiden Patienten, deren Suchtproblematik schon im Herkunftsland begann von Patienten, deren Suchtproblematik sich erst nach der Auswanderung in Deutschland entwickelt hat. Wir unterscheiden Patienten, die sehr jung sind (18 – 22 Jahre) von älteren Patienten (Ende der zwanziger Jahre) und schließlich Patienten, die ledig sind von solchen, die in einer eigenen Familie leben. Die jeweilige Zusammensetzung dieser Untergruppe wirkt sich auf die Gruppenkohäsion, die Fähigkeit zu Reflexion und Kritikfähigkeit und schließlich auf die Bereitschaft zu Integration aus. Trotz dieses Wissens sind die Beziehungen zu Spätaussiedlern im Unterschied zu denen zu deutschen Patienten häufig schablonenhaft von Denkmustern geprägt, die diese Unterschiede im Sinne einer Entindividualisierung verschwinden lassen.

Fallvignette

Das Setting der stationären Drogenentwöhnungsbehandlung

Die zehnmonatige stationäre Behandlung Drogenabhängiger im Therapiezentrum Kayhauserfeld im Rahmen einer Therapeutischen Gemeinschaft statt. Die Patienten werden über die gesamte Behandlungsdauer von einem/einer Bezugstherapeuten/In in

Einzeltherapie betreut und sind einer von insgesamt 3 Bezugsgruppen zugeteilt. Gemeinsam mit dieser Bezugsgruppe nehmen sie dreimal wöchentlich an Gruppentherapie und verschiedenen ergotherapeutischen Behandlungsangeboten teil. Das Therapieprogramm wird ergänzt durch weitere themenzentrierte Gruppenangebote. Die Therapeutische Gemeinschaft ist sowohl als Rahmenbedingung der Behandlung zu verstehen, als auch als zentrale therapeutische Intervention (Vollmer, Krauth 2000). Als Rahmenbedingung lässt sie sich im Sinne Whitleys als fortlaufende Großgruppe beschreiben, die besonders zu regressiven Prozessen neigt oder nach den Grundannahmen (basic assumption) Bions¹ reagiert (Janssen 1987, S. 44). Als Großgruppe ist sie von vornherein geprägt durch die beiden Untergruppen der Patienten und Therapeuten. Die Untergruppe der Patienten ist vor allem dadurch charakterisiert, dass Drogenabhängige überall dort, wo sie sich aufhalten – auf der Szene, in Haftanstalten, in Institutionen - eine Subkultur bilden (Heckmann 1982, S.266) und damit zugleich die Grundlage für die Fortsetzung ihrer Abhängigkeit legen. In einer behandlungsorientierten Therapeutischen Gemeinschaft können die Mitglieder auf der Grundlage einer freiwilligen Teilnahme und unter der Voraussetzung, dass eine Kultur der offenen Kommunikation etabliert ist, voneinander profitieren (Vollmer, Krauth 2000, S. 118). Das ermöglicht therapiejüngeren Patienten, sich aus der Subkultur Drogenabhängiger zu lösen, indem sie ihre Erfahrungen erweitern, um neue Sichtweisen für Probleme und Lösungsstrategien zu entwickeln. Das Behandlungskonzept der Einrichtung beruht auf einem an der Psychoanalyse orientierten Suchtverständnis unter besonderer Berücksichtigung des Erklärungsansatzes von L. Wurmser. Wurmser hält im Unterschied zum objektbeziehungstheoretischen Modell der psychoanalytischen Suchttheorie die Annahme eines entwicklungsbedingten Defektes für ungerechtfertigt. Er führt die bei Drogenabhängigen festzustellenden Ausfallserscheinungen wie etwa einen Mangel an Ich-Funktionen oder Über-Ich-Funktionen auf die Identitätsspaltung der Toxikomanen zurückführt. Was von einigen Forschern als entwicklungsbedingter Defekt aufgefaßt wird, ist seinem Verständnis zufolge Ausdruck derjenigen Funktionen, „die der allgemeinen Regression und der massiven abwehrbedingten Aufsplitterung zum Opfer gefallen sind“ (Wurmser 1987, S.239).

Vier Großgruppensitzungen

In der Großgruppe mit einer Dauer von insgesamt 120 Minuten wird die Situation der Therapeutischen Gemeinschaft mit ihren enormen Schwankungen und ihrer

¹ gemeint sind die Grundeinstellung (basic assumption) der Abhängigkeit (dependent group), der Paar-Bildung (pairing), der Grundeinstellung von Kampf und Flucht (fight-flight-group) – und im Gegensatz dazu die Arbeitsgruppe

komplizierten Dynamik bearbeitet; hierzu gehören Untergruppenbildungen, Machtkämpfe und Loyalität gegenüber den Mitarbeitern. In Anbetracht der Gruppengröße lassen sich konflikthafte und gruppendynamische Themen nur begrenzt bearbeiten. Es ist daher unter Umständen erforderlich, die Bearbeitung in einem anderen Setting (Kleingruppe, Einzelgespräch) fortzusetzen. Das Plenum wird jeweils in kurzen Vor- und Nachbesprechungen unter den Mitarbeitern reflektiert.

- erste Sitzung -

Eine kleine Gruppe von Spätaussiedlern hatte sich in den letzten Tagen aus der Therapeutischen Gemeinschaft zurückgezogen hat. Sie waren während der Mahlzeiten und der Tagesreflexion durch ihr regressives, kindlich-albernes und respektloses Verhalten aufgefallen.

Anwesend sind in dieser Sitzung 26 von insgesamt 32 Patienten, darunter 10 Spätaussiedler und drei Mitarbeiter. Die Sitzung beginnt damit, dass zwei Patienten ihren Ärger über die Störungen durch die Untergruppe ansprechen und verlangen, dass diese ihr Verhalten ändern und mehr Rücksicht nehmen. Die Angesprochenen entschuldigen sich und verharmlosen ihr Verhalten gleichzeitig, es habe sich um einen einmaligen Vorfall gehandelt. Sie werden daraufhin von weiteren Mitpatienten kritisiert, die diese Entschuldigung nicht akzeptieren.

Ein weitere, an den Vorfällen nicht beteiligter Spätaussiedler nimmt seine Freunde in Schutz, indem er den Kritikern verwirft, dass sich diese in Anwesenheit von Mitarbeitern scheinheilig als kooperativ präsentieren, im Alltag und in Abwesenheit von Mitarbeitern aber die Einrichtung und die Mitarbeiter kritisieren und entwerten würden. Es entwickelt sich ein aggressiver und lautstarker verbaler Schlagabtausch zwischen Spätaussiedlern und deutschen Patienten, in dem jeder Beitrag mit einem Gegenvorwurf abgeschmettert wird.

Der Anlass für die Störungen während der gestrigen Tagesreflexion war die ungewöhnliche Haarfrisur eines Spätaussiedlers, der sich eine Halbglatze geschoren hat und die restlichen Haare wie die Gitter von einem Zellenfenster zerschnitten hat. Hierzu interveniert ein Mitarbeiter mit dem Hinweis, dass ein solches Aussehen typisch für Drogenabhängige sei und sich nachteilig für die soziale und berufliche Integration auswirken würde. Die Gruppe weist dies vehement zurück. Wenn der Chef in Ordnung sei, dann habe er auch für solch ungewöhnliche Frisuren Verständnis.

Eine Mitarbeiterin wird mitten in ihrer Intervention unterbrochen und fühlt sich darin bestätigt, dass auch Therapeuten nicht ernst genommen würden. Einige Spätaussiedler verharmlosen dies als einmalige Entgleisung. Einer der beiden Patienten, die sich anfangs heftig über das Verhalten der Spätaussiedler beklagt hatte, äußert wütend, es komme ständig vor, dass bestimmte Gruppenmitglieder unterbrochen und nicht ernst genommen würde. Der aktuelle Konflikt zwischen Spätaussiedlern und Deutschen wird nun von den Spätaussiedlern auf die alltägliche Diskriminierung zurückgeführt, der sie wegen ihrer Andersartigkeit ausgesetzt seien.

Der Gruppenleiter interveniert, dass diese Situation für Spätaussiedler auch den Vorteil habe, Schwierigkeiten ausweichen zu können, so wie es auch deutsche Patienten häufig tun. Er verweist auf einen vorausgegangenen Beitrag, in dem ein deutscher Patient schilderte, dass er eine Verabredung mit seinem Bezugstherapeuten gebrochen hat. Es gäbe offensichtlich nicht nur einen Konflikt zwischen zwei Gruppen innerhalb der Therapeutischen Gemeinschaft, sondern auch zwischen Patienten und Mitarbeitern, weil einige Patienten sich nicht an Vereinbarungen halten würden. Daraufhin äußert ein deutscher Patient, wenn er nicht von Therapeuten unterstützt würde, dann würde er nach seiner Entlassung rasch rückfällig. Allerdings gäbe es auch Momente, in denen er sich selbst überschätze und denke, er könne alle Schwierigkeiten allein bewältigen.

D., ein Spätaussiedler, der in der Vergangenheit eine deutliche Distanz zur kritisierten Gruppe gezeigt hatte, wirft der Gesamtgruppe vor sich nicht ausreichend um die neuen Patienten zu kümmern. Daraufhin äußert I., ein albanischer Patient, dass er sich entschlossen habe, die Behandlung vorzeitig zu beenden. Er fühle sich von seinem Paten (einem älteren Mitpatienten mit der Aufgabe, ihn in den ersten Tagen seiner Behandlung zu begleiten) nicht gut genügend versorgt und teilweise hintergangen. D. äußert Verständnis und berichtet von seinen ersten Wochen in der Einrichtung. Er habe den Vorteil gehabt, dass sich die Spätaussiedler sofort um ihn gekümmert hätten. Sie hätten ihm den Therapieplan und die Aufgaben erklärt, die er zu erledigen hatte. Und vor allem hätten sie ihm Mut gemacht, die Schwierigkeiten der Anfangszeit durchzuhalten. Einige Gruppenmitglieder äußern Verständnis für I. und schildern, dass sie ebenfalls bei Behandlungsbeginn große Schwierigkeiten hatten, das Heimweh zu ertragen, sich mit der fremden Umgebung anzufreunden und in Zweifel gezogen hatten, ob ihre Entscheidung für eine Therapie richtig war. Die übrigen Spätaussiedler schildern nun, dass es in ihrer Volksgruppe üblich sei, dass man zusammenhält, sich gegenseitig unterstützt und gegebenenfalls auch schont, wenn es notwendig ist, indem man sich untereinander Aufgaben abnimmt und Ratschläge erteilt, wie man bestimmte Aufgaben und Anforderungen bewältigt.

Auf die Frage des Gruppenleiters, ob Therapie nur etwas sei, was man aushalten müsse, werden im weiteren Verlauf zwei unterschiedliche Positionen deutlich. Einige Gruppenteilnehmer äußern ihre Unzufriedenheit darüber, dass sie niemandem trauen können, weil die anderen zwei Gesichter zeigen. In Anwesenheit von Therapeuten würden sie Motivation und Einsicht heucheln, während sie ansonsten offen ihre Ablehnung gegenüber der Therapie zeigen. Dem entgegen gibt es Gruppenteilnehmer, die sich verändern wollen und dazu auch bereit sind, Unangenehmes zu ertragen.

F. behauptet, dass sich hier jeder ein Opfer suche, an dem er seinen Frust ablassen kann. I. brauche einen neuen Paten, der in vom Abbruch abhält. Der Gruppenleiter fragt, ob sich das, was in der Gruppe der Spätaussiedler den Einzelnen Halt gibt, auf die aktuelle Situation übertragen lasse so dass I. motiviert werden kann mit Unterstützung durch andere die Therapie fortzusetzen. K.-O., ein weiterer Spätaussiedler berichtet daraufhin ausführlich, wie er noch während der Entgiftung von einem weiteren Spätaussiedler motiviert wurde, die Behandlung anzutreten. Als sie sich dann hier in der Einrichtung wieder trafen, hätten sie häufig lange Gespräche geführt und über sein Heimweh, die Sehnsucht nach seiner Familie, seine Zweifel, ob der Entschluss richtig war, mit den Drogen aufzuhören und seine Ängste gesprochen, die Therapie nicht zu schaffen. Diese Gespräche und die Antworten des Älteren, der von seinen eigenen Erfahrungen gesprochen hat, hätten ihm schließlich geholfen, die Zweifel zu überwinden. I. lehnt zunächst jede ihm angebotene Hilfe ab und bestärkt seinen Entschluss, zu gehen. Auf die Intervention des Gruppenleiters, bei so eine Unterstützung, wie sie K.-O. erfahren hat, bräuchte er sich weniger Sorgen zu machen, antwortet er, dass er gern zu Fr. aufs Zimmer ziehen würde, denn mit ihm verstehe er sich gut. Fr. stimmt zu und es wird ein Zimmerwechsel vereinbart. I. erklärt daraufhin, dass er die Einrichtung nun nicht mehr verlassen wolle.

In der folgenden Woche lässt sich beobachten, dass das regressive Verhalten einiger Spätaussiedler abnimmt. Allerdings berichtet die Ergotherapeutin davon, dass sich die jungen Spätaussiedler in ihrer Gruppe immer wieder durch Albernheiten und Provokationen – so hatten zwei Patienten im Rahmen des kreativen Gestaltens weibliche Aktbilder angefertigt – bemerkbar machen. Das Misstrauen der Mitarbeiter, dass das manifeste Verhalten die Funktion habe, illegale Absprachen und Regelverstöße, unter Umständen aber auch Rückfälle zu verschleiern, bleibt. Daher werden am Wochenende bei mehreren Patienten Alkohol- und Drogenkontrollen durchgeführt mit dem Ergebnis, dass der Rückfall von Fa. aufgedeckt wird. Während Fa. behauptete, allein nachts die Einrichtung verlassen zu haben, um zu trinken,

besteht der – letztlich nicht zu klärende – Verdacht, dass auch weitere Spätaussiedler beteiligt sind.

- Zweite Sitzung -

Im Mittelpunkt der Vorbereitung auf diese Großgruppe steht der Rückfall von Fa. und die Frage, ob weitere Patienten beteiligt sind. Außerdem kam es am Wochenende zu einem massiven Konflikt zwischen einem Spätaussiedler und einem deutschen Mitpatienten. Alle Mitarbeiter gehen davon aus, dass Fa. mögliche Mitwisser oder Beteiligte seines Rückfalls decken wird, so dass das wahre Ausmaß des Rückfalls nicht zu klären ist. Es stellt sich außerdem in der Gegenübertragungsreaktion eine gewisse Genugtuung darüber ein, dass es gelungen ist, Fa., der bisher gegenüber den Therapeuten eine distanzierte und ablehnende, zugleich aber auch Vergünstigungen fordernde, ungeduldige Haltung gezeigt hatte, bei einem Rückfall zu ertappen.

Fa. schildert zu Beginn der Sitzung, dass er bisher gedacht hatte, dass er alle auftauchenden Schwierigkeiten allein bewältigen könne. In der vergangenen Woche musste er im Rahmen eines Angehörigengesprächs von seiner Ehefrau erfahren, dass sie entgegen seinen Erwartungen nicht wieder mit ihm zusammenziehen will, wenn er aus der Behandlung entlassen wird. Er habe dadurch erfahren, dass er nun selbst die Verantwortung dafür übernehmen muss, um die Voraussetzung für eine Versöhnung zu schaffen. Dadurch habe er sich so schlecht gefühlt, dass er im Alkohol Vergessen und Erleichterung gesucht hätte. Als Fa. am Ende seiner, mit bedrückter Mine und kraftloser Körperhaltung vorgetragenen Darstellung des Rückfalls ist, melden sich Mitpatienten mit kritischen Nachfragen zu Wort. Es entwickelt sich eine rasch eskalierende Auseinandersetzung zwischen der Mehrheit der Spätaussiedler und einigen – meist therapieerfahrenen – Mitpatienten. Die Mehrheit der deutschen Gruppenteilnehmer schweigt. Es fällt außerdem auf, dass niemand in Frage stellt, ob Fa. tatsächlich allein rückfällig war. Die Spätaussiedler weisen daraufhin, dass in den vergangenen Wochen zwei deutsche Patienten nach einem Rückfall und einem Abbruch wieder aufgenommen wurden und die Therapie fortsetzen konnten und fordern, dass auch Fa. bleiben darf. Schließlich seien alle Drogenabhängige wie Babys mit einer Wunde und würden ein Pflaster brauchen, früher seien es die Drogen gewesen und manchmal eben der Alkohol. Die Fronten zwischen beiden Gruppen sind mittlerweile so verhärtet, dass ein Gespräch kaum möglich ist. In dieser Situation wird von Ma. eine Rauchpause verlangt. In der Gegenübertragungsreaktion ist Müdigkeit und Ärger, vor allem aber Resignation zu spüren. In diese Situation fällt die reguläre Pause.

In der zweiten Hälfte dieser Sitzung wird ein Konflikt zwischen St., einem deutschen Patienten und Fr., einem Spätaussiedler besprochen. Anlass dafür ist, dass sich St. bei einem Ausgang von der Gruppe entfernt und Fr. ihn deswegen kritisiert hatte. Fr. berichtet, dass er wiederholt versucht habe, St. auf dessen Verhalten anzusprechen, der ihm jedoch ausgewichen sei. Aufgrund seiner eingeschränkten Deutschkenntnisse hat er offensichtlich die Antworten von St. missverstanden, bzw. als Entwertung seiner Person interpretiert. St. fühlte sich umgekehrt von Fr. bedrängt und versuchte ihm aus dem Weg zu gehen. Als dies nichts nützte, trat er mit dem Fuß unter dem Tisch nach ihm. Die Gruppe hat auf diesen Konflikt beiden eine Kontaktsperre bis zur Klärung verordnet.

Im Unterschied zur ersten Hälfte der Großgruppe gelingt es den Teilnehmern nun zumindest ansatzweise, sich gegenseitig zuzuhören und ausreden zu lassen. Dabei wird deutlich, dass beide Konfliktpartner in der beschriebenen Situation nicht in der Lage waren, die Signale des anderen zu verstehen. Während Fr. sich versuchte, im Sinne der Regeln der Therapeutischen Gemeinschaft – niemand darf sich beim Ausgang von der Gruppe entfernen – gegenüber St. durchzusetzen und diesen als uneinsichtig erlebte, versuchte St. sich gegenüber dem von ihm als rechthaberisch erlebten Auftreten von Fr. abzugrenzen. Mit dieser Feststellung endet die Sitzung.

Die massive Frontenbildung ist Anlass für die Überlegung, am gleichen Tag eine weitere Großgruppe anstelle der vorgesehenen Kleingruppen durchzuführen.

- Dritte Sitzung -

Zu Beginn der folgenden Großgruppe schlägt der Gruppenleiter vor, einen Innenkreis zu bilden mit allen anwesenden Spätaussiedlern. Der Gruppenleiter fragt die Gruppe als Einstieg in den Gruppenprozess, ob sie es begrüßen würde, wenn eine eigene, regelmäßige Kleingruppe mit allen Spätaussiedlern gebildet würde. Entgegen der erwarteten Zustimmung reagieren die meisten Gruppenteilnehmer mit Zweifel, bzw. Ablehnung. Es wird befürchtet, dass eine reine Aussiedlergruppe anstrengend würde und deutliche Ablehnung geäußert. In der Freizeit und im Alltag würden sich die Spätaussiedler untereinander gut verstehen und ihren Spaß miteinander haben. Wenn es jedoch darum ginge, über Konflikte und Schwierigkeiten zu sprechen, dann hätten alle gleichermaßen die Schwierigkeit, nicht über die eigenen Gefühle sprechen zu können.

Der Gruppenleiter äußert, dass die Spätaussiedler sie möchten wollen, wie die Deutschen, sich aber haben wegen ihrer Vergangenheit speziellen Erfahrungen, die kaum angesprochen, von diesen unterscheiden. Dr. erwidert, dass es sehr schwer sei, über diesen Abschnitt der Lebensgeschichte zu sprechen und Fa. ergänzt, dass es notwendig sei, mit den anderen Menschen zu sprechen. Allein auf sich selbst gestellt traue er sich nicht, etwas zu sagen, weil ihm vieles zu peinlich sei, um es ansprechen zu können. Mit seinen Landsleuten könne er Spaß haben, aber nicht über seine Gefühle oder über die Themen sprechen, die ihn bedrücken. Er befürchtet, von ihnen ausgelacht zu werden. Diese Angst teilen alle Spätaussiedler miteinander und daher hoffen sie, in einer gemischten Gruppe eher Hilfe zu erhalten, als in einer reinen Spätaussiedlergruppe. Auch Ke. kann mit seinem Bezugstherapeuten über seine Gefühle sprechen, aber nicht in der Gruppe.

Der Gruppenleiter erkundigt sich, ob es allen Männern in ihren Familien so gehe und die Gruppe bestätigt dies. Die Gruppe bestätigt, dass Männer nicht über Gefühle sprechen würden. Hinzu kommt das Bemühen, es besser als die Deutschen machen zu wollen. Dadurch entstehe Stress und Angst, zu versagen. Daraufhin fragt Gruppenleiter die Gruppe, was sie als hilfreich erleben, um nicht rückfällig zu werden und die Therapie nicht abzubrechen. K.-O. meint, dass Deutsche und Spätaussiedler sich ähnlich sind. Er wolle sich nicht mehr streiten. Die Therapie sei sinnvoll und hilfreich und er ist froh, hier zu sein. Der Gruppenleiter äußert die Vermutung, dass sich vieles, was zu Konflikten führt in den Köpfen der Anwesenden als Vorurteile abspiele und erzählt als Beispiel die Geschichte von Paul Watzlawick vom Mann, der sich einen Hammer ausleihen will und die Abfuhr des Nachbarn antizipierend wütend äußert, der andere könne seinen Hammer behalten. Ke. bestätigt, dass sein Verhalten häufig von Vorurteilen und der Angst zu versagen bestimmt ist. Es komme hinzu, dass es in Russland üblich gewesen sei, Konflikte durch Schlägereien zu lösen. Erst wenn diese so eskaliert seien, dass jemand ernsthaft zu Schaden gekommen ist, wäre die Polizei eingeschritten. Das sei ein Lösungsweg, der in Deutschland viel strenger geahndet werde. Der Gruppenleiter äußert nun die Vermutung, dass die Eltern erwarten, dass ihre Söhne ein selbstständiges Leben führen, sich an diese Gesellschaft anpassen und dennoch gleichzeitig nicht vergessen, woher sie kommen. Das sei vermutlich eine zu große Bürde. Mt. bestätigt, dass es schwer sei, alles Neue zu verkraften und den Anforderungen, die aus dem Erlernen einer neuen Sprache, dem Unterricht in der Schule und dem Arbeitsplatz entstehen, gerecht zu werden. In der Schule wurde er von den deutschen Schülern wegen seiner Unkenntnis und mangelnden Sprachkenntnis ausgelacht und hatte nur zwei Möglichkeiten gesehen, die Anfeindungen entweder auszuhalten oder sich zu schlagen, bzw. sich zu wehren. Während man in Deutschland sofort ins Gefängnis komme, werde man in Russland erst bei schweren Straftaten inhaftiert. Spätaussiedler würden ihre Konflikte lösen, indem sie zunächst versuchen, mit Schwierigkeiten allein fertig zu werden, bevor sie

sich an jemand anderen, bzw. an die Therapeuten wenden. Der Gruppenleiter erwidert daraufhin: Was sie von uns hier erwarten können ist, dass wir uns mit den verschiedenen Lebenswelten auseinandersetzen und versuchen, die Erfahrungen, die sie geprägt haben, zu verstehen. Am Schluss der Sitzung schlägt Fa. vor, eine Kleingruppe ausschließlich mit Spätaussiedler zu bilden, um sich ohne Furcht aussprechen können.

- Vierte Sitzung -

Auch diese Sitzung beginnt mit einem Konflikt zwischen Deutschen und Spätaussiedlern. Zwischen Fo. und Ma. ist es in den vergangenen Tagen wiederholt zu Auseinandersetzungen gekommen, weil sich Ma. darüber geärgert hat, dass Fo. das Zimmer nicht gründlich genug gereinigt hat. Umgekehrt fühlt sich Fo. ständig bevormundet und zu Unrecht kritisiert.

Die Gruppe zieht zwei Lösungen in Erwägung: entweder soll Fo. zu einem anderen Spätaussiedler ins Zimmer ziehen oder es wird von Fo. verlangt, dass er sich den an ihn gestellten Anforderungen anpasst: „Wenn ihr nicht zusammen leben könnt, dann müsst ihr eben auseinandergehen“. Der Gruppenleiter äußert die Ansicht, dass die Kontrahenten stellvertretend für die beiden Untergruppen den Konflikt der letzten Sitzungen fortzuführen. Die einfachste Lösung für diesen Konflikt scheint es zu sein, wenn die einen die Guten und die anderen die Bösen sind und bleiben. Außerdem scheint die Gruppe zwei Kontrahenten gewählt zu haben, die durch ihre jeweilige Eigenart – Ma. ist rechthaberisch und Fo. verweigert seine aktive Mitarbeit – dazu beitragen, dass praktikable Lösungsversuche scheitern. Ke. erwidert, dass die Rechthaberei von Ma. kaum zu ertragen sei und Ma. kritisiert, dass Fo. von den Spätaussiedlern zu Unrecht in Schutz genommen wird. Der Gruppenleiter erwidert, dass es möglicherweise keine schnellen Lösungen gibt und nichts anderes übrig bleibt, als für jetzt zu ertragen, dass die Fronten so verhärtet sind und zu warten, bis eine günstigere Zeit zur Verständigung gekommen ist. Damit ist die erste Hälfte dieser Sitzung beendet.

Nach der Pause spricht De. das kindliche Gerangel einiger Spätaussiedler an. K.-O. versucht dieses übermütige Kräfte messen damit zu erklären, dass es schwer auszuhalten sei, keine Drogen zu konsumieren und die dadurch angestauten Spannungen abgebaut werden müssen. Mehrere Gruppenteilnehmer fühlen sich vom Stichwort „aushalten“ angesprochen. Es sei auch schwer, Dinge, die sich nicht verändern lassen, auszuhalten, ohne in Hoffnungslosigkeit zu verfallen und ohne zu Drogen zu greifen.

Der Gruppenleiter äußert, dass es grundsätzlich zwei Möglichkeiten gäbe, mit unerträglichen inneren Zuständen, Konflikten usw. umzugehen. Man könne sie in Handlungen umsetzen und dann unter Umständen selbst Schaden nehmen oder anderen Schaden zufügen. Die andere Möglichkeit bestehe darin, darüber zu sprechen. Allerdings ver helfe dies oft nicht zu schnellen Lösungen.

Mehrere Gruppenteilnehmer beginnen daraufhin zu berichten, dass sie in den vergangenen Tagen bei verschiedenen Gelegenheiten Suchtdruck verspürt hätten.

Zusammenfassung

Feindseligkeiten in psychotherapeutischen Gruppen erleben wir in der Praxis häufig. Sie können sich gegen den Therapeuten richten oder entwickeln sich zwischen zwei Gruppen. Die eigene Aggression wird dabei nach außen projiziert. Die Folge dieser unbewussten Projektion und Dämonisierung eines Sündenbocks ist häufig, dass die Gegensätze und Streitigkeit innerhalb der eigenen Gruppe abnehmen oder

verschwinden (Moses 1995). Dabei begegnet es uns nicht selten im Alltag, dass in Situationen, in denen zwei Gruppen in Kontakt miteinander treten, sich jede von ihnen für die bessere auf Kosten der anderen hält. Darin erkannte Freud einen Narzissmus, „... der sich so benimmt als ob das Vorkommen einer Abweichung von seinen individuellen Ausbildungen eine Kritik derselben und eine Aufforderung, sie umzugestalten, mit sich brächte“ (Freud 1921). Diese Intoleranz verschwindet erst dann, wenn die libidinöse Bindung an andere Menschen eine Einschränkung dieses Narzissmus bewirkt. In solchen Fällen wird jedes Gruppenmitglied durch die affektive Reaktion, die es mit den anderen Gruppenmitgliedern teilt, darin bestärkt, wie der Feind wahrzunehmen ist. In Gruppen, deren Mitglieder in ihrer persönlichen Entwicklung schwer beeinträchtigt sind, führt dies zu einer Psychopathologie, „... die die Individuen in der Gruppe veranlasst, als sich von den wichtigen Personen in ihrer persönlichen und sozialen Welt misshandelt zu sehen“ (Moses 1995, S. 14). Dieser „Narzissmus der kleinen Unterschiede“ (Moses 1995), der im gegenseitigen Befehden und Verspotten anderer Gruppen zum Ausdruck kommt erfüllt die Funktion, die eigenen Gruppenmitglieder aneinander zu binden, und die Äußerung der Aggression auf andere zu richten. Überwunden werden können solche Feindseligkeiten wenn die jeweiligen Konfliktpartner erkennen, dass sie die eigene Einseitigkeit überwinden müssen, indem sie auch die andere Seite des Konfliktes in sich zulassen.

Häufig bezeichnen sich Spätaussiedler selbst als „Deutschrussen“ oder einfach nur als „Russen“. Damit versuchen sie, ihr Bedürfnis nach Identität in Worte zu fassen. Zugleich lässt sich diese Selbstbezeichnung auch als Angebot verstehen, mit ihnen über ein, wenn auch sprachlich selten vermitteltes und inhaltlich nur rudimentär entwickeltes, Selbstbild in Kontakt zu treten. Es empfiehlt sich, dies auch zum Ausgangspunkt der Entwicklung der therapeutischen Beziehung zu nehmen. Die Darstellung und Beschreibung der alten und der neuen Identität kann dann zur Entwicklung eines ersten Therapiezieles führen, nämlich beide Identitäten gleichermaßen zu akzeptieren und sich als gegenseitig ergänzend zu erleben.

In der Übertragung erleben wir, wie sich die Erfahrungen der Patienten mit ihren autoritären Vätern, aber auch mit den Vertretern eines totalitären Staates wiederholen. Die therapeutische Beziehung ist aufgrund der Identifikation mit dem Aggressor durch Anpassung und dem Ausweichen konflikthafter Themen und Anforderungen geprägt. Gleichzeitig akzeptieren diese Patienten Vereinbarungen nur dann als verbindlich, wenn ihre Nichteinhaltung sanktioniert wird. Dadurch sind sie zu Beginn der Therapie nur begrenzt in der Lage, die Freiräume eines auf Selbstreflexion und Selbstbestimmung orientierten Settings zu nutzen. Für den Therapeuten bedeutet das, ein besonderes Augenmerk auf die Gefahr des Gegenübertragungsgierens zu

richten und der Versuchung zu widerstehen, die vom Patienten angeregte ordnungspolitische Rolle zu übernehmen. Gleichzeitig sollte er ähnlich wie in der Behandlung von Patienten mit strukturellen Defiziten auf die Einhaltung eines klaren und verbindlichen Behandlungsrahmens achten und grenzüberschreitendes Verhalten als Ausdruck der verleugneten aggressiven Impulse deuten.

Der sich als Untergruppenbildung manifestierende Behandlungswiderstand lässt sich als regressiver Versuch verstehen, die alte Identität in einer als bedrohlich erlebten Umwelt zu bewahren und hat daher auch die Funktion eines Selbstschutzes. Im Zusammenhang mit der korrigierenden Erfahrung, dass die alte Identität als solche nicht grundsätzlich in Frage gestellt wird, sondern mit ihren positiven Aspekten, die der Patient zunehmend besser von ihren negativen, einer Integration in die neue soziale Umwelt entgegenstehenden, Aspekten zu unterscheiden lernt, kann auf diesen Selbstschutz soweit verzichtet werden, dass sich eine normale Vielfalt von Sozialkontakten entwickeln kann.

Im Setting einer Therapeutischen Gemeinschaft führt der Widerstand gegen den Trauerprozeß immer wieder zu regressiven Gruppenprozessen. Sie werden dadurch initiiert oder gefördert, dass die Aufmerksamkeit überwiegend auf der Selbstbeobachtung liegt, sich die Zusammensetzung der Gruppe aufgrund wechselnder Belegung der Einrichtung mitunter gravierend ändert, oder dass integrierende ältere Gruppenmitglieder fehlen. Dadurch werden grundlegende Abwehrmechanismen aktiviert und vorwiegend zwei Arten primitiver Phänomene ausgebildet, „die man entsprechend als narzißtische und als paranoide Regression bezeichnen könnte und die im weitesten Sinne eine Entsprechung finden in der „von der Grundannahme der Abhängigkeit bestimmten Gruppe“ und in der „von der Grundannahme Kampf und Flucht bestimmten Gruppe“ Bions (1961)“ (Kernberg 2002, S.141).

Als hilfreich für die innere Integration abgespaltener Selbstanteile und die äußere Integration in die Gesamtgruppe hat sich eine aktive Förderung und Steuerung auf unterschiedlichen Ebenen erwiesen. So wird allen Patienten mit einer Migrationsproblematik im Therapiezentrum Kayhauserfeld die Teilnahme an einer themenzentrierten Indikationsgruppe „Transkulturelle Psychotherapie“ angeboten. Dadurch erhalten sie einen Raum, in dem sie die Auswirkungen ihrer Identitätsdiffusion ansprechen und Lösungen für die daraus resultierenden inneren und äußeren Konflikte entwickeln können. Dieser Prozeß wird unterstützt durch eine aktive Interventionstechnik, um die individuellen Verarbeitungsformen der Migration und des „in-einem-fremden-Land-lebens“ der Teilnehmer herauszuarbeiten. Der Focus der Wahrnehmung liegt dabei zunächst auf den Differenzen innerhalb der eigenen

subkulturellen Gruppe und im zweiten Schritt auf den Gemeinsamkeiten mit den übrigen Mitgliedern der Therapeutischen Gemeinschaft. Ergänzend werden die Kontakte zwischen den unterschiedlichen Gruppierungen, beispielsweise bei Aktivitäten innerhalb und außerhalb der Einrichtung und bei der Bearbeitung der aus diesen gemeinsamen Unternehmungen resultierenden Konflikten, steuernd thematisiert.

Literatur

- Ardjomandi, M.E., Streeck, U. (2002): Migration – Trauma und Chance; in: Bell, K., Holder, A., Janssen, P. & Sande, J.v.d. (Hg.): Migration und Verfolgung; Gießen
- Bion, W.R. (1971): Erfahrungen in Gruppen; Stuttgart
- Fonagy, P. (2002): Bindung, Holocaust und die Ergebnisse der Kinderpsychoanalyse; in: Bell, K., Holder, A., Janssen, P. & Sande, J.v.d. (Hg.): Migration und Verfolgung; Gießen
- Freud, S. (1921): Massenpsychologie und Ich-Analyse. GW XIII, S. 111 – 205
- Gerlach, A.: Muttersprache, Vatersprache; in: Möhring, P., Apse, R.: Interkulturelle psychoanalytische Therapie, Frankfurt a.M.
- Grinberg, L. und Grinberg, R. (1990): Psychoanalyse der Migration und des Exils, München u. Wien
- Gruen, A. (1999): Ein früher Abschied – Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim Plötzlichen Kindstod, Göttingen
- Janssen, P.L. (1987): Psychoanalytische Therapie in der Klinik, Stuttgart
- Kakar, S.: Klinische Arbeit und kulturelle Imagination; in: Möhring, P., Apse, R.: Interkulturelle psychoanalytische Therapie, Frankfurt a.M.
- Keilson, H. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern, Stuttgart
- Kernberg, O.F. (2002): Sanktionierte gesellschaftliche Gewalt: eine psychoanalytische Sichtweise; in: Bell, K., Holder, A., Janssen, P. & Sande, J.v.d. (Hg.): Migration und Verfolgung; Gießen
- Laza, R.Z. (2002): „Fremde in einem fremden Land“ oder „Es führt kein Weg zurück“; in: Bell, K., Holder, A., Janssen, P. & Sande, J.v.d. (Hg.): Migration und Verfolgung; Gießen
- Lichtenberg, J.D. (1989): Psychoanalysis and Motivation. Hillsdale, N.J.: The Analytic Press
- Mahler-Bungers, A. (1995): Gruppenanalyse in der Ukraine. Jahrbuch der Gruppenanalyse 45 - 61
- Mentzos, S. (1998): Neurotische Konfliktverarbeitung, Frankfurt a.M.
- Möhring, P.: Ein kurzer Versuch über psychoanalytisches Verstehen; in: Möhring, P., Apse, R.: Interkulturelle psychoanalytische Therapie, Frankfurt a.M.
- Möhring, P.; Apse, R. (Hg.) (1995): Interkulturelle psychoanalytische Therapie, Frankfurt a.M.
- Moses, R. (1995): Innere und äußere Feindseligkeiten in Gruppen. Jahrbuch der Gruppenanalyse 7 – 20
- Nading, M. (1993): Die Ritualisierung von Hass und Gewalt; in: Reihe Flucht und Migration, Bd. 4
- Saller, V.: Tobie Nathan: genialer Theoretiker, orientalischer Geschichtenerzähler oder Scharlatan?; in: Möhring, P., Apse, R.: Interkulturelle psychoanalytische Therapie, Frankfurt a.M.
- Theux-Bauer, E. (1995): Psychoanalyse in fremder Sprache; in: Möhring, P., Apse, R.: Interkulturelle psychoanalytische Therapie, Frankfurt a.M.
- Volkan, V.D. (2002): Identitätsverlust – Migration und Verfolgung; in: Bell, K., Holder, A., Janssen, P. & Sande, J.v.d. (Hg.): Migration und Verfolgung; Gießen
- Vollmer, H.C., Krauth, J. (2000): Verhaltenstherapie bei Suchterkrankungen, In: THOMASIU, R. (Hg.): Psychotherapie der Suchterkrankungen, Stuttgart, New York
- Wurmser, L. (1987): Flucht vor dem Gewissen, Berlin, Heidelberg
- Wurmser, L. (1997): Die verborgene Dimension – Psychodynamik des Drogenzwanges, Göttingen
- Auf dem Weg zur Heimat – Aussiedler im Oldenburger Münsterland, Hg. vom Geschichtsausschuß im Heimatbund für das Oldenburger Münsterland 1998

Hans-Adolf Hildebrandt

Ahlkenweg 150 b

26131 Oldenburg