

Hans-Adolf Hildebrandt

Die therapeutische Gemeinschaft im Wandel – aus psychoanalytischer Sicht

Dass Menschen, die abhängig sind von bestimmten chemischen Substanzen oder deren Lebensführung durch eine zwanghafte Wiederholung bestimmter Verhaltensweisen beeinträchtigt wird, den Kreislauf ihrer Sucht bzw. Abhängigkeit nur in seltenen Fällen aus eigener Anstrengung zu durchbrechen vermögen und auf fremde Hilfe, dies umfaßt sowohl bestimmte Formen persönlicher Zuwendung als auch materielle bzw. finanzielle Unterstützung, angewiesen sind, dürfte hinlänglich bekannt sein. Allerdings war schon seit je her die Akzeptanz dieser häufig langwierigen und kostenintensiven Form der Unterstützung in weiten Teilen unserer Gesellschaft nur eingeschränkt vorhanden, denn im Unterschied zu anderen psycho-somatischen Erkrankungen hängt der Sucht bis heute der Vorwurf des Selbstverschuldeten an. Gegenwärtig erleben wir über diese bekannte Verweigerung der Empathie und Solidarität hinaus, dass die Unterstützung des Ausstiegsprozesses aus dem Suchtkreislauf noch mehr als bisher von dem Verdikt geprägt ist, dass nur noch das bezahlt wird, was erfolgreich dazu beiträgt, aus Süchtigen, also aus Menschen, deren Leidenserfahrungen häufig schon in einer so frühen Phase der Persönlichkeitsentwicklung einsetzen, dass sie alle für einen späteren Einstieg in das Erwerbsleben erforderlichen Lern- und Ausbildungshürden nicht mehr erklimmen konnten, wieder zu Beitragszahler der Rentenversicherung zu machen. Im Bereich der stationären Drogenentwöhnungsbehandlung wird diese Restriktion aktuell dadurch verschärft, dass die Leistungsträger seit Anfang 2004 nur noch für sechs Monate des zehnmonatigen Behandlungszeitraumes den vollen Pflegesatz bezahlen und damit die psychotherapeutischen Einflussmöglichkeiten weiter minimieren. Diese Kostenreduzierungen haben erhebliche Folgen für die Rahmenbedingungen und das Setting der stationären Drogenentwöhnungsbehandlung, unter anderem auch für das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft.

Vor zwei oder drei Jahren konnten Teilnehmer eines Suchtkongresses eine Arbeitsgruppe besuchen mit dem Thema „Wie viel Therapeutische Gemeinschaft ist heute noch machbar?“ Eine Frage, die angesichts der sich beunruhigend schnell verändernden Rahmenbedingungen stationärer Drogentherapie mit Recht zu stellen war. Aus heutiger Perspektive wirkt sie jedoch nicht mehr wie die Einladung zu einer Diskussion mit offenem Ausgang, sondern, nach drei Jahrzehnten Praxis mit diesem Behandlungsmodell, wie die Einleitung zu einem resignierend negativen Resümee.

Gerade diese Frage nach dem Stellenwert der Therapeutischen Gemeinschaft für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger markiert meines Erachtens, ohne dass

sie ausdrücklich in einem negativen oder positiven Sinne beantwortet worden wäre, den Niedergang eines bewährten Behandlungskonzeptes, dessen Bedeutung und Erfolg für die Behandlung Drogenabhängiger bisher nicht ausreichend untersucht worden ist, weil sie in ihrer Formulierung, die gesetzten, letztlich an den Finanzierungsmöglichkeiten orientierten, Rahmenbedingungen als gegeben hinnimmt und die zur Erreichung des Ziels eines drogenfreien Lebens notwendigen Mittel, die Erfahrung einer heilsamen sozialen Umwelt, als beliebig verkürzbar zu akzeptieren bereit ist.

Die hier scheinbar schon entschiedene Frage, ob in der stationären Drogenentwöhnung auf das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft verzichtet werden kann, bzw. ob eine Therapeutische Gemeinschaft unter den Kosten sparenden und die Therapiezeiten verkürzenden Vorgaben der Leistungsträger überhaupt noch zu verwirklichen ist, ist meines Erachtens erst noch im Sinne einer Problematisierung der aktuellen Situation zu stellen. Zu dieser Problematisierung will ich mit meinen folgenden Überlegungen einen Beitrag leisten.

Da ein Verständnis der Konzeption der Therapeutischen Gemeinschaft nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden kann, will ich mit einer Definition beginnen und diese sinnvollerweise mit einer kurzen historischen Notiz verbinden.

Erste Ansätze, Patienten zu einer aktiven Mitwirkung in den therapeutischen Prozess mit einzubeziehen, lassen sich bereits im 19. Jahrhundert finden (HECKMANN 1982). Ohne die Grundlage der Psychoanalyse und der Gruppenanalyse ist die Entwicklung der Therapeutischen Gemeinschaft jedoch nicht denkbar. Schon Ernst Simmel verfolgte bei der Eröffnung seiner „Psychoanalytischen Klinik“ 1927 in Berlin-Tegel den Gedanken, dass die klinische Situation so strukturiert werden muss, dass das gesamte Krankenhaus, seine Patienten und Mitarbeiter an den alltäglichen Vorgängen im Sinne einer „aktiven Milieuregulierung“ beteiligt werden, um eine Alternative zu der bisherigen „pathogenen“ Umwelt des Patienten bieten zu können (STREECK u. AHRENS 1997). Es war nur folgerichtig, dass auch nicht akademische Mitarbeiter Verantwortung im Kontakt mit den Patienten übernahmen. Dadurch entwickelten sich die Voraussetzungen für die Bildung interdisziplinärer Teams, die ihre therapeutischen Bemühungen gemeinsam reflektierten (STUTZ 1998). Diese Überlegungen wurden von Main und dem englischen Psychiater Jones übernommen, die gleichzeitig den Begriff der Therapeutischen Gemeinschaft prägten. Während Jones diesen Begriff im Sinne der Soziotherapie benutzte, einer Form der Sozialanalyse, die weitgehend bewusste emotionale Interaktionen in der Gruppe zum Gegenstand hat und auf der Annahme basiert, dass soziale Faktoren bedeutsame

Determinanten der psychischen Erkrankung sind, war das Bemühen von Main, der gemeinsam mit Foulkes und Bion Soldaten, die nach dem Krieg an Psychoneurosen und psychosomatischen Krankheiten erkrankt waren behandelt hatte, darauf gerichtet, das therapeutische Potential der Patienten als Gruppe zu mobilisieren, indem sie sie zur gegenseitigen Stimulierung und Hilfe anregten (JANSSEN 1987). Mit den Erfahrungen aus dieser klinisch therapeutischen Arbeit beschränkten Bion und Foulkes später neue Wege in der Gruppenanalyse, während Main versuchte, die therapeutische Institution Krankenhaus zu verändern. Das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft greift sowohl die Ideen Levins zur Gruppendynamik als auch die Erfahrungen der Psychoanalytiker auf, wonach sich die Neurose eines Patienten in einer therapeutischen Gruppe als Phänomen der Gruppe darstellt (BION 1971), während sie in der Einzeltherapie als individuelles Problem in Erscheinung tritt. Dieser Auffassung entspricht auch eine bestimmte Rolle des Therapeuten, dessen Aufmerksamkeit sich nicht auf die Bearbeitung der individuellen Probleme des Patienten richtet, sondern bevorzugt auf die Bearbeitung interpersoneller Spannungen in der Gruppensituation. Er tut dies, indem er als „ehrlicher Kommentator“ des Verhaltens in der Gruppe versucht, emotionale Probleme zu identifizieren und anzusprechen und den Gruppenmitgliedern so einen Anstoß zu geben, sie selbst lösen zu lernen (JANSSEN 1987).

Erst durch die Einführung der Neuroleptika in den 50er Jahren und der damit verbundenen Reduzierung der Risiken einer offenen Behandlung gewann die Bewegung der therapeutischen Gemeinschaft an Breite. Es folgte in den 60er und 70er Jahren eine recht komplexe Entwicklung. Einerseits wurde eine grundlegende Reform der psychiatrischen Anstalten bis hin zum Postulat der Abschaffung der psychiatrischen Klinik in Italien angestrebt. Die Aktivitäten von Jones führten beispielsweise zu einer entscheidenden Veränderung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung insbesondere in Großbritannien. Andererseits gerieten im Zuge einer fachlich-methodischen Entwicklung Fragen der interdisziplinären Arbeit, der Integration psychotherapeutischer Methoden, der Teambildung und der Supervision in den Vordergrund, während der egalitäre, politisch-progressive Gehalt der therapeutischen Gemeinschaft verloren ging. Der ursprünglich psychoanalytische Ansatz von Main trat später in der Bedeutung hinter den sozialpsychologischen Überlegungen von Jones zurück.

Seit Beginn der sogenannten Rauschgiftwelle Ende der sechziger Jahre entwickelten sich in der Behandlung Drogenabhängiger kleine, familienähnlich strukturierte therapeutische Wohngruppen, die in Ermangelung von Fachkräften im wesentlichen von ehemals Drogenabhängigen nach dem Selbsthilfeprinzip organisiert

und getragen waren (JUNGE 1982). Die wachsende Zahl Drogenabhängiger und das Scheitern der traditionellen Institutionen trugen dazu bei, dass geeignete Einrichtungen mit Fachkräften als Alternative zur traditionellen, hierarchisch organisierten psychiatrischen Behandlungsform geschaffen wurden (MEYER-FEHR 1987). Die kollektivistisch organisierte Therapeutische Gemeinschaft als Behandlungsprinzip für Suchtkranke entwickelte sich als eine von mehreren Entwöhnungsmethoden.

Seit über zehn Jahren ist in dieser Entwicklung der therapeutischen Gemeinschaft eine Stagnation eingetreten, die nach Auffassung von STUTZ mit einer allgemeinen restaurativen Grundstimmung, aber auch mit den realen Grenzen zusammenhängt, die mit den gesellschaftlichen Verhältnissen und der Pathologie des psychischen Leidens gegeben sind (STUTZ 1998).

Die Literatur zur Konzeption der Therapeutischen Gemeinschaft vermittelt ein facettenreiches Bild unterschiedlicher Modelle (SCHULZ 1974, S. 79f.) mit hierarchischer oder familiärer Organisationsstruktur, familiärer Atmosphäre oder religiöser Ausrichtung (MEYER-FEHR 1987, S. 112). Von einer ähnlichen Vielfalt sind die Definitionen der Therapeutischen Gemeinschaft, die sowohl so allgemein gefasst, dass sie auf jede stationäre Behandlung zutreffen können (MEYER-FEHR 1987, S.108) als auch in ihren Grundsätze sehr speziell formuliert und insbesondere an basis-demokratischen Prinzipien ausgerichtet (JUNGE 1982, S.109) sind.

Zu den Prinzipien einer Therapeutischen Gemeinschaft zählen:

- „Erlebnisse, Ereignisse in der Gemeinschaft als ein zentrales Thema der Einzel- und Gruppentherapie,
- Behandlungsplanung und –evaluation einschließlich gegenseitiger Rückmeldung auch in Großgruppen,
- Mitentscheidung der Patienten in ausgewählten therapeutischen und organisatorischen Bereichen,
- Ausgewählte Aufgaben- und Verantwortungsbereiche für die Patienten zur Aufrechterhaltung der Gemeinschaft,
- Patienten und Therapeuten als vernetzte, dynamische Elemente der Gemeinschaft,
- Förderung einer „Führung von unten“ im Gegensatz zur hierarchischen „Führung von oben“,
- Zielgerichtetes Netzwerkmanagement bei Aufrechterhaltung der fachlichen Zuständigkeiten“ (VOLLMER, KRAUTH 2000, S.119).

Wir sehen, dass die Therapeutische Gemeinschaft mehr ist, als eine bloße Umstrukturierung des Krankenhauses zu therapeutischen Zwecken (JANSSEN 1987, S.43). Sie ist „sowohl eine Rahmenbedingung der Behandlung als auch eine zentrale therapeutische Intervention“ (VOLLMER, KRAUTH 2000, S.117). Als Rahmenbedingung lässt sie sich im Sinne Whitleys als fortlaufende Großgruppe beschreiben, die besonders zu regressiven Prozessen neigt oder nach den Grundannahmen 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 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.

Lässt man an dieser Stelle außeracht, dass sich auch in der Gruppe der Therapeuten Untergruppen entwickeln können als Folge der häufig durch die Patienten induzierten Spaltungen, so ist die aktuelle Situation in Drogenentwöhnungseinrichtungen heute außerdem durch einen hohen Anteil von Patienten geprägt, die mit der Auflage „Therapie statt Strafe“ nach § 35, 36 BtmG zur Aufnahme kommen. Ihre Motivation ist vor allem, ihre Reststrafe nicht in einer Haftanstalt verbringen zu müssen und weniger durch die Bereitschaft, in Zukunft auf Drogen zu verzichten und sich auf einen anstrengenden Veränderungsprozeß einzulassen. Je nach Hafterfahrungen - manche von ihnen haben ein Drittel ihres Lebens in solchen Institutionen zugebracht - ist ihr Verhalten durch den in Haftanstalten geltenden „Ehrenkodex“ beeinflusst, der einer therapeutischen Beziehungen mit ihrer Notwendigkeit einer offenen Kommunikation, aber auch den Regeln der Einrichtung auf Gewaltverzicht entgegen steht. Auch sie etablieren mit ihren Normen und Werten eine Subkultur in der Einrichtung und stellen wegen der fehlenden Motivation zur Drogenfreiheit darüber hinaus eine Gefährdung für die übrigen Mitglieder der Therapeutischen Gemeinschaft dar. Drogenentwöhnungseinrichtungen müssen eine bestimmte Auslastungsquote

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

erreichen, damit sie finanziell überlebensfähig bleiben. Dieser hohe wirtschaftliche Druck geht häufig auf Kosten fachlicher Überlegungen, welche Patienten für das Modell der Therapeutischen Gemeinschaft geeignet sind. Inzwischen ist es die Regel und nicht die Ausnahme, dass sich die Therapeutische Gemeinschaft aus Mitgliedern zusammensetzt, die, jeder für sich genommen, behandelbar sein und über ein ausreichendes Entwicklungspotential für Veränderungsprozesse verfügen könnten, zusammen aber eine Gruppendynamik bewirken, die mitunter kaum noch steuerbar ist. So lassen sich einzelne Patienten mit einer antisozialen oder präpsychotischen Persönlichkeitsstruktur oder einer Borderline-Symptomatik durchaus integrieren. Dies trifft auch auf Spätaussiedler mit ihren Anpassungsstörungen nach einer Migrationserfahrung zu. Ist die Einrichtung gezwungen, den Anteil schwer traumatisierter Patienten aus wirtschaftlichen Gründen über das für die Dynamik der Gesamtgruppe verträgliche Maß hinaus zu erhöhen, dann kann die Therapeutische Gemeinschaft in sich untereinander ungünstig beeinflussende Untergruppen zerfallen. Es drohen regressive Entwicklungen, die am deutlichsten an Abbrüchen und Rückfällen zu erkennen sind, aber auch daran, dass sich Patienten aus der therapeutischen Beziehung zurückziehen, dass die offene Kommunikation verflacht, Konflikte nicht mehr ausreichend besprochen werden, so dass die Patienten vielleicht noch einen regulären Abschluss ihrer Behandlung erreichen, danach aber rückfällig werden, weil keine wirkliche Entwicklung stattgefunden hat.

Als fortlaufende Großgruppe ist die therapeutische Gemeinschaft heute vor allem durch eine hohe Fluktuation geprägt, die auf verkürzte Behandlungszeiten und auf die Notwendigkeit einer erhöhten Auslastung zurückzuführen sind. Gruppen mit einer hohen Fluktuation verlieren den Charakter einer „slow-open-group“, in ihnen wird „fast open“ (KÖNIG u. LINDNER 1991, S. 195) gearbeitet. Sie kämpfen häufig mit der Schwierigkeit, nicht zu einer Bahnhofsatmosphäre zu degenerieren. Kann unter diesen Bedingungen eine Therapeutische Gemeinschaft überhaupt noch wirkungsvoll arbeiten?

Kurze Behandlungszeiten von vier bis zwölf Wochen mit den sich daraus ergebenden Rahmenbedingungen eines „fast open“ für das Setting der gruppentherapeutischen Behandlung gibt es üblicherweise schon immer in psychosomatischen Kliniken (KÖNIG u. LINDNER 1991, S. 1995f.). Allerdings wird die stationäre Behandlung hier häufig als Anbehandlung und Vorbereitung für eine, sich über einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren erstreckende, ambulante Therapie verstanden. Im Unterschied dazu verfolgt die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger ausdrücklich das Ziel der Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nach der Entlassung mit

begleitenden nachsorgenden Maßnahmen zur Stabilisierung der erreichten Drogenfreiheit, das heißt, am Ende von zehn Monaten Landzeittherapie soll das primäre Ziel erreicht sein. Psychotherapeutische Prozesse können jedoch, das weiß jeder in diesem Bereich Tätige, nicht beliebig beschleunigt werden.

Gerade im Hinblick auf die Zusammensetzung der Therapeutischen Gemeinschaft mit unmotivierten, antisozialen und psychisch schwer gestörten Patienten kommt der Fähigkeit der Therapeuten, die unbewußt ablaufenden Prozesse zu beobachten und aus den dabei gewonnenen diagnostischen Einschätzungen therapeutische Konsequenzen zu ziehen, eine zentrale Bedeutung zu. Hier spielt insbesondere die Notwendigkeit eine Rolle, kontinuierlich die eigene Behandlungsideologie zu reflektieren, um die Gruppe zwischen der notwendigen Selbstverantwortung und der zulässigen Regression zu steuern. Wenn dann noch an der Ausbildung gespart wird - Bezugstherapeuten in Suchteinrichtungen haben in der Regel neben ihrem Grundberuf lediglich eine zeitlich begrenzte suchtspezifische Weiterbildung absolviert und arbeiten mit dieser Qualifikation, eine kontinuierliche Finanzierung von Weiterbildungsmaßnahmen lässt das geringe Budget von Suchteinrichtungen in der Regel nicht zu, bis zum Ausscheiden aus dem Berufsleben oder bis zu einem Wechsel in ein anderes psychosoziales Arbeitsfeld - schadet dies dem Behandlungsverfahren.

Patienten, die zur stationären Behandlung in die Therapeutische Gemeinschaft aufgenommen werden, kommen in der Mehrheit der Fälle direkt aus der Entgiftung und haben also bis vor wenigen Wochen noch Drogen konsumiert. Im Unterschied zu Patienten mit einer neurotischen Symptomatik müssen sie ihre Symptomatik sofort aufgeben. Sie erleiden also einen Objektverlust, wenn man die Droge als Ersatzobjekt in Zusammenhang mit einer ursächlichen präödiptalen Entwicklungsstörung (BÖHLE u. VATTES 1993, S.260f.) versteht, und werden nun abrupt mit einer Aktualisierung ihres Zentraltraumas konfrontiert. In dieser Situation sind sie ganz besonders auf die Problemlösungsstrategien der Therapeutischen Gemeinschaft angewiesen. Neue Patienten können aufgrund der Fluktuation in der Einrichtung auf eine Situation stoßen, dass entweder in kurzer Zeit viele neue Patienten aufgenommen wurden und die Atmosphäre prägen, während sich kaum noch therapieerfahrene Patienten in der Einrichtung befinden, oder dass ihnen eine große Anzahl therapieerfahrene Patienten begegnen, die sich jedoch auf ihre Entlassung vorbereiten und nicht mehr als stabilisierende Vorbilder zur Verfügung stehen. Das bedeutet, dass es unter Umständen dem Zufall überlassen ist, ob die Prinzipien der behandlungsorientierten Therapeutischen Gemeinschaft (VOLLMERS u. KRAUTH 2000) zum Tragen kommen und den Behandlungsverlauf von Anfang an

prognostisch günstig prägen. Dies hat zwangsläufig Auswirkungen auf die Haltequote, das heißt auf die Rate derjenigen Patienten, die aufgrund ihrer in einer frühen Entwicklungsperiode erlittenen Traumatisierung keine ausreichende Fähigkeit zur Objekt Konstanz entwickeln konnten und deswegen in Angst auslösenden Situationen abbrechen.

Es fehlen zweifellos Langzeituntersuchungen zur Wirksamkeit der Therapeutischen Gemeinschaft. Ebenso fehlen Untersuchungen, mit denen die Auswirkungen der Therapiezeitverkürzungen und ähnlicher Veränderungen der Rahmenbedingungen stationärer Drogenentwöhnung erhoben werden können. Die Frage, ob die Therapeutische Gemeinschaft unter den jetzigen Bedingungen noch wirksam sein kann, lässt sich vermutlich empirisch überhaupt nur schwer beantworten. Solche Untersuchungen sind schwierig, weil das stationäre Setting ein sehr komplexes Gebilde ist, und sich kaum ausschließen lässt, daß nicht dieselben Ergebnisse, also die für die Leistungsträger relevanten Entlassungs- und Haltequoten sowie die Zahl derjenigen, die erfolgreich in den ersten Arbeitsmarkt eingegliedert werden konnten dadurch zustande gekommen sind, daß strukturelle Mängel kompensiert worden sind, beispielsweise dadurch, dass die Mitarbeiter mehr Verantwortung übernehmen, eventuell auch indem sie sich selbst überfordern und die Patienten bis zu ihrer Entlassung übermäßig versorgen, so dass ein Scheitern der Behandlung erst nach der Entlassung offensichtlich wird.

Wir kennen aber durchaus einen anderen, sehr viel besser zur Beschreibung der Qualität der Therapeutischen Gemeinschaft geeigneten Maßstab, indem wir die Großgruppensitzungen kritisch reflektierend analysieren. Dazu müssen wir uns darauf besinnen, dass Drogenabhängigkeit nicht nur das Ergebnis einer individualpathologischen Fehlentwicklung, sondern auch eine Reaktion auf unerträglich empfundene gesellschaftliche Abhängigkeiten ist, aus denen der Süchtige versucht auszubrechen (SCHWENDTER 2000, S.101). Wir haben es bei der Drogenabhängigkeit nicht nur mit einem psychochemischen, sondern immer auch mit einem gesellschaftlichen Abhängigkeitsverhältnis zu tun. Darin liegt übrigens auch eine Gemeinsamkeit von Drogenabhängigen und sogenannten normalen Menschen in unserer Gesellschaft. Abhängigkeitsverhältnisse sind jedoch, sieht man von gleichzeitig mit der Sucht auffälligen familiären oder partnerschaftlichen Beziehungen ab, nicht Gegenstand der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme. Die gesellschaftliche und berufliche Integration bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung der die Selbstaussbeutung und die Entfremdung von den eigenen Interessen und Bedürfnissen fördernden Abhängigkeitsverhältnisse, sei es vom Arbeitgeber oder vom Ehepartner, wird durchaus nicht als widersinnig empfunden. Gerade in diesem

Zusammenhang erlangt die Therapeutische Gemeinschaft die Rolle eines Antagonisten. Eines ihrer Prinzipien, oben bereits erwähnt, lautet: „Förderung einer „Führung von unten“ im Gegensatz zur hierarchischen „Führung von oben“ und erinnert an die „Vergesellschaftung von unten“ (HEIDER, SCHWENDTER, WEISS 1988, S.433) als notwendige Voraussetzung für die Befreiung von die Eigenständigkeit behindernden Bindungen. Dazu ein Beispiel aus dem Alltag einer Therapeutischen Gemeinschaft:

Wie üblich wurden vor Beginn der einmal wöchentlich stattfindenden Großgruppe Themen gesammelt und ein Gruppenmitglied stellte die Frage, wie der in der Einrichtung übliche Umgang mit solchen Gruppenmitgliedern sei, die sich krank gemeldet hätten. Müssen sie im Bett bleiben oder dürfen sie aufstehen? Nehmen sie an den Mahlzeiten teil oder wird ihnen das Essen aufs Zimmer gebracht? Können sie sich selbst gesund melden oder müssen sie warten, bis sie vom Arzt untersucht worden sind? Dies war die Art von Fragen, die die Gruppe eine ganze Zeit im Zusammenhang mit diesem Thema beschäftigte. Dabei wurde zweierlei deutlich. Zum einen war die Gruppe daran interessiert, möglichst für jede nur irgendwie denkbare Situation und Möglichkeit eine Regelung zu finden. Zum anderen erwartete die Gruppe offensichtlich die Beantwortung aller Fragen ausschließlich von den Therapeuten. Dabei schien es nicht die geringste Rolle zu spielen, dass es schon seit langem in der Einrichtung eine konkrete, in schriftlicher Form vorliegende und für alle Beteiligten zugängliche Regelung gab. Der Anlass dafür, dass diese Frage zum Thema der Gruppensitzung gewählt worden war: vor kurzem hatte sich ein Gruppenmitglied von der Teilnahme an der Ergotherapie befreien lassen, sich jedoch entgegen der Verabredung nicht im Zimmer aufgehalten, sondern war mehrfach in den Gemeinschaftsräumen aufgetaucht. Der Gruppenleiter zog zwei Interventionsmöglichkeiten in Erwägung. Der Vorfall hätte als individuelles Problem behandelt werden können entsprechend des in der Gruppe deutlich spürbaren Reglementierungswunsches nach dem Motto: was mir nicht zusteht, soll auch keinem anderen gewährt werden. Stattdessen wurde die Gruppe vom Gruppenleiter auf die Möglichkeit hingewiesen, ein Verfahren zu entwickeln, wie sie in ähnlichen Situationen miteinander umgehen wollen, ergänzt durch Überlegungen, wie die Einhaltung einer solchen Lösung gewährleistet werden soll. Entgegen der Erwartung, dass die Gruppe nun den ausdrücklich angebotenen Freiraum nutzt, möglicherweise auch in der Absicht, sich von unliebsamen Verpflichtungen zu befreien, beharrte sie darauf, dass eine Lösung durch ein Machtwort der Therapeuten gefunden werden soll. An dieser Haltung änderten weder stützende Interventionen beispielsweise in

Form von Hinweisen auf die vorhandenen Erfahrungen und Kompetenzen, die eine eigenständige konstruktive Lösung ermöglichen könnten, noch konfrontative Hinweise darauf, dass die Gruppe sich in anderen Zusammenhängen immer wieder mehr Handlungsspielraum wünscht. Die Gruppensitzung endete schließlich ohne konkretes Ergebnis.

Trotz reichhaltiger Größenphantasien einzelner, zu welchen Taten sie fähig seien, wenn nur alle lästigen Schranken und Hindernisse endlich einmal wegfallen würden, besteht ein auffälliger Kontrast zu dem Bestreben, in Abhängigkeitsverhältnissen zu verharren, in diesem Beispiel in der Abhängigkeit vom Machtwort der Therapeuten, anstatt die eigenen, realen Möglichkeiten zur Entwicklung eigenständiger Entscheidungen zu nutzen. Wovon in der Einzel- und Gruppentherapie lediglich zu berichten ist, nämlich dem Schwanken zwischen sich selbst überschätzenden Größenphantasien und den periodischen depressiven Zusammenbrüchen und Scheitern, lässt sich im Alltag der Therapeutischen Gemeinschaft in vivo als Folge des Fortbestehens, mehr noch des hartnäckiges Festhaltens an Abhängigkeitsverhältnissen beobachten und verstehen und, so wäre zu hoffen, im ständigen Durcharbeiten verändern. Dies stellt ihr ureigenstes Potential dar.

Es ist in diesem Zusammenhang daran zu erinnern, dass MAIN die Ansicht vertrat, daß die klinische Situation so strukturiert werden muß, daß das gesamte Krankenhaus, seine Patienten und Mitarbeiter an den alltäglichen Vorgängen aktiv beteiligt werden um eine Alternative zu der bisherigen „pathogenen“ Umwelt des Patienten bieten zu können. Er dachte dabei nicht an den drogenabhängigen Patienten, dessen hauptsächliches Problem in seiner psychischen Abhängigkeit besteht, denn sonst hätte er nicht ein solch wertneutrales Verb wie „aktiv“ benutzt, mit dem selbst in hierarchischen Verhältnissen der Eindruck von Eigenständigkeit erweckt werden kann. Main versäumte es außerdem, ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß auch die Leistungsträger an diesem Prozess zu beteiligen sind, denn nur so lässt sich erklären, was wir heute feststellen müssen, daß die fachliche Beurteilung dessen, was krank machend und was heilsam ist eklatant von der Position abweicht, was bezahlt wird und was als zu teuer gilt.

Literatur

BION, W.R. (1971): Erfahrungen in Gruppen, Stuttgart

- BÖHLE, A., VATTES, H. (1993): Stationäre Gruppenpsychotherapie von Alkoholkranken, In: BILITZA, K.W.: Suchttherapie und Sozialtherapie, Göttingen
- HECKMANN, W. (Hg.) (1982): Praxis der Drogentherapie, Weinheim und Basel
- HEIDER, CHR., SCHWENDTER, R., WEISS, R. (1988): Politik der Seele, München
- JANSSEN, P.L. (1987): Psychoanalytische Therapie in der Klinik, Stuttgart
- JUNGE, S. (1982): Die klinische Entwöhnungsbehandlung Opiatabhängiger / Polytoxikomaner; In: HECKMANN, W.: Praxis der Drogentherapie, Weinheim u. Basel
- MAIN, T.F. (1981): Das Krankenhaus – eine therapeutische Institution. In: HILPERT, H., SCHWARZ, R., BEESE, F.: Psychotherapie in der Klinik. Berlin – Heidelberg – New York
- MEYER-FEHR, P. (1987): Drogentherapie und Wertwandel, Weinheim
- KÖNIG, K., LINDNER, W.-V. (1991): Psychoanalytische Gruppentherapie, Göttingen
- PETERS, M. (1997): Psychotherapeutische Behandlung Älterer: Welchen Problemen begegnet eine Psychosomatische Klinik? In: RADEBOLD, H.: Altern und Psychoanalyse, Göttingen
- SCHULZ, P. (1974): Drogentherapie – Analysen und Projektionen, Frankfurt a. M.
- SCHWENDTER, R. (2000): Einführung in die soziale Therapie, Tübingen
- STREECK, U., AHRENS, S. (1997): Konzept und Indikation stationärer Psychotherapie; in: AHRENS, S.: Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin, Stuttgart, New York
- STUTZ, H. (1998) Gruppenanalytische Milieuthherapie in einer Psychiatrischen Klinik, Gruppenanalyse, Vol. 8, Heft 2
- VOLLMER, H.C., KRAUTH, J. (2000): Verhaltenstherapie bei Suchterkrankungen, In: THOMASIUS, R. (Hg.): Psychotherapie der Suchterkrankungen, Stuttgart, New York

Korrespondenzadresse:

Hans-Adolf Hildebrandt, Martha-Stölting-Str. 33a, 26160 Bad Zwischenahn

E-Mail: jojumaha.hildebrandt@nwn.de