

Institut für Verhaltenstraining, Persönlichkeitsentwicklung und Sozialtraining

Prolog

zum Text Gruppenprozesse

Diese Arbeit entstand im Jahre 1979 aus den Erfahrungen mit der Drogenarbeit im Land Berlin.

Sie wurde von mir von dem alten Manuskript, das in meinem Schreibtisch lagerte, eingescannt und nur optisch bearbeitet. Der ursprüngliche Wortlaut blieb erhalten, es wurden keine Veränderungen am Inhalt vorgenommen.

Mir war klar, dass diese Arbeit nicht unkommentiert dargeboten werden kann.

Neben persönlichen Erfahrungen spiegelt der Text ein Stück Entwicklung des Umgangs mit den Drogenproblemen des Einzelnen, der gesellschaftlichen Gruppen, der Therapeuten und nicht zuletzt der Politiker Ende der sechziger und siebziger Jahre des vorigen Jahrhunderts wider.

Es ist der Versuch die damaligen Vorgänge nicht nur deskriptiv zu erfassen, sondern die Zusammenhänge zu erhellen, wie sie sich mir damals darstellten.

Als im Geschehen Gefangener und Betroffener, selbst erlebende und handelnde Figur, war ich sicherlich nicht in der Lage die notwendige wissenschaftliche Distanz zu wahren.

Aus diesem Grunde hatte ich diese Aufzeichnungen nie veröffentlicht.

Jetzt, fast ein viertel Jahrhundert später kam ich nach Durchsicht meiner Ausführungen zu dem Ergebnis, dass ich dennoch meine damaligen Gedanken zur Diskussion stellen sollte.

Ich bin mir der Problematik dieses Unterfangens durchaus bewusst und auch bereit mit diesem Text auch mich zum Diskussionsgegenstand werden zu lassen.

Sollten die wissenschaftlichen Erkenntnisse auch gering sein, handelt es sich doch immerhin um ein Zeitdokument, verfasst von einem Zeitzeugen, der in diese Vorgänge aktiv involviert war, das Einblick verschafft in die damaligen Verhältnisse. Schon dies schien mir als Motiv für eine Veröffentlichung ausreichend zu sein.

P.Ziese

Köln, im Mai 2001

## Gruppenprozesse

Schicksal einer Modelleinrichtung  
Versuch einer Interpretation

P.Ziese

## Inhalt

<b>Entstehung der Modelleinrichtung</b>	<b>9</b>
Therapeuten	9
Therapiemodell	11
Psychoanalytische Überlegungen	12
Patienten	12
Therapeuten	15
Verwaltung	16
Bezug zur Institution	17
Analytische Betrachtungsweise der Institution	22
Therapeutische Notwendigkeiten	24
Reale Gegebenheiten in dieser Einrichtung	27
<b>Entwicklung</b>	<b>29</b>
Entwicklung im einzelnen Therapeuten	29
Entwicklung im Team	31
Entwicklung bei den Patienten	34
Verhältnis zur und Umgang mit der Verwaltung	36
<b>Allgemeine Zuspitzung und vorläufiges Ende</b>	<b>38</b>
Bei den Patienten	38
Bei den Therapeuten	39
Im Team	39
Im Konflikt mit der Administration	43
Reaktion der Administration	43
<b>Neubeginn</b>	<b>46</b>
Klärung der Situation	46
Beziehung zwischen Restteam und Chefarzt	48
Der Wald von Mikrophone	53
Beziehung Senat – Einrichtung	52
Beziehung: Einrichtung und andere Kliniken	59
<b>Die nächsten zweieinhalb Jahre</b>	<b>60</b>
Die Beziehung der Einrichtung zur Umwelt	63
Einflußgrößen auf das Team	70
Entwicklung im Team	72
<b>Stationäre Arbeit</b>	<b>76</b>
Januar 1977 bis Juni 1977	76

Konflikt im Team	76
Konflikt mit dem Bezirk	77
Entwicklung auf politischer Ebene in bezug auf den Umgang mit Drogenabhängigen	84
Einschätzung des Gruppenprozesses im Team	89
Therapiestörende Faktoren	89
Beurteilung des Gruppengeschehens	90
Weitere Entwicklung	92
Beurteilung des Verhaltens der Senatsverwaltung	93
<b>Die Zeit bis zum Ende</b>	<b>94</b>
Ein Team löst sich auf	94
<b>Abschließende kritische Würdigung</b>	<b>96</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>97</b>

Arbeit mit Drogenabhängigen bedeutet im Spannungsfeld stehen zwischen Patienten und kollektiven Schuldgefühlen der Gesellschaft, die mit dem inneren Zug zum Konsum dem passiv-rezeptiven, ihrer Permissivität Ursache dieser Erscheinung ist, diese ihre innere Problematik abwehren muß und so dem Drogenabhängigen hochambivalent gegenübersteht.

Der Drogenabhängige auf der anderen Seite ist selbst hochambivalent in seinen Objektbeziehungen, verführt zur Identifikation sowohl mit seinem Konflikt als auch mit seiner Abwehr, ist unersättlich in seinen Forderungen, extrem feindselig und verschmelzungswillig zugleich.

Wehe dem, der sich in diesem Dschungel verliert, sei es in seiner Beziehung zum Patienten, sei es im Konflikt mit seiner Umwelt.

Eine wertneutrale Einstellung zu Drogeneinrichtungen - wie sie zu anderen medizinischen Einrichtungen besteht - ist nicht zu erwarten. Zu groß sind die Ängste, die Abwehr, das Abgewehrte.

Orale Gier, Neid oder aber Identifikation mit der Abwehr des Kranken in Form von Ideologien oder paranoider Abwehr führen auch in der Gruppe der Therapeuten oft zu Kämpfen, die das eigentliche Ziel auf der realen Ebene gefährden.

Ich schreibe das Folgende nicht zur Rechtfertigung und ebensowenig als Angriff. Vielmehr will ich versuchen, Zusammenhänge, wie sie mir verständlich geworden sind, mitzuteilen in der Hoffnung, einen kleinen Beitrag zu leisten im Kampf gegen die Drogenabhängigkeit und die mit ihr im Zusammenhang auftretenden Probleme sowohl im therapeutischen Bereich als auch auf der politischen Ebene.

Es ist nicht ganz leicht als unmittelbar Beteiligter die notwendige innere Distanz zu wahren. Ich habe mich bemüht, meine Gegenübertragungsgefühle soweit als möglich zu verstehen und hoffe, daß arge Verzeichnungen vermieden werden.



## **Entstehung der Modelleinrichtung**

Ende 1971 wurde im Rahmen des Aktionsprogrammes der Bundesregierung den Ländern Mittel zur Schaffung und Unterstützung von Modelleinrichtungen zur Behandlung Drogenabhängiger zur Verfügung gestellt. Die hier zu beschreibende Modelleinrichtung des Landes Berlin begann im Juli 1972 mit ihrem stationären Betrieb. Sie war mit einem großzügigen Stellenplan ausgestattet worden, die finanzielle Unterstützung bedeutend.

Wir erinnern uns, als die Drogenwelle Deutschland erreichte, betraf sie vor allen Dingen Patienten aus der Oberschicht, der oberen Mittelschicht, breitete sich dann rasch aus, erreichte die untere Mittelschicht und Unterschicht. Die erschreckende Zahl der Drogenabhängigen führte auf politischer Ebene zu einer wenig geplanten, aber sehr kostenaufwendigen Aktivität, der auch diese Modelleinrichtung ihre Entstehung verdankte. Im weiteren Verlauf werden wir uns noch eingehend mit dem unbewußten Aspekt dieser Handlung des Staates zu beschäftigen haben.

### *Therapeuten*

Nach dem Schneeball-System fanden sich rasch die ersten Mitarbeiter, die von nun an die weitere Auswahl der Mitarbeitswilligen vornahmen. Die damals an der Drogenarbeit Interessierten zeichneten sich durch starkes Engagement aus, ohne jedoch für diese Arbeit ausreichend qualifiziert zu sein. An der beruflichen Qualifikation, es handelte sich um: Sozialarbeiter, Krankenschwestern, Psychologen, Soziologen, Ärzte, Beschäftigung-

stherapeutinnen, bestand kein Zweifel. Es fehlten jedoch sowohl Erfahrungen im Umgang mit Drogenabhängigen sowie eine entsprechende therapeutische Ausbildung. Für die Behandlung von Drogenabhängigen waren es somit keine Fachleute, vor allem fehlte es an einer analytischen Selbsterfahrung um dieser äußerst schwierigen Arbeit gewachsen zu sein.

Die bewußte Motivation umfaßte altruistische Impulse, die nicht selten gekoppelt waren mit einer recht kritischen Einstellung zu Staat, Gesellschaft und Autorität. Auf der bewußten Ebene wurde artikuliert, sowohl die Mitarbeiter als auch die Patienten müßten ein gesellschaftspolitisches Bewußtsein erreichen, die Drogenabhängigkeit sei auf ganz bestimmte gesellschaftliche Sozialisations- und Produktionsprozesse zurückzuführen, Diagnostik sei „Etikettieren“, damit würde es zu einer bürgerlichen Versteifung auf Altgewohntes, Ineffektives kommen, das übliche Arzt-Patientenverhältnis sei ausbeuterisch, der Drogenabhängige würde durch seine Krankheit sich gegen die rigiden gesellschaftlichen Rollensysteme mit ihrem Zwangscharakter zur Wehr setzen. Die durch den Stellenplan der Einrichtung bestehenden beruflichen Unterschiede und Funktionen waren dann auch von Beginn an ein nicht zu lösendes Problem in der Gruppe der Mitarbeiter, ebenso wie ein gespanntes Verhältnis zu den politisch Handelnden bestand, die die Entstehung dieser Einrichtung ermöglicht hatte.

Der nach außen hin lautstark vertretene Therapieansatz: erst immunisieren, dann politisieren, signalisierte die entsprechende Einstellung zumindest bei einem Teil der Therapeuten. Auffallend war die gewollte Auflösung der Distanz zwischen Patient und Therapeut mit der Begründung, man wolle nicht alte Strukturen und Abhängig-

keitsverhältnisse wieder etablieren und das „viel praktizierte Lügenspiel“ im therapeutischen Bereich sollte vermieden werden.

### *Therapiemodell*

Aus dem Vorhergesagten wird deutlich, daß nur ein Therapiemodell zur Diskussion stand, die therapeutische Gemeinschaft. Dieses Therapiemodell ist sehr sinnvoll und effektiv, wenn es gekonnt angewandt wird. Hier allerdings - so ist klar erkennbar - erfolgte die Wahl aus der unbewußten Motivationslage der Therapeuten und gestattete es scheinbar, unverarbeitete eigene Konflikte und Abwehrstrukturen unbewußt zu halten.

Es wurde ein Bezugspersonen-System eingeführt, die Patienten nahmen an verschiedenen Großgruppensitzungen, wie an dem Hausparlament und der Organisationsbesprechung gleichberechtigt teil, lediglich die Therapiekonferenz war davon ausgenommen. Weiterhin entstand eine Konfliktgruppe, die das Ziel hatte, aktuell entstandene Konflikte zwischen Patienten und Therapeuten zu bearbeiten.

Die Trägerschaft der Einrichtung war hochkomplex, ein gemeinnütziger Träger, eine Senatsdienststelle und ein Krankenhaus teilten sich diese Aufgabe. Hierarchische Struktur auf der einen Seite und Auflehnung gegen diese Strukturen auf der anderen Seite führten rasch zu erheblichen Spannungen.

Eine von den Therapeuten eingerichtete Kontakt- und Beratungsstelle war die Basis weiterer Konflikte zwischen Einrichtung und Trägerschaft. Hinzu kam ein weiteres „Mißverständnis“ im Zusammenhang mit der Aus-

weisung als Modelleinrichtung. Während darunter auf der einen Seite großzügige Ausstattung verstanden wurde, sah die andere Seite sich dadurch ermutigt, neue Wege zu gehen auch im Hinblick auf die Befreiung von administrativen Zwängen. Die hochambivalente Einstellung auch von Seiten der Trägerschaft der Einrichtung gegenüber zeigt sich recht deutlich in den Stellungnahmen zur Kontakt- und Beratungsstelle. Einerseits wurde diese als „eine aus dem Großstadtmüll eingerichtete Opiumhöhle“ oder als „Rote Kaderschmiede“ bezeichnet, andererseits dienten eben diese Aktivitäten der Therapeuten als schmückendes Beiwerk, wenn es darum ging, die Modernität, Aktivität und Effizienz der Maßnahmen auf dem Gebiet der Drogenarbeit kundzutun. Die ambivalente Einstellung der Therapeuten der Trägerschaft gegenüber wurde aus dem Vorhergesagten ja bereits deutlich. Die komplexe Trägerschaft der Einrichtung mit ständigen Kompetenzstreitereien verschärfte diese Situation zusehends.

### *Psychoanalytische Überlegungen*

#### *Patienten*

Zum psychoanalytischen Verständnis der Vorgänge innerhalb der Einrichtung zwischen den Therapeuten, den Therapeuten und Patienten und außerhalb der Einrichtung mit den Verwaltungsorganen und Politikern erscheint es sinnvoll, sich zunächst einmal mit der Drogenkrankheit zu beschäftigen.

Die psychosoziale Ausgangsposition ist so zu beschreiben, daß der Kontakt mit der Droge üblicherweise in der Pubertät erfolgt, einer Zeit der massiven Labilisierung, in der der Jugendliche durch Peer-group- Verhalten gekennzeichnet ist, üblicherweise außerhalb der Schule noch nie konsequent gearbeitet hat und in den meisten Fällen bereits neurotisch vorgeschädigt ist.

Phänomenologisch imponiert die diskontinuierliche „Motivation“ zur Behandlung, die ihre Wurzel sowohl in der hochgradigen Ambivalenz zur Droge als auch zu den Objekten und auch dem eigenen Selbst gegenüber hat. Beobachtbare Phänomene sind Verwöhnungshaltung, Reaktion nach dem Lust- Unlustprinzip, Störungen im Körpergefühl, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus, fehlendes Durchstehvermögen, permanente suizidale oder selbstzerstörerische Tendenzen im Zusammenhang mit dem stets drohenden Rückfall sowie die stereotyp wiederkehrende Äußerung: Andere seien an ihrem Zustand schuld, die Eltern oder die Gesellschaft.

Wir finden beim Drogenkranken Störungen im Bereich des oralen als auch des präoralen Bereichs der Libidoorganisation mit oral aggressiven, oral passiven, schizoiden und narzißtischen Störungen. Der Drogenabhängige ist gekennzeichnet durch eine starke Selbstwertproblematik, die er mit Hilfe der Droge zu beheben sucht. Die Objektbeziehungen sind hochgradig ambivalent, wodurch die Nähe-Distanzproblematik mit einerseits oralen Verschmelzungswünschen und andererseits paranoiden Befürchtungen verständlich wird. Die Droge wird als Objekt erlebt, das introjiziert werden soll, gewinnt dadurch den gleichen ambivalenten Charakter wie das primäre Objekt des Kranken.

Es spricht vieles dafür, daß die Droge Ersatz für geliebte Objekte bedeutet, wengleich KOHUT die Auffassung vertritt, die Droge sei nicht Ersatz für ein Objekt, sondern trete an die Stelle der fehlenden seelischen Struktur.

Aus dem Vorhergesagten werden die Übertragungsgefühle des Drogenkranken verständlich. So besteht der Wunsch nach Nähe, ebenso wie die Angst vor Nähe, das Bedürfnis nach totaler Verfügbarkeit und unersättlichen Wünschen nach oraler Befriedigung. Neben den Wünschen nach totaler Verfügbarkeit des anderen finden sich paranoide Rückzugstendenzen mit latenten Mordimpulsen. Das Objekt soll geben, permanent geben, viel mehr als es je geben kann, es wird feindselig beobachtet, als Verursacher allen Leidens gesehen. Es wird als Bündnispartner auf Zeit akzeptiert zur Erlangung eines erstrebten paradiesischen Zustandes, ebenso wie zur Abwehr übermächtiger, extrem gefährlicher Feinde in der Außenwelt.

Die verschmelzende Befriedigung, die der Drogenabhängige erstrebt, ist unerfüllbar, hat aber einen stark appellativen Charakter. In der Übertragung wird der Therapeut projektiv in die Rolle der Eltern gedrängt, die Schuldgefühle erleben sollen oder aber in die Rolle der Eltern, die unangemessene Forderungen brüsk ablehnen.

Es ist leicht einzusehen, daß die zu erwartenden Gegenübertragungsgefühle nur von solchen Therapeuten beherrscht werden können, die über eine analytische Selbsterfahrung verfügen. Fehlt diese analytische Selbsterfahrung, besteht die Gefahr, daß auf Grund der nicht bearbeiteten Gegenübertragungsgefühle einerseits

die Tendenz zum Laisser-faire-Stil oder aber zu einer Reglementierung im Umgang mit dem Patienten sichtbar wird, oder aber es kommt zu einem projektiven Identifizierungsprozess, in dem sich der Therapeut bewußt oder unbewußt mit der Protesthaltung des Patienten identifiziert. Gefährdend für den nicht-analytisch ausgebildeten Therapeuten ist sowohl der Konflikt als auch die Abwehr des Drogenkranken.

### *Therapeuten*

Die zu Beginn beschriebene bewußte Motivationslage der Therapeuten läßt erkennen, daß schon zu Beginn der Arbeit der Einrichtung die therapeutische Arbeit nicht gewährleistet war. Keiner der Therapeuten verfügte über eine abgeschlossene analytische Ausbildung. Sie waren ungeübt im Umgang mit Drogenkranken, ihren Konflikten und ihrer Abwehr. Begegnet waren sie der Abwehr der Drogenkranken oder ihrem Konflikt, oder aber sie sahen ihre Motivation, mit Drogenkranken zu arbeiten in der Begegnung mit den Eltern Drogenabhängiger. Die innere Motivation als Therapeut in einer Drogeneinrichtung mitzuarbeiten, so läßt sich retrospektiv sagen, wurzelte in eigenen Konflikten, die sich auf diese Weise scheinbar entlasten ließen. Bei vielen Therapeuten fehlte die Fähigkeit, sich gegen orale aggressive Impulse zu behaupten. Auch gelang es vielen Therapeuten nicht, mit ihren eigenen Gegenübertragungsgefühlen umgehen zu können. Besonders das Nähe-Distanzproblem mit den Verschmelzungswünschen und Mord-(auf Selbsttötung im anderen) und Suizid-(Mord des Objektes im Selbst) Impulsen bereitete erhebliche Schwierigkeiten.

Das wird verständlich, wenn man die unbewußte depressive Motivation der Therapeuten berücksichtigt. Neben depressiven Konflikten fanden sich in der Therapeutengruppe auch Konflikte auf der Ebene der anal-sadistischen und ödipalen Libidoorganisation mit Macht-Ohnmachtkämpfen, Autoritätsproblemen, Rivalitätsproblemen. Auch Rollenidentitätskonflikte waren von erheblicher Bedeutung, wobei das Selbstwertgefühl eng an den beruflichen Status gekoppelt war und dieser Konflikt wahrgenommen wurde in Form von sozialen Minderwertigkeitsgefühlen. So war die weitere Entwicklung vorgezeichnet: Identifizierung mit dem intrapsychischen Konflikt bzw. mit der Abwehr des Patienten oder beidem mußte die Folge sein. Die Unfähigkeit mit den eigenen Gegenübertragungsproblemen umzugehen, mußte je nach persönlicher Situation des Therapeuten mehr die Tendenz zum Laisser-faire oder zum Reglementieren entstehen lassen. So sind zwei Entwicklungslinien erkennbar, einmal die Wirkung auf den Umgang mit dem Patienten und zum anderen die Wirkung auf den Umgang mit der Außenwelt, sprich: der Trägerschaft.

### *Verwaltung*

Neben den soeben besprochenen zu erwartenden Reaktionen der Einrichtung auf die Trägerschaft, die das ihre zur Verschlechterung der Beziehung beigetragen haben, muß man aber auch Faktoren berücksichtigen, die unabhängig davon von der Politik ausgingen. Es wird weiter unten ausführlicher darüber zu sprechen sein. Mir scheint es verständlich, daß auch die Administration, bzw. jede einzelne mit der Drogenarbeit, bzw. der Ein-



richtung befaßte Person in den Sog der hochgradigen Ambivalenz des Drogenabhängigen geriet. Neben der Abwehr des Drogenabhängigen, die Gesellschaft und damit der Staat sei schuld an seinem Zustand, wurde die Verwaltung, bzw. deren Repräsentanten auch mit der oralen Gier konfrontiert, die nun ihrerseits korrespondiert mit der diese Gesellschaft tragenden Konsumhaltung. Schließlich ist die Wiederaufbau- und Konsumideologie mit der Folge der Berufstätigkeit beider Elternteile und Vereinsamung der emotionalen Bindungen mit dem Ergebnis, daß statt Liebe materielle Zuwendung erfolgt, nicht ganz unbeteiligt an dieser Entwicklung, zumal ja diese einseitige Ausrichtung auf Konsum zwangsläufig eine fatale Entwicklung auf die Ideal- und Wertvorstellungen der Jugend hatte. So ist leicht einzusehen, daß nicht nur zwischen Therapeuten und Patienten, sondern auch zwischen Einrichtung und Trägerschaft schmerzliche Entwicklungen einsetzen mußten.

### *Bezug zur Institution*

Die gespannte Atmosphäre zwischen Einrichtung und Trägerschaft fand auch ihren Niederschlag in Reaktionen im Zusammenhang mit der Tatsache einer therapeutischen Gemeinschaft und dem kollegialen Führungsstil. Verärgerung wurde artikuliert, daß eine verantwortliche Person nicht auszumachen sei, die als Gesprächspartner des Teams auftrete. Ohne auf die psychodynamischen Zusammenhänge in der Gruppe im Moment eingehen zu wollen, zeigen sich auf der Seite der Trägerschaft berechnete Bedürfnisse, aber auch erhebliche Unsicherheiten, die in dem Wunsch erkennbar wurden, eine ver-

antwortliche Person, die nicht nur Verantwortung trägt, sondern auch zur Verantwortung gezogen werden kann, als Gegenüber zur Verfügung zu haben. Betrachtet man das Verhalten der Trägerschaft der Einrichtung gegenüber, so drängt sich der Vergleich mit der Familie des Drogenabhängigen auf. Wenn die Administration die Rolle der Eltern spielt, sollte die Einrichtung die Rolle des Drogenabhängigen übernehmen.

Sie wurde in die Welt gesetzt, materiell verwöhnt, ohne jedoch geliebt zu sein. Die Einrichtung Ihrerseits dankte ihre Existenz den Politikern durch ebensolche ambivalenten Gefühle wie die Politiker der Einrichtung gegenüber. Wurden in der Öffentlichkeit Streicheleinheiten verteilt, waren sie jedoch nicht wirklich an das Kind adressiert, sondern dienten der Selbstbefriedigung der Politiker und auch der Trägerschaft, die sich mit diesem Kind ein Attribut modernen, tatkräftigen Handelns bescheinigten.

Wir müssen davon ausgehen, daß auf der Seite der Politiker und den verschiedenen Trägern der Einrichtung sehr rasch eine innere Gleichsetzung erfolgte zwischen den eigenen Gegenübertragungsgefühlen dem Drogenkranken gegenüber und den Gefühlen dieser Einrichtung gegenüber die ihrerseits bereitwilligst auf diesen Konflikt einstieg und die andere Seite in der Rolle extrem frustrierender, nie genügend Befriedigung verschaffender, liebloser Eltern Drogenabhängiger erlebte. Es sei ein kleiner Vorgriff gestattet; nachdem das „Kind“ mißraten war durch mangelnde Liebe, argwöhnisches Beobachten und erhebliche materielle Zuwendung bei gleichzeitigem Stolz auf die Existenz dieser Einrichtung, erfolgte von Seiten der Verantwortlichen der Ruf nach einem Chef,

der Ordnung schaffen sollte, aber gleichsam das Kind disziplinieren sollte. In dem Moment, als dieser Ruf laut wurde, entwickelte sich bei Trägern u. Politikern die Angst vor einer Revolution in der Einrichtung, z.B. in der Form einer Hausbesetzung. Auch später, wir werden das noch genauer sehen, kommt es auf der administrativen Ebene zu einem Umkippen im Umgang mit den Gegenübertragungsgefühlen, indem die verwöhnende Haltung und damit das verwöhnende Modell, sprich klinische Einrichtung, geschlossen wird und statt dessen harter, frustrierender, konfrontativer Stil mit Verweigerung in der Drogenarbeit favorisiert wird. Dieses Umkippen von Verwöhnung zur Verweigerung auf der Ebene materieller Zuwendung läßt erkennen, daß die ambivalente Einstellung dem Drogenproblem gegenüber auf administrativer Ebene unverändert ist.

Die Aufteilung der Verantwortlichkeit zwischen Senat, Krankenhaus und öffentlichem Träger wurde politisch begründet mit der Sorge, der Drogenabhängige würde staatliche Institutionen meiden, wenn es darum gehe, einen Therapieplatz zu suchen. Keinem der Beteiligten war klar, daß mit dieser Entscheidung die Abwehr des Drogenabhängigen akzeptiert wurde und somit nicht unbedingt günstige Voraussetzungen geschaffen wurden für ein sinnvolles therapeutisches Verständnis und Vorgehen.

Neben diesem Eingehen auf die Abwehr des Drogenabhängigen stellt die Aufteilung der Verantwortlichkeit auch eine Abwehr gegen die Bedürfnisse des Drogenabhängigen nach Zuwendung dar. Man muß wohl sagen, daß auch hier eine Flucht aus eigenen Gegenübertragungs-

gefühlen in die Anonymität der Vielzahl erfolgte. Interessant ist, daß in diesem Zusammenhang das gleiche Phänomen bei den Therapeuten, nämlich die Flucht in die Anonymität des Teams, von den Verantwortlichen angeprangert wurde. Die rationale Begründung gestattete eben, daß die Administration eingehend auf die Abwehr des Konflikts des Drogenabhängigen sich flüchtend zurückziehen konnte.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, daß dieser doch recht kostenintensiven Einrichtung lediglich die Kosten für die Supervision vorenthalten wurden und diese wäre nun wahrhaftig notwendig gewesen. Es kann kein Zweifel daran bestehen, daß hier das Unbewußte der die verantwortlichen Institutionen vertretenden Personen ihnen einen Streich und dem haßgeliebten Kind einen ungeheuren Schaden zugefügt hat. Das in die Welt gesetzte Kind wurde in seiner schwierigen Lage allein gelassen.

Wie schwierig es offensichtlich für die Gesellschaft ist, sich angemessen mit den Problemen der Drogenkrankheit auseinanderzusetzen, zeigt ein weiterer Vorgriff auf die spätere Entwicklung. Das Umkippen des Umgehens mit den eigenen Gegenübertragungsgefühlen führte zu der „politischen Erkenntnis“, die Drogenkrankheit sei gar keine Krankheit, somit auch gar kein therapeutisches Problem, sondern ein sozialpädagogisches. Wider besseres Wissen wird nun der Drogenkranke zu einem allein durch äußere gesellschaftliche Bedingungen aus der Bahn geworfenen Mitbürger, der nicht psychisch krank, sondern nur behindert ist und dem mit sozialpädagogischen Maßnahmen leicht geholfen werden

kann. Damit erfolgte wiederum ein Eingehen auf die Abwehr des Konflikts des Drogenabhängigen, der sich ja als ein Opfer gesellschaftlicher Bedingungen fühlt; der eigentliche Konflikt, die Grundkrankheit, auch mit ihren gesellschaftlichen Folgen und Teilursachen, wird abgewehrt.

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt der Einstellung der Gesellschaft und damit der Verantwortlichen Drogenabhängigen gegenüber ist erkennbar an der damaligen Schaffung von „Drogenkliniken“. Zur Begründung der Einrichtung solcher monosymptomatischer Institutionen wurde angeführt, man könne Drogenabhängige mit Abhängigen anderer Art nicht mischen, sie würden sich nicht vertragen. Auch hier wurde wiederum nur die Abwehr des intrapsychischen Konflikts wahrgenommen, nicht aber die Ähnlichkeit der Konflikte, d.h. der frühen Störungen im Bereich der oralen und präoralen Libidoorganisation und der Selbstentwicklung. Diese im übrigen recht weit verbreitete Vorstellung des Sich-nicht-Vertragens Abhängiger von unterschiedlichen Suchtmitteln läßt erkennen, daß die Konfrontation der verschiedenen Abwehrformationen bei Mischung als therapeutisch sehr effektiv nutzbares Material nicht erkannt wurde oder nicht werden durfte. Durch das Auftreten einer neuen Gruppe Abhängiger, nämlich der Drogenabhängigen, folgte die Gesellschaft willig der ideologischen Abwehr der Drogenkranken und gestand ihnen eine Sonderposition zu, wie es Jahrzehnte zuvor den Alkoholkranken und Tablettenabhängigen gegenüber bereits geschehen war. Diese Haltung des Sonderstatus bedeutet Sonderbehandlung, hat eine Isolierung und Asylisierung der Drogenkranken zur Folge, schafft Ghetto-Situation, sei es in

Drogenkliniken oder in therapeutischen Wohngemeinschaften, und führt so zu einer Isolierung des Problems und einer „Organisation“ des Konflikts. Dahinter ist unschwer die ambivalente Einstellung der Gesellschaft erkennbar, die ihrerseits unfähig ist, mit ihren oralen Bedürfnissen erwachsen umzugehen. Die Angst vor der Mischung der verschiedenen Abhängigen signalisiert die Angst vor der drohenden Erkenntnis eines viel umfassenderen Problems, das nicht durch Asylisierung oder Isolierung aus der Welt geschafft werden kann, nämlich Probleme im Groß-Gruppenraum der Gesellschaft. Gemeint sind hier die Veränderungen im Zusammenhang mit der Entwicklung der Konsumgesellschaft, mit den Folgen der Isolierung und Vereinzelung des Bürgers, der Doppelberufstätigkeit, der permanenten Konsumhaltung, der allabendlichen Gleichschaltung in passiv-rezeptiver Weise vom Bildschirm aus gefüttert zu werden, mit ihren Folgen auf die Kinder. Der Griff zu Alkohol, Tabletten und Heroin liegt nahe. Selbstverständlich sind diese Veränderungen im gesellschaftlichen Rahmen nicht die Hauptursache für die Drogenabhängigkeit, es gehört dazu neben dem Kontakt mit der Droge auch die Prädisposition durch neurotische Störungen. Es ist allerdings leicht einzusehen, daß solche gesellschaftlichen Einflußstörungen auch ihre Wirksamkeit auf intrafamiliäre Konflikte haben.

### *Analytische Betrachtungsweise der Institution*

Bei den Drogeneinrichtungen der ersten Stunde konnte fast durchgängig ein interessantes Phänomen beobachtet werden. Nach der Entstehung waren diese Dro-

geneinrichtungen eine Zeit lang effektiv, verloren dann ihre Wirksamkeit und scheiterten schließlich. Dem schien eine innere Gesetzmäßigkeit anzuhafte. Charakteristische Phänomene waren:

- Verlust der therapeutischen Distanz zwischen Patient und Therapeuten,
- massive Untergruppenbildung in der Gruppe der Therapeuten mit Kämpfen untereinander,
- akute Konfliktsituationen mit der Umwelt, Revolte der Patienten
- usw.

Diese Phänomene zeigen uns, wie sich die Gegenübertragungskrankheit der Therapeuten in einer Einrichtung manifestieren kann.

Wenn wir uns die Konstruktion einer derartigen klinischen Einrichtung einmal anschauen, so finden wir zwei Gruppen von Menschen dort, einmal die der Therapeuten und zum anderen die Patientengruppe. Ohne zu sehr ins Detail gehen zu wollen, soll doch einiges über die sich dort abspielenden Vorgänge gesagt werden. Bei der hier in Frage stehenden Einrichtung waren die beiden Gruppen durch eine bestimmte Organisationsform miteinander verbunden, die der Gruppe der Patienten ein weitreichendes Mitspracherecht einräumte. Hinzu kam die ideologische Vorstellung, ein organisiertes Therapeut-Patientenverhältnis als ausbeuterisches System vermeiden zu müssen, worin implizit die Bereitschaft nach „Gleichberechtigung“, „Nähe“ und „Liebe“ artikuliert wurde. Betrachten wir sowohl die Bedürfnisse beider Gruppierungen, und zwar sowohl die bewußten als auch

die unbewußten, wird verständlich, daß eine Entwicklung einsetzen muß zwischen den beiden Gruppen der Einrichtung, die ein therapeutisches Vorgehen zunehmend erschwert: Einerseits konnten die oralen Riesenansprüche der Patienten nicht nur artikuliert, sondern im Laufe der Zeit im Hause auch als Anspruch durchgesetzt werden über eine teilweise Identifikation der Therapeuten mit eben diesen bei sich selbst abgewehrten Ansprüchen. Die hohe Ambivalenz in den Objektbeziehungen mobilisierte erhebliche Ängste und auch paranoide Abwehrreaktionen in einem Teil der Therapeuten, so daß ein konsequentes Zurückweichen vor den Impulsen der Drogenabhängigen erfolgte. Durch Verleugnung und Rationalisierung in Verbindung mit der Ideologiebildung wurde diese Entwicklung dem eigenen Bewußtsein vorenthalten. Auch führte die ambivalente Objektbeziehung zu einer Angstminderung bei den Therapeuten über eine Verbindung mit den Patienten gegen einen projektiv erlebten Außenfeind, nämlich die Gesellschaft und ihre Institutionen.

### *Therapeutische Notwendigkeiten*

Um Phänomene der beschriebenen Art zu vermeiden, sind eine gute therapeutische Ausbildung und Arbeit unter Supervision unabdingbare Voraussetzungen für die Arbeit mit Drogenkranken. Es gehört zu dieser Arbeit ein gekonntes Umgehen mit den Drogenkranken, mit ihren Konflikten, ebenso mit ihrer Abwehr. Die Therapeuten müssen Übertragungsgefühle erkennen und verstehen lernen, ihre eigenen Gegenübertragungsgefühle wahrnehmen und verstehen lernen, mit ihnen zu arbeiten. Sie



müssen wahrnehmen, was bei ihnen anklingt, verstehen lernen, was vom Patienten „gemacht“ ist und was seine Wurzel in den eigenen Schwierigkeiten hat.

Der Therapeut muß verstehen lernen, was der Drogenkranke mit ihm zu machen versucht und was er mit der Gruppe der Therapeuten, bzw. der Institution, zu machen versucht, ebenso wie verstanden werden muß, was die Drogenkranken miteinander tun wollen. Diese Palette des Wahrnehmens, Verstehens und Arbeitens mit den Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühlen, das Erkennen von Widerstandsphänomenen und Abwehr ist ein notwendiger Bestandteil der Arbeit mit Drogenabhängigen. Die Therapeuten müssen über die Fähigkeit verfügen standzuhalten, zu frustrieren, aber andererseits auch sich einzulassen unter Wahrung der therapeutischen Distanz. Sie müssen gelernt haben, mit ihren eigenen intrapsychischen Konflikten umzugehen, seien es solche der präoralen oder oralen Libidoorganisation oder auch der anal-sadistischen oder ödipalen Libidoorganisation, denn Konflikt und Abwehr des Drogenabhängigen sind extrem kontagiös und bedienen sich allzu leicht unverbarbeiteter Konflikte bei den Therapeuten, sei es mit Hilfe des Konfliktes oder der Abwehr zum Zwecke der Krankheit des Drogenabhängigen.

Auch ist es wichtig, Konflikt und Abwehr wahrzunehmen, also durchaus diagnostisch tätig zu werden, unterscheiden zu lernen zwischen dem Konflikt und der Abwehr des Drogenkranken, um gefeit zu sein gegen die Gefahren einer projektiven Identifikation mit Abwehr oder Identifikation oder sadistischer Abwehr des Konflikts oder auch der Abwehr. Auch muß der ausgebildete Therapeut

im Bereich einer Drogeneinrichtung in der Lage sein, Gruppenprozesse zu erkennen, sie zu steuern und zu regulieren, um sie auf der therapeutischen Ebene halten zu können. Er muß das Oszillieren der Gegenübertragungsgefühle in der Gruppe der Therapeuten verspüren lernen und das Abgleiten in die eine oder andere Richtung zu verhindern wissen.

Eine weitere wesentliche Fähigkeit benötigt derjenige, der therapeutisch mit Drogenkranken umgeht: er muß in der Lage sein, mit der Ambivalenzspannung nicht nur in bezug auf den Patienten und die Familie des Patienten umzugehen, sondern auch gewärtig sein, daß diese Ambivalenzspannung sich zwischen Einrichtung und Institutionen darstellen wird und auch hier ihr unheilvolles Werk entfalten wird. Dieser Punkt ist ein wesentlicher Grund für das letztendliche Scheitern dieser Einrichtung. Der Therapeut steht im Spannungsfeld zwischen Patient, Familie des Patienten, den ihn umgebenden Institutionen und sollte in der Lage sein, unter Berücksichtigung seiner eigenen Persönlichkeitsstruktur mit ihren Besonderheiten nicht nur dieses Spannungsfeld zu ertragen, sondern aufzulösen, um eine konstruktive Arbeit zu ermöglichen.

Es besteht kein Zweifel, daß es mir nicht gelungen ist, diesen Schritt in bezug auf die umgebenden Institutionen zu vollziehen. Was nützt letztendlich eine funktionsfähige, therapeutisch effektiv arbeitende Einrichtung, die in eine Außenseiterrolle gedrängt, nicht genügend Patienten hat, um auf die Dauer wirtschaftlich arbeiten zu können.

In der damaligen Zeit waren die Verhältnisse jedoch viel komplizierter und unüberschaubarer, wie aus dem Vorhergesagten leicht verständlich wird.

Selbstverständlich ist es nicht ausreichend, analytisch orientierte stationäre Psychotherapie bei Drogenabhängigen zu betreiben, vielmehr muß diese ergänzt werden durch trainierende, aktivierende, pädagogische Maßnahmen und durch eine aktive soziale Rehabilitation. Auch muß die Frage gestellt werden, wie lange denn der stationäre Aufenthalt dauern soll, ob eine Verweildauer von 1 bis 1 1/2 Jahren in einer klinischen Einrichtung, sei sie auch so optimal wie irgend möglich konzipiert, nicht soviel Hospitalisierungsschäden setzt, daß die anfänglich erreichten therapeutischen Ziele dadurch wieder in Frage gestellt sind. So scheint es wesentlich sinnvoller, eine erheblich kürzere Verweildauer im klinischen Bereich anzustreben, eine Überleitung über eine Nachtambulanz in therapeutische Wohngemeinschaften oder aber, sollte dies nicht notwendig sein, in die soziale Realität anzustreben.

### *Reale Gegebenheiten in dieser Einrichtung*

All die zuvor beschriebenen Voraussetzungen waren bei den Therapeuten der damaligen Zeit nicht gegeben. Es fehlte die Ausbildung, die Supervision und daraus folgernd entstanden all die gefährdenden Momente in der Arbeit mit Drogenkranken. Neben den Konflikten innerhalb der Einrichtung zwischen Therapeuten und Patienten und auch unterhalb der Therapeuten fehlte die Fähigkeit, Mittler zu sein im Ambivalenzkonflikt zwischen

Patient und Trägerschaft. Denn hier erfolgte ja ebenfalls die Darstellung des intrapsychischen Konflikts des Patienten insofern, als die Verwaltung das Verhalten der Abwehr der Eltern auf die Fehlentwicklung des von ihnen fehlbehandelten Kindes darstellt und der Kranke eben dieses fehlentwickelte Kind ist mit seinen frustrierten Bedürfnissen und den sich daraus ergebenden Folgen. Damals nun identifizierte sich die Einrichtung mit der Rolle des Kindes, ebenso wie die Einrichtung von Seiten der Trägerschaft mit dieser Rolle identifiziert wurde, so daß ein heftiger Ambivalenzkonflikt entbrannte.

## Entwicklung

### *Entwicklung im einzelnen Therapeuten*

Wie zu erwarten, ging die Entwicklung bei den einzelnen Therapeuten unterschiedliche Wege. Einige wenige behielten über die gesamte Zeit die therapeutische Haltung bei, gerieten dadurch in Konflikt mit den übrigen Therapeuten, die ein sinnvolles Arbeiten letztendlich zu verhindern wußten, z.B. auch durch Beeinflussung der Patienten.

Andere entwickelten einen extrem politisierenden Überbau, versuchten die Patienten zu bewegen, politische Aktivitäten zu ergreifen unter der Vorstellung, damit Therapie zu betreiben, die allerdings von ihnen nicht als Therapie bezeichnet wurde, denn krank seien die Patienten ja nicht. Hier zeigt sich das Eingehen auf die rationalisierend-ideologisierende Abwehr der Drogenkranken auf aufgrund eigener Konflikte sowohl die eigene Oralität als auch präorale, anale und ödipale Konflikte betreffend. So wurde die Möglichkeit geschaffen, die narzißtische Störung mit ihren präoralen und oralen Anteilen und der damit verbundenen Ambivalenz abzuwehren, gleichzeitig auf der Abwehrebene eigene Konflikte mit dem Patienten gemeinsam zu agieren.

Eine weitere Entwicklung sah so aus, daß die Therapeuten in den Sog des Drogenkranken gerieten, versuchten, alle seine Wünsche zu erfüllen, auch die unerfüllbaren. Sie litten mit ihnen an der „bösen, versagenden Welt“. Sie gaben an Bereitschaft zur Kommunikation und materiellen Dingen alles, was nur möglich war, reagierten still, mitleidend oder forderten die übrigen Thera-

peuten auf, ebenfalls die frustrierten Bedürfnisse des Kranken „abzusättigen“, was zu erheblichen Konflikten führte. Man erkennt an dieser Entwicklung die Identifikation mit den oralen Riesenansprüchen der Drogenabhängigen, die wie ein Moloch diese Therapeuten ausaugten.

Es gab auch Therapeuten, die auf kühle Distanz gingen, den Drogenabhängigen aus der „objektiven“ Sicht des Therapeuten betrachteten und jede Nähe vermieden, sich verweigerten und attackierten. Diese Therapeuten ängstigte der intrapsychische Konflikt mit seiner Ambivalenz so, daß nur Rückzug und aggressives, teilweise sadistisches Abwehren des Patienten genügend Schutz zu bieten schien.

Neben den traurigen, mitleidenden Therapeuten gab es auch solche, die sich aktiv für die Erfüllung der oralen Riesenansprüche der Drogenabhängigen einsetzten.

Wieder andere propagierten als therapeutisch wirksames Agens sexuelle Kontakte zwischen Patienten und Therapeuten. Sie sahen die Wurzel des Übels in der sexuellen Frustration des Drogenabhängigen, agierten so ihre eigenen ödipalen Konflikte.

Allen gemeinsam war ein erhebliches Unbehagen der Welt „draußen“ gegenüber mit ihren festgeschriebenen Organisationsformen, Rollenstrukturen und Anforderungen. Passives Sichabgrenzen oder aktives Attackieren mit unterschiedlicher Akzentsetzung war durchgängig zu beobachten. Diese Entwicklungslinien ebenso wie die Beschreibung der Ausgangssituation und der weiteren Entwicklung lassen sich aus den mit Akribie geführten Protokollen aller Gruppenaktivitäten entnehmen, ebenso wie den Schilderungen der verbliebenen Therapeuten.

## *Entwicklung im Team*

Wie die Entwicklung der einzelnen Therapeuten vermuten läßt, konnte das Team die therapeutische Arbeitsebene nicht halten. Die unterschiedlichen Haltungen, Einstellungen und Forderungen prallten im Team aufeinander und führten zu erheblichen Auseinandersetzungen. Diese mußten so brisant sein, da die Therapeuten die unterschiedlichen Aspekte der Drogenkrankheit sowie ihre eigenen Konflikte zur Darstellung brachten, was zu einer militanten Mobilisierung der Abwehr führen mußte. Allerdings gab es eine Entwicklung hin von anfänglich brauchbarer therapeutischer Arbeit bis zur letztlich Dekompensation. Die anfänglich halbwegs funktionierenden Steuerungs- und Regulierungsmechanismen des Gruppenprozesses verloren zunehmend ihre Wirksamkeit. So driftete das Team dann zunehmend aus der therapeutischen Situation ab, wobei unter ständigen Kämpfen mit wechselnden Koalitionsbildungen keine von allen Teammitgliedern getragene gemeinsame Gruppenideologie entstand, sondern die verschiedensten Tendenzen nebeneinander bestanden und nur einige die Gesamtgruppe der Therapeuten verbindende Gemeinsamkeiten der Gegenübertragungskrankheit die Therapeutengruppe vorläufig zusammenhielt. Dazu gehörten Furcht vor Abgrenzung und Kampf gegen die Außenwelt ebenso wie elitäre Vorstellungen über die eigene Arbeitssituation und Position als Zeichen der eigenen, abgewehrten Selbstwertproblematik. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch noch die Tatsache, daß während des gesamten Zeitraums des Bestehens dieses Teams kontinuierlich Rollenidentitätsprobleme artikuliert wurden und daß gegenseitig Anschuldigungen hervorge-

bracht wurden, man strebe eine besondere Position im Team an. In letzter Konsequenz führte diese Entwicklung zur Aufgabe jeglicher Aufgabenteilung, jeder hatte den Anspruch alles zu tun, bestimmte Dinge jedoch nicht mehr. Die Gruppenaktivitäten sowohl des Teams als auch des Hausparlaments, an dem auch die Patienten beteiligt waren, wurden immer zeitaufwendiger, gegen Ende der Entwicklung vorwiegend die Teambesprechungen. Die anstehenden interpersonellen Konflikte im Team ließen kaum noch Zeit für die Beschäftigung mit den Kranken.

Ebenso wie sich auf der Ebene der Trägerschaft jede einzelne beteiligte Institution in die Anonymität einer Gruppe zurückzog, so entwickelte sich ein entsprechender Prozeß in der Gruppe der Therapeuten. Am Ende dieser Entwicklung - als ich die Leitung der Einrichtung übernahm - sah der Zustand so aus, daß keiner der verbliebenen Therapeuten sich in der Lage sah, eine Meinung zu haben und zu vertreten. Es folgte fast stereotyp die Äußerung, dazu könne man nichts sagen, das Team müsse sich erst eine Meinung bilden. Erst dann könne man einen eigenen Standpunkt beziehen. Nun war dies beileibe kein Zeichen für eine demokratische Meinungsbildung, sondern das Ergebnis der mörderischen Kämpfe in der Gruppe der Therapeuten, das Ergebnis der eigenen Angstabwehr.

Eine weitere Entwicklung ist ebenfalls bemerkenswert: In zunehmendem Maße wurden die Patienten entscheidungsberechtigt in Belangen, die ausschließlich in die therapeutische Verantwortung fielen. Mehrheitsentscheidungen im Hausparlament, in dem die Patienten fast regelmäßig in der Überzahl waren, wurden als bindend für alle akzeptiert.



Mehrheiten versuchte man durch Manipulationen der Patienten zu erreichen oder ließ derartige Entscheidungen passiv über sich ergehen. Nicht mehr therapeutische Notwendigkeiten, sondern Mehrheiten aus der Gesamtgruppe Patienten-Therapeuten bestimmten als Zeichen der unterschiedlich aufeinanderprallenden Gegenübertragungsreaktionen der Therapeuten die entscheidende Rolle. So kam es zum Verlust des Selbstverständnisses, ein Therapeut, bzw. ein therapeutisches Team zu sein, darüber hinaus kam es in der Gruppe der Therapeuten zunehmend zu einem Realitätsverlust.

Die hochgradige intrapsychische Ambivalenz des Drogenkranken führte bei den nicht ausgebildeten Therapeuten zur Darstellung beider Aspekte in der Therapeutengruppe, nämlich einmal die Verschmelzungswünsche und zum anderen der Wunsch zu töten, indem man sich selbst in dem anderen tötet, oder zu sterben, indem man den anderen in sich selbst zerstört.

Es entwickelte sich eine Gruppenideologie, die dadurch charakterisiert war, daß einerseits die Außenwelt als feindlich erlebt wurde, andererseits es zu einem Distanzverlust nach innen kam mit der Folge von Rissen im Team. Erleichtert wurde diese Entwicklung durch die ambivalente Haltung der Außenwelt. So nahm die Gegenübertragungs Krankheit nicht nur im Einzelnen, sondern auch in der Gesamtgruppe der Therapeuten ihren progredienten schicksalhaften Lauf. Es trat bald das ein, was zu erwarten war. Da keine Übernahme einer einheitlichen Ideologie stattfand, kam es zu einer Teamspaltung mit Sequestrierung und Ausstoßung.

Diese Entwicklung führte zu Reaktionen der Trägerschaft, um Einfluß auf das Geschehen zu nehmen. Bestätigte sich doch der Argwohn, den man ja von Anfang

an nicht losgeworden war, daß dieser Einrichtung und den in ihr arbeitenden Therapeuten nicht zu trauen sei unter Außerachtlassung der Erkenntnis, daß man es selbst war, der diesem mit ambivalenten Gefühlen in die Welt gesetzten Kind die notwendige Supervision verweigerte. Die Folge war ein Eingriff von außen, nämlich die Suche nach einem Chefarzt, der Ordnung in das nicht mehr Überschaubare bringen sollte.

Das führte zu einer Überidentifikation des Restteams mit feindlicher Abkapselung nach außen. Die verbleibenden Therapeuten verbündeten sich nun aktiv mit den Patienten, nicht mehr nur indem sie mit ihren eigenen Gegenübertragungsgefühlen nicht fertigwerdend, sich mit Konflikt oder Abwehr, bzw. Rollenansprüchen der Patienten identifizierten, sondern sie benutzten die Patienten aktiv im Kampf gegen die bevorstehenden Veränderungen.

Dieser Gruppenprozeß blieb jedoch nicht ohne Einfluß auf die einzelnen Gruppenmitglieder, die nicht alle diese Entwicklung befürworteten. Sie trauten sich jedoch nicht, ihre eigene Position zu vertreten aus Angst, als Repräsentant des Gruppenegegners in der Restgruppe attackiert und vernichtet zu werden. Über den Endzustand dieser Entwicklung wird später noch zu berichten sein.

### *Entwicklung bei den Patienten*

Zunächst gab es bei den Patienten recht ordentliche therapeutische Entwicklungen und wie die katamnestischen Untersuchungen zum Zeitpunkt des Neubeginns ergaben, waren auch recht befriedigende Therapieerfolge zu Beginn der therapeutischen Arbeit zu verzeichnen. Wie zu erwarten, führte in dem Maße, wie die Gegenübertra-

gungskrankheit bei den Therapeuten ihren Lauf nahm, die Entwicklung weg von therapeutischen Erfolgen.

Der Druck und der Einfluß der Patienten wurde in der Einrichtung immer größer, das Artikulieren der oralen Riesenansprüche ebenso wie die Abwehr wurden lauter und in dem Maße, wie die therapeutische Arbeit nicht mehr geleistet wurde, nahm das Agieren der Patienten zu.

Die Hausordnung als integraler Bestandteil der Therapie wurde immer weniger konsequent eingehalten, es kam zu Untergruppenbildungen, immer häufiger praktiziertem Rückzug ins eigene Zimmer, Halten von Tieren, Anschaffung und Aufstellen von Stereoanlagen in den Zimmern der Patienten, es machte sich eine zunehmende Unlust breit, an den therapeutischen Aktivitäten des Hauses teilzunehmen. Es wurden Versuche erkennbar und waren zum Teil auch erfolgreich, Therapeuten zu manipulieren und gegeneinander auszuspielen. Es trat sexuelles Agieren auf, Prostitution im Haus diente dem Gelderwerb zur Beschaffung von Drogen, einige Patienten verfügten über nicht unbeträchtliche Geldmittel, über die sie frei verfügten. Es traten zunächst vereinzelt und im weiteren Verlauf häufiger Gewalttätigkeiten der Patienten auf, die zu Verletzungen und Zerstörungen von Mobiliar führten.

Die in der Hausordnung verankerte Freiwilligkeit des Aufenthaltes der Patienten in der Klinik wurde von einem Teil der mit ihren Gegenübertragungsgefühlen nicht mehr fertig werdenden Therapeuten zu unterbinden versucht, indem sie die Patienten daran hinderten, auf eigenen Wunsch die Klinik zu verlassen, was ebenfalls zu erheblichen Gewalttätigkeiten führte.

Es kam nun auch vereinzelt zu intimen Kontaktaufnahmen zwischen Patienten und Therapeuten.

Zunehmend rutschten die Patienten in eine reine orale Befriedigungshaltung mit all ihren Substitutionsmöglichkeiten, die neben Zigaretten und Kaffee exzessiven Musikgenuß und Drogeneinnahme umfaßten.

In dem Maße, wie das Team seine therapeutische Konsequenz verlor, agierten die Patienten und gewannen immer größeren Einfluß auf das Geschehen in der Einrichtung.

### *Verhältnis zur und Umgang mit der Verwaltung*

In dem Maße, wie das Team seine therapeutische Kompetenz verlor, sich in seine Gegenübertragungsgefühle und Reaktionen verstrickte, verschlechterte sich auch die Beziehung zu Verwaltung und Politik, die regen Anteil an dem Geschehen nahm. Die Identifikation mit den oralen Riesenansprüchen und die Übernahme der ideologisierenden Abwehr der Patienten mußten einerseits zu unangemessenen Forderungen an die Verwaltung und andererseits zu für diese unerträglichen Angriffen führen. Das wiederum verschärfte die ambivalente Einstellung aller drei an der Trägerschaft beteiligten Institutionen. Die zunehmend nach außen dringenden Auffälligkeiten innerhalb der Einrichtung sowie das Auftreten des Teams in der Öffentlichkeit waren nicht gerade dazu angetan, diesen Konflikt zu entschärfen.

Die Gruppe der Therapeuten erlebte die Verwaltung als eine Instanz, die, wie ihnen erschien, berechnete Forderungen verweigerte und so fühlten sich die Therapeuten aufgefordert, Kampfmaßnahmen zu erwägen, sich in be-

stimmten Bereichen der Zusammenarbeit zu entziehen, um - wie sie meinten - ihre berechtigten Forderungen letztendlich kämpferisch durchsetzen zu können. Es entwickelte sich bei den Therapeuten die Vorstellung, die Verwaltung sei letztlich für die Krankheit der Patienten verantwortlich, ebenso wie für die zunehmenden therapeutischen Mißerfolge und das zunehmende Sich-selbstschlecht-Fühlen-zu-müssen. So war der partielle Realitätsverlust des Teams nicht gerade förderlich für eine kooperative Zusammenarbeit.

## Allgemeine Zuspitzung und vorläufiges Ende

### *Bei den Patienten*

Die sich bereits früher abgezeichneten Entwicklungstendenzen verstärkten sich zusehends. Immer lautstarker wurden die Forderungen die oralen Riesenansprüche zu befriedigen, immer deutlicher wurde die ideologisierende Konfliktabwehr im Umgang mit den Therapeuten eingesetzt. Neben Untergruppenbildungen verstärkte sich der Trend zu Pärchenbildungen und Vereinzeln der Patienten mit vollständigem Rückzug auf das eigene Zimmer, wobei sich das Leben nach dem für den Drogenkranken typischen gestörten Tag-Nacht-Rhythmus abspielte, d.h. schlafen bis mittags, anschließend Drogengebrauch, passiv rezeptiver Musikkonsum aus der eigenen Stereoanlage, Entfaltung von Aktivitäten erst am Abend mit Wachbleiben die halbe Nacht hindurch. Die Teilnahme an therapeutischen Aktivitäten wurde mehr und mehr eingeschränkt, nur auf inständiges Bitten der Therapeuten war man gelegentlich bereit, ihnen den Gefallen der Teilnahme zu erweisen, oder aber dann, wenn die Therapeuten für eigene Bedürfnisse benutzt werden konnten. In zunehmendem Maße übernahmen die Patienten die Führung der Einrichtung, nicht mehr die Therapeuten bestimmten therapeutisch Notwendiges, sondern die Patienten entschieden. Es kam zu einer Umkehr der entscheidungstragenden Personengruppe, wengleich einige Therapeuten verzweifelt bemüht waren, dieser Entwicklung entgegenzuarbeiten.

Es fanden sich Drogenkonsum in der Klinik, reines Scene-Verhalten, aber auch suizidale Tendenzen bei den

Patienten. Ein Teil der Patienten brach den Aufenthalt in der Klinik aus der Erkenntnis heraus ab, daß ihnen in einer derartigen Situation nicht geholfen werden kann.

### *Bei den Therapeuten*

Neben der zunehmenden Hilflosigkeit im Umgang mit der Situation in der Klinik, die sich in resignierendem Rückzug, aggressiven Attacken, depressiven Reaktionen, dem Wunsch nach konfliktfreier Gesamtgruppe im Sinne einer magna mater, familiären Desintegrationserscheinungen und psychosomatischen Manifestationen zeigte, kam es zu dem bereits weiter oben beschriebenen Sequestrierungsprozeß mit Fortgang einiger Therapeuten. Neben dieser Flucht aus dem Team fanden sich nun Kämpfer nach außen und innen; Therapeuten, die ihre therapeutische Aufgabe nicht mehr wahrnehmen konnten, die als Verwöhner, Werber um die Gunst der Patienten auftraten oder in den Patienten Verbündete sahen im Kampf mit der Verwaltung und den politisch Verantwortlichen. Daneben wurden Sexualverkehr und politische Aktivitäten als Therapie propagiert und praktiziert. Es war praktisch ein Endzustand der Gegenübertragungskrankheit bei den Therapeuten erreicht, der ein weiteres Arbeiten unmöglich machte.

### *Im Team*

Jetzt ist der Endzustand des Abdriftens des Teams erreicht. Alles in allem imponiert ein Laisser-faire-Stil im Umgang mit den Patienten. Bei genauerer Betrachtung

tungsweise, deutlich wurde dies im weiteren Verlauf durch die psychodramatische Bearbeitung dieser Entwicklung mit den verbliebenen Therapeuten, zeigten sich in der Gruppe des Restteams verschiedene Ideologienformen:

a) "Der Gruppenfeind ist draußen:"

Der Gruppenfeind war einerseits die Trägerschaft, aber andererseits jede andere administrative Institution sowie ein erwarteter Chefarzt für die Einrichtung. Auf diese Weise wurden in der Gruppe bewußt keine Konflikte mehr wahrgenommen oder aber heruntergespielt, weil die feindselige Haltung nach außen die inneren Konflikte überdeckte. Es darf in diesem Zusammenhang noch einmal an die Konflikte erinnert werden, die in diesem Restteam eine Rolle spielten. Neben verschiedenen Ideologien gab es Vertreter der Abwehr des Patienten ebenso wie solche, die sich mit dem Konflikt, bzw. dessen Surrogatbefriedigung, identifizierten. Es gab eine Übernahme der von den Drogenkranken an die Therapeuten herangetragenen Rollenanforderungen mit den entsprechenden malignen Gegenübertragungsgefühlen. Der intrapsychische Konflikt der Drogenkranken fand seine interpersonale Darstellung. Es zeigten sich massive Rivalitätsprobleme, soziale Minderwertigkeitsgefühle, ödipale Probleme, Macht-Ohnmachtskonflikte usw. Ein Beispiel möge die Identifikation der Therapeuten mit den oralen Riesenansprüchen der Patienten verdeutlichen:

Das in der Klinik gelieferte Essen entsprach dem üblichen Standard, war weder besonders schlecht noch besonders gut. Es war eben ein übliches Krankenhausesen, nicht besonders schmackhaft, aber mehr als ausrei-



chend. Es dauerte nun gar nicht lange, da beschwerten sich die Patienten über dieses Essen. Sie waren der Meinung, sowohl qualitativ wie auch quantitativ müsse besseres bereitgestellt werden. Statt nun diese Forderungen mit den Patienten zu bearbeiten, identifizierten sich die Mitarbeiter mit dieser Forderung und begannen einen Kampf um die Verbesserung des Essens. Die Reaktion der Trägerschaft war vorherzusehen, Unverständnis und Feindseligkeit waren die Folge.

b) "Nicht der Patient, sondern die Gesellschaft ist krank:" Diese Ideologieform war charakterisiert durch die Verleugnung der intrapsychischen Konflikte des Patienten und damit auch der eigenen Konflikte. Sie bot zudem die Möglichkeit, die eigenen ambivalenten Gefühle der Verwaltung gegenüber schadlos erleben zu dürfen. Die Folge war nämlich ein gemeinsamer Kampf gegen die Gesellschaft unter der Vorstellung, dieses sei Therapie. Hier erfolgte nun ganz eindeutig die Identifikation mit der ideologisierenden Abwehr des Patienten

c) Abrutschen in den paranoischen Bereich:  
Die Grundeinstellung sah so aus, daß die Vermutung geäußert wurde, die feindselige Umwelt, sprich Trägerschaft, warte nur darauf „uns“ zu töten. Eine scheinbare Bestätigung erhielt diese Befürchtung dadurch, daß das eigene Verhalten bei der Verwaltung in der Tat Verärgerung hervorrief.

d) Abrutschen der Therapeuten in den sado-masochistischen Bereich:  
Diese Haltung wurde im Gruppenprozeß am wenigsten deutlich, war jedoch vorhanden. Es gab einige Thera-

peuten, die dahin tendierten, die Patienten aggressiv zu attackieren. Diese Haltung hatte ihre Ursache im Abwehren von Impulsen, welche die Therapeuten nicht wahrnehmen konnten.

e) Depressives Abdriften:

Es entstand die Vorstellung, man müsse miteinander gut auskommen, keine Forderungen aneinander stellen, ein gemütliches und zufriedenes Zuhause schaffen. Man saß beieinander, trank Kaffee, abends Alkohol, spielte Karten und ließ den ganzen Tag den Fernseher oder die Stereoanlage laufen. Man ergab sich den eigenen passiv-rezeptiven Wünschen und war der Meinung, damit einen therapeutischen Effekt erzielen zu können.

Ergänzt wurde das Ganze durch die bereits weiter oben beschriebenen Phänomene wie z.B. Drogenkonsum, sexuelles Agieren usw. Das Verhalten des Teams stellte eine Mischung und Interferenz all dieser Impulse dar. Wenn es nach außen hin oberflächlich geglättet schien, so nur deshalb, weil nach Sequestrierung eines Teiles des Teams der Zwang verspürt wurde, sich gegen äußere Feinde zu verteidigen. Verärgerung und Feindseligkeit waren nun wirklich wahrnehmbar. Schwierigkeiten im und um das Haus hatten mehrmals die Öffentlichkeit erregt, die Polizei hatte einschreiten müssen, alle nur erdenklichen Personen, die mit der Einrichtung befaßt waren, sind damals verärgert worden und es war offenkundig, daß Therapie im Hause nicht mehr stattfand.

### *Im Konflikt mit der Administration*

Es kam zu einer weiteren Zuspitzung mit der Trägerschaft, als vom Restteam die Kooperation verweigert wurde. Lautstark wurden die Vorgänge in der Klinik verteidigt, wo es nichts zu verteidigen gab, wo sachliche Kritik notwendig gewesen wäre und selbstkritische Beurteilung. Es kam auch zu Konflikten mit dem im Haus tätigen Personal des gemeinnützigen Trägers, das seinerseits Schutz und Hilfe bei den Vorgesetzten suchte. Durch die Erregung öffentlichen Aufsehens und lautstarkes Verteidigen dieser Vorgänge wurde die Situation noch verschlimmert.

Hinzu kam ein Kampf, der ursprünglich ausgelöst wurde durch eine Fehleinschätzung der Trägerschaft: Es war sachlich begründet, eine Kontakt- und Beratungsstelle zu haben. Diese war der Einrichtung verweigert worden. Daraufhin entstand diese Kontakt- und Beratungsstelle aus Eigeninitiative. Der Kampf um diese wurde von beiden Seiten immer hektischer und realitätsferner geführt, es ging längst nicht mehr um die Frage der Notwendigkeit einer außerhalb der Klinik angesiedelten Kontakt- und Beratungsstelle. An diesem Zankapfel und im Umgang mit ihm zeigte sich die mörderische Ambivalenz zwischen beiden Parteien.

### *Reaktion der Administration*

Hinter vorgehaltener Hand und auch öffentlich wurde die Einrichtung als „Rote Kaderschmiede“ verdächtigt und als gefährlicher Gegner erlebt. Bei meinen Gesprächen, etwa ein halbes Jahr vor Übernahme der Leitung dieser

Einrichtung mit Vertretern der Trägerschaft, gerieten diese immer wieder in sichtliche Erregung, wurden unsachlich und polemisch, wenn es um die Einrichtung, ihr Konzept und die Therapieziele ging.

Rachegefühle einerseits und Angst vor den Reaktionen andererseits prägten die Einstellung. Es war auffallend, daß die Gefühle der Einrichtung gegenüber - auch zu dem damaligen Zeitpunkt - höchst ambivalent waren. Eine Schließung war ernsthaft nicht in Erwägung gezogen worden, ebensowenig wie die Versetzung der Therapeuten und ein unbefangener Neubeginn. Die Trägerschaft hatte sich ja auch bereits entschieden. Nicht Auflösung der Einrichtung und Neubeginn, sondern Einstellung eines Chefarztes als „Ordnungsmacht“.

Auf der rationalen Ebene konnte in den Gesprächen akzeptiert werden, daß es sich nicht um Bösartigkeit oder politisches Außenseitertum handelt, sondern um ein Abdriften des Teams, um eine Erkrankung des Teams, das mit seinen eigenen Gegenübertragungsgefühlen nicht mehr fertig geworden war. Die bewußte Motivation war sicher die, die therapeutische Situation in der Einrichtung wiederherzustellen, um dem drängenden Drogenproblem Herr zu werden. Zwischen den Zeilen wetterleuchtete es jedoch in unterschiedlicher Ausprägung bei den verschiedenen Persönlichkeiten immer wieder hindurch, daß Disziplinierungsmaßnahmen und Strafimpulse wohl das Angemessene seien, mit den Therapeuten umzugehen.

Es hatte vor mir schon einige Bewerber um diese Chefarztposition gegeben. Es waren heiße Kämpfe entbrannt, sich interessierende Bewerber wurden als Totengräber einer Idee und Erfüllungsgehilfen der Politik und Ver-

waltung verstanden und verprellt. Die Entwicklung der Einrichtung verstehend, die Reaktion des Restteams als durch die Gegenübertragungskrankheit bedingt erkennend, war ich bereit trotz Ablehnung, einen Versuch zu unternehmen, der Klinik ihre therapeutische Wirksamkeit wieder zu erarbeiten.

Retrospektiv muß ich selbstkritisch bekennen, daß ich nur einen Teil des Problems verstanden hatte, nämlich das, was sich in der Einrichtung selbst abgespielt hatte. Ich hatte zunächst angenommen, daß die Reaktionen der Trägerschaft bedingt seien durch die Fehlentwicklung in der Klinik. Mir war nicht klar, daß auch die Öffentlichkeit und damit Politik und Verwaltung von Beginn an ein ambivalentes Verhältnis zu dieser Einrichtung hatte, eben aufgrund der unbewußten Gleichsetzung: Klinik = Drogenkranker. Die dem Drogenkranken geltenden ambivalenten Gefühle, die auf die Einrichtung übertragen wurden und sich auch bis zum Beginn dieser Entwicklung zurückverfolgen lassen, waren mir damals entgangen. Wäre mir das damals klar gewesen, hätte ich mich wohl kaum bereit gefunden, die Leitung dieser Einrichtung zu übernehmen. Der weitere Weg der Einrichtung und auch der Umgang mit dem Drogenproblem ganz allgemein ließ das jedoch in erschreckender Deutlichkeit augenfällig werden.

## Neubeginn

### *Klärung der Situation*

Der Öffentlichkeit waren die Vorgänge um diese Einrichtung nicht verborgen geblieben. Die zu Beginn ihrer Entstehung in der Öffentlichkeit mit sehr viel Vorschulorbeeren bedachte Einrichtung hatte im Laufe der Zeit zunehmend Beachtung durch die in und um die Einrichtung sich abspielenden Vorgänge erhalten. Sowohl in der Presse als auch im Rundfunk konnten nun zwei grundsätzliche Einstellungen beobachtet werden: Auf der einen Seite die handfeste Kritik und die Frage nach der Zukunft dieser Einrichtung und auf der anderen Seite die kritische Einstellung der Trägerschaft gegenüber, ebenso wie der Entscheidung durch die Einstellung eines Chefarztes Veränderungen in der Einrichtung zu bewirken. Es ist leicht einzusehen, daß der Neubeginn der Einrichtung und die sich daraus ergebenden Konsequenzen in der ersten Zeit auch ihren Niederschlag in Presse und Rundfunk fanden. Ablehnende und befürwortende Stimmen der sich verändernden Situation gegenüber hielten sich in etwa die Waage. Eine Arbeit in aller Stille und unbeeinflusst durch die öffentliche Meinung war somit nur begrenzt möglich. Allerdings verloren Presse und Rundfunk rasch ihr Interesse, nachdem spektakuläre Ereignisse im Zusammenhang mit der Einrichtung ausblieben. Zu meiner Überraschung mußte ich feststellen, daß es für die Patienten, die in der Einrichtung stationär behandelt wurden, keine Kostenregelung mit den Krankenkassen gab. Vielmehr hatte das Stammkrankenhaus, um zu seinen Kosten zu kommen, einen Weg gewählt, der

nach Bekanntwerden starke Verärgerung bei den Krankenkassen hervorrief und eine Verweigerung der Kooperation zur Folge hatte. Hinzu kam, daß das Klinikgebäude in absehbarer Zeit einer Straßenerweiterung weichen mußte. Das vom gleichen gemeinnützigen Träger zur Verfügung gestellte Ersatzgebäude war in einem Randbezirk gelegen und ließ die Aufrechterhaltung der bisherigen Kapazität nicht zu, so daß allein durch diese Tatsache die KostenNutzenrelation der Einrichtung ungünstiger zu werden versprach. In der damaligen Zeit allerdings, bedingt durch die Förderung aus Bundesmitteln, wurde diesem Gesichtspunkt keine allzu große Bedeutung beigemessen.

Das Weiterbestehen, bzw. die Neueinrichtung einer Kontakt- und Beratungsstelle wurde vom Senat abgelehnt. Die Einrichtung, später im Außenbezirk liegend, konnte dann zwar noch Beratungstätigkeit wahrnehmen, war aber, fernab der Scene, bei der Zuweisung von Drogenabhängigen von anderen Einrichtungen abhängig.

Die Situation war gekennzeichnet durch emotionale Spannung bei allen Beteiligten. Unruhe, Zweifel, Verärgerung und argwöhnisches Beobachten beherrschten den Umgang miteinander. Die bestehenden harten Fronten ließen eine kooperative Zusammenarbeit nur sehr schwer entstehen. Hinzu kam, daß die Vorgänge in der Klinik nicht mehr therapeutisch genannt werden konnten.

### *Die Beziehung zwischen dem Restteam und dem Chef- arzt*

Als ich die Leitung der Einrichtung übernahm, wurde ich zum Projektionsschirm aller Ängste und Befürchtungen der noch verbliebenen Therapeuten. Ich war das böse, zerstörende Objekt ebenso wie die oral versagende Mutter. Ich wurde als übermächtiger Elternteil erlebt, demgegenüber man sich aus dem Gefühl der Ohnmacht heraus schwach und hilflos fühlen mußte oder aber meinte, sich kämpfend behaupten zu müssen. Auch wurde ich als kastrierender, gefährlicher Vater erlebt, vor dem man flüchten oder mit dem man kämpfen mußte.

Aus all dem wird verständlich, daß die Gefühle mir gegenüber hochambivalent waren, verkörperten sie doch eigene, unverarbeitete Konflikte und nicht zuletzt auch die Gefühle, die der Drogenabhängige seiner Mutter gegenüber hat. Unbewußt bestanden Wünsche und Forderungen, die sich von den Therapeuten unbemerkt im Verhalten und in Äußerungen zeigten. Neben der Ablehnung fanden sich denn auch noch alle nur erdenklichen Einstellungen, die eine innere Trennung oder eine Klärung der Beziehung auf der sachlichen Ebene äußerst erschwerten.

Erlebt wurde ich als der Feind im Hause, als ein Erfüllungsgehilfe der gefährlichen, bedrohlichen Administration, als Totengräber einer Idee, der man sich innerlich verpflichtet fühlte. Es zeigte sich Angst vor Disziplinierung, eine große Empfindlichkeit aus Angst vor Kritik an der bisherigen Arbeit. Ich wurde als Vertreter der „repressiven Psychiatrie“ erlebt, das Anerkenntnis meiner Präsenz oder gar die Zusammenarbeit mit mir als unvorstellbare Niederlage erlebt. Die Vorstellung und Erkennt-



nis, daß für mich ein Drogenabhängiger ein kranker Mensch ist und nicht in erster Linie ein Opfer der spätka-pitalistischen Gesellschaftsordnung, rief Angst und ohn-mächtige Wut hervor.

Ich wurde als frustrierend und verbietend erlebt, als ich den Verlust der therapeutischen Distanz ansprach und Drogenkonsum in der Klinik für unvereinbar erklärte mit einer sinnvollen Therapie. Das gleiche galt für meine Einstellung, daß jeder im Hause die seiner Ausbildung entsprechende Tätigkeit auszuüben habe und nicht wie bisher jeder Therapeut sein könne und andere Aufgaben nicht mehr wahrgenommen werden. Die Konfrontation mit der Tatsache, daß die Therapeuten sich fast ausschließ-lich mit sich selbst und nicht mehr mit den Pati-enten beschäftigten, bereitete ebenfalls erhebliche Äng-ste.

Ich wurde als Antidemokrat erlebt, nachdem ich die Durchführung des Hausparlaments in der bisherigen Form, das längst keine therapeutische Funktion mehr hatte, untersagte, und ähnlich starke Ängste und Feind-seligkeit zeigten sich, als meine Einstellung bekannt wurde, daß GV kein Ersatz für therapeutische Maßnah-men darstellt, was mir den Vorwurf der „Sexualrepressi-ivität“ einbrachte, wohl als Zeichen der massiven Kastrationsängste. Die vereinbarte Form des Umgangs mit mir war das „Rausgraulen“ oder „Assimilieren“. Es wurden Kämpfe an mich herangetragen, die entweder offen ge-führt wurden, in denen es um Rechthaben ging oder aber in denen ich direkt attackiert wurde durch nächtliche Dauertelefongespräche, Beschädigen meines Fahrzeugs und ähnliches sowie durch die Tatsache, daß ein Teil der Therapeuten sich mit den Patienten verbündete, um ei-nen Kampf gegen mich zu führen. Die Patienten wurden

motiviert, jeglichen Kontakt mit mir zu meiden, bzw. mir auf die eine oder andere Art Schaden zuzufügen. Diese Verbündung wurde nicht von allen Therapeuten gutgeheißen, aber stillschweigend geduldet. Es gab auch offene Rebellion. So wurde meine Telefonleitung zerschnitten, man weigerte sich mir einen Raum in der Klinik zu überlassen, und nachdem dies geregelt war und der Raum entsprechend hergerichtet und eingerichtet war, machte man ihn unbewohnbar und ein Großteil der Therapeuten weigerte sich, mit mir zusammenzuarbeiten, verweigerte die Teilnahme an von mir anberaumten Besprechungen. Es gab auch taktierendes Verhalten, mir gegenüber wurde Kooperationsbereitschaft verbalisiert, in meiner Abwesenheit die Arbeit boykottiert. Andererseits gab es Versuche, mich in die Konflikte im Restteam mit einzuspannen, dadurch, daß man versuchte vorübergehende Bündnisse mit mir einzugehen.

Es gab aber auch aufrichtig gemeint vorsichtige Angebote zur Kooperation ebenso wie die psychosomatische Dekompensation einiger Mitarbeiter zu beobachten war. Es ist leicht einzusehen, daß es darauf ankam, die eigenen Gegenübertragungsgefühle zu verstehen, um in dieser Situation nicht die Übersicht und die Einsicht in das, was zu tun war, zu verlieren. Die Welle der Feindseligkeit mit der ihr innewohnenden Tendenz zur Polarisierung bot ja geradezu an, mich an die eine oder andere Seite „anzulehnen“, um eine Angstminderung zu erreichen. Hinzu kam noch, daß von beiden Seiten, d.h. von seiten der Trägerschaft ebenso wie von der Seite der Therapeuten, der Wunsch an mich herangetragen wurde, eindeutig Partei zu ergreifen und den Gegner, bzw. die gefährlichen und aufsässigen Therapeuten zu bekämpfen. So geriet ich in ein Spannungsfeld, das dadurch gekenn-

zeichnet war, daß bei Zurückweisung des Anspruchs, den eine der Seiten an mich herantrug, die Folge Ablehnung und Feindseligkeit war. Wies ich die irrationalen Ansprüche der einen Seite zurück, verursachte ich auf der anderen Seite den Eindruck, Partei ergriffen zu haben mit der Folge, daß Reaktionen nicht ausblieben, was dann wiederum die Konsequenz hatte, daß sich die andere Seite bestärkt fühlte in ihrer Ablehnung durch mich. Diesem Spannungsfeld ausgesetzt, kam es darauf an, den Mitarbeitern gegenüber eine soweit als möglich therapeutische Haltung einzunehmen, ohne daß bei der Verwaltung der Eindruck entstand, ich würde die Kooperation aufkündigen.

Zum anderen war es wichtig, die Gruppe der Therapeuten nicht als ein einheitliches Ganzes zu erleben, sondern als eine Vielzahl von Individuen, die von verschiedenen Ängsten gequält, in eine Abwehrhaltung geraten waren. Auf der anderen Seite sprach sowohl das Restteam singulär von einem Außenfeind, wie auch die Trägerschaft eine pauschal ablehnende Einstellung zu allen Mitarbeitern artikuliert. So rief meine individuelle Betrachtungsweise sowohl bei den im Hause verbliebenen Therapeuten als auch bei den mit den Mitarbeitern regelmäßig umgehenden Vertretern der Verwaltung, in diesem Fall des DRK, heftigen Widerstand hervor. Das Ganze wurde noch dadurch verkompliziert, daß ja durch den Verlust der therapeutischen Distanz die Patienten in dieses komplexe Geschehen mit hinein verweben waren. Die Beschäftigung mit den Patienten führte zu erheblichen Ängsten bei einem Teil der Therapeuten, rief Schadenfreude beim Personal der Trägerschaft hervor, die nicht ohne Wirkung sowohl auf Patienten als auch auf Therapeuten blieb. Die Beschäftigung mit der Gruppe

der Therapeuten ließ in der Patientengruppe erhebliche Unruhe entstehen, da die momentane Situation zwar nicht therapeutisch wirksam, aber von einem Teil der Patienten als sehr angenehm empfunden wurde. Die Aufgabe, die auf mich zukam, bestand nun darin, dieses komplexe Geschehen verstehend zu bearbeiten und aufzulösen. Das hieß, die Übertragungsgefühle auf mich zu verstehen und in einem absehbaren Zeitraum zu vermitteln, daß es sich dabei um Übertragungsgefühle handelt. Ich mußte meine eigenen Gegenübertragungsgefühle verstehen und auch therapeutisch nutzen. Es kam darauf an, Ansprüche der Trägerschaft, der Therapeuten und der Patienten sowohl in ihrem realen als auch irrationalen Anteil zu verstehen und eine Klärung herbeizuführen. Am Ende dieser Entwicklung mußte das Erarbeiten eines für alle Beteiligten lohnenden gemeinsamen Vorgehens stehen.

Gegen die Widerstände verschiedenster Art wurde die formale Arbeitsebene wieder hergestellt. Es war nötig, einige Mitarbeiter zur Erreichung dieses Zieles zu versetzen. Das Hausparlament in seiner damaligen Form als einzigen Ort der Begegnung wurde abgeschafft und durch regelmäßige Besprechungen unter Einbeziehung analytischen Könnens ersetzt. Diese Besprechungen wurden von mir so konstalliert, daß sie für uns ein Stück Selbsterfahrung beinhalteten. So war es möglich, die allergrößten Verzeichnungen und Ängste in einem angemessenen Zeitraum soweit zu reduzieren, daß zumindest auf der bewußten Ebene Kooperationsbereitschaft bestand.

Wegen der fehlenden Kostenregelung für die Patienten, der nichttherapeutischen Situation für sie und der Notwendigkeit, eine therapeutische Situation erst wieder zu

erarbeiten, erfolgte die Entlassung, bzw. Verlegung der noch in der Einrichtung stationär betreuten Patienten. Es folgte nun die Zeit, die man am besten überschreiben kann mit der Überschrift

### *Der Wald von Mikrofonen*

Zu den Besprechungen erschienen die meisten Therapeuten mit ihren Kassettenrecordern, bzw. Tonbandgeräten und bauten ein Mikrofon auf dem Tisch auf, um ja jedes Wort, jede Äußerung der Gruppe unverlierbar mit aus diesen Sitzungen herausnehmen zu können. Hier zeigte sich nun wieder die Ambivalenz sowohl mir gegenüber als auch den übrigen im Raum anwesenden Personen gegenüber. Einerseits bedeutete das Aufnehmen und Sich-unverlierbar-machen sicher orale Einverleibung, aber andererseits eben auch argwöhnisches Beobachten, sammeln von Material, das man nachher im stillen Kämmerlein auf seine Gefährlichkeit, Giftigkeit und Feindseligkeit hin untersuchen konnte.

An dieser Stelle seien noch einige Bemerkungen über die kompliziert zusammengesetzte Trägerschaft in der damaligen Zeit erlaubt:

Es entstand in mir der Eindruck, daß alle drei an der Trägerschaft beteiligten Institutionen in sich uneins waren, sich gegenseitig beobachteten. Die beteiligten Personen ließen gelegentlich abfällige Bemerkungen über andere beteiligte Personen, bzw. Institutionen fallen. So wurde zumindest von der einen oder anderen Seite im „vertraulichen“ Gespräch geargwöhnt, daß der eine oder andere Mitbeteiligte an der Trägerschaft nicht ganz frei von „Schuld“ an dem jetzigen Zustand sei. Allen drei ge-

meinsam war, daß Unklarheit bestand über die Zukunft der Einrichtung oder, anders ausgedrückt, ob man sich noch einmal einlassen wolle, eine derartige Aufgabe mitzutragen.

Dieses Verhalten wird von mir nicht geschildert, um die eine oder andere Person in Verlegenheit zu bringen oder Zwietracht entstehen zu lassen, sondern um zu verdeutlichen, wie auch in der Trägerschaft die ambivalenten Gefühle als Zeichen der Gegenübertragungssituation keine unbedeutende Rolle spielten.

Nun ist es sicher auch nicht zufällig, daß während der ganzen Zeit eine eindeutige Kompetenzaufteilung zwischen den für die Einrichtung verantwortlichen Parteien nicht erfolgt war. Auch dafür dürften die ambivalenten Gegenübertragungsgefühle und unbewußten Schuldgefühle mitverantwortlich sein.

Nach etwa zwei Monaten ließen die Angriffe von außen langsam nach, die Vorbereitungen auf einen Neubeginn im neuen Hause bei gleichzeitiger Aufarbeitung der bestehenden Konflikte ging erfolversprechend voran. Neue Mitarbeiter wurden eingestellt und in die Vorbereitungen mit einbezogen. Es bestand nun die Situation, daß nach Entlassung der stationären Patienten die gesamte Arbeitszeit zur Vorbereitung zur Verfügung stand. Die Entlassung der Patienten wurde zwar als Verlust erlebt, aber durchaus auch die Chance der neuen Situation erkannt. Der Wald von Mikrofonen gehörte zunächst noch zum üblichen Bild des Tagesablaufes, der nun konsequent durchstrukturiert war. Es gab vier bevorzugte Begegnungsebenen, auf denen miteinander gearbeitet wurde. Ich legte der Gruppe der Mitarbeiter das vorab genehmigte Rahmenkonzept über die weitere therapeutische Arbeit vor, und wir begannen gemeinsam mit der

Ausarbeitung dieses Konzepts im Rahmen der vorgegebenen Parameter. Dieses Konzept unterschied sich nicht unwesentlich von dem bisherigen. In erster Linie waren es zwei Unterschiede: Einmal sollte die Einrichtung von nun an als psychotherapeutische Einrichtung geführt werden, die psychoanalytisch orientiert arbeitet bei gleichzeitig und gleichrangig neben die psychotherapeutische Behandlung gestellter sozial-rehabilitativer Maßnahmen, die vorzugsweise von Sozialarbeitern wahrgenommen werden sollten. Zum anderen sollte, was die Klientel betrifft, die Monokultur aufgehoben werden, d.h. es sollten zukünftig auch jugendliche Patienten der Unterschicht und der unteren Mittelschicht mit psychosozialen Störungen und Jugendliche mit Abhängigkeitskrankungen betreut werden. In täglichen Besprechungen wurden nun die Einzelheiten des neuen Therapiekonzeptes ausgearbeitet und eine Aufgabenverteilung vorbereitet.

Darüber hinaus führten wir Seminare über allgemeine und spezielle Neurosenlehre durch, um auf der rationalen Ebene das Wissensdefizit aufzuarbeiten.

Die wohl wichtigste Aktivität im Hause war die psychoanalytisch-orientiert durchgeführte psychodramatische Selbsterfahrungsgruppe, in der wir daran gingen, beginnend mit der Ebene der scheinbar realen Konflikte, etwas Licht in die persönliche Situation jedes einzelnen Mitarbeiters zu bringen, so daß die Erkenntnis heraufdämmerte, daß Selbsterfahrung not tut, einmal um sich selbst besser zu verstehen, zum anderen um in einer psychotherapeutischen Einrichtung tätig sein zu können. Nun war es nicht meine Absicht, bei den Mitarbeitern die Therapeutenrolle zu übernehmen, und so setzten sich

die Mitarbeiter zusammen, suchten und fanden einen Analytiker, der sich bereit erklärte, eine Selbsterfahrungsgruppe zu leiten.

Unabhängig davon erlernten die Mitarbeiter bei mir das Autogene Training durch Fremdsuggestion. Diese den Mitarbeitern zugewachsene Fähigkeit, sich mir anzuvertrauen, erhellt, was in diesen insgesamt sechs Monaten des Miteinanderarbeitens zu erreichen gewesen ist.

### *Beziehung Senat - Einrichtung*

Der Kontakt zur Einrichtung bestand jetzt ausschließlich über mich. Regelmäßige Besprechungen begleiteten die Entwicklung in der Einrichtung. Als Repräsentant der Klinik wurde ich nun für alle beteiligten Institutionen zum Projektionsschirm von zum Teil bewußten, aber auch unbewußten Ängsten, die zuvor der Einrichtung gegenüber bestanden hatten und ihre Wurzel in den Vorerfahrungen und den Gegenübertragungsgefühlen den Drogenabhängigen gegenüber hatten. Während zu Beginn - als ich meine Bereitschaft erklärte, die Drogeneinrichtung zu übernehmen - Erleichterung, gekoppelt mit fürsorglichem Mitgefühl und der artikulierten Bereitschaft, falls diese Aufgabe nicht zu bewältigen wäre, mir eine andere, gleichrangige Aufgabe zu übertragen, deutlich wurde, gewann nunmehr eine emotionale Einstellung zunehmend Platz, die in mir das Gefühl entstehen ließ, ich sei ein teils unerwünschter, teils lästiger dienstbarer Geist, auf den man ein Auge haben müsse, von dem man nicht genau weiß, ob man ihm das Familiensilber anvertrauen kann. Ich will damit sagen, daß ich ganz deutlich die ambivalenten Gefühle zu spüren bekam, die sowohl der Ein-



richtung als auch dem Drogenproblem ganz allgemein gegenüber die vorherrschende Gefühlseinstellung war. Meine Präsenz entlastete, stellte aber zugleich auch eine neue Konfrontation dar.

Nachdem die im Zusammenhang mit der Übernahme der Leitung der Einrichtung durch mich befürchtete Besetzung des Hauses nicht stattgefunden hatte, die Reaktionen in der Öffentlichkeit auf die veränderte Situation abklangen, fiel auch die Notwendigkeit fort, mich als Verbündeten gegen andere zu sichern.

In diese Zeit fiel auch die Auftrennung der „Kette“, d.h. die der Einrichtung zugehörige Entzugsabteilung im Stammkrankenhaus wurde mit Billigung des Senats von der Einrichtung abgekoppelt und als selbständige Einheit weitergeführt. Damit wurde der Klinik der zweite notwendige Teil, der die Voraussetzung für eine effektive Drogenarbeit gewesen wäre, genommen.

Es ist müßig, sich darüber Gedanken zu machen, welche Überlegungen auf der bewußten Ebene wohl eine Rolle gespielt haben mögen, diese Entwicklung zu dulden. Aus psychoanalytischer Sicht stellt das jedoch einen aggressiven Akt, etwa dem der Verstümmelung vergleichbar, dem in die Welt gesetzten Kind gegenüber dar.

Wir erinnern uns: Kontakt- und Beratungsstelle als Anlaufort für Drogenabhängige, körperlicher Entzug auf einer eigens dafür eingerichteten Station im Stammkrankenhaus und anschließende Weiterbetreuung in der nunmehr nur als Rumpfeinrichtung verbliebenen örtlichen Einheit. Es könnte immerhin sein, daß auf der rationalen Ebene Skepsis über die weitere Entwicklung der Einrichtung dieses Vorgehen begründete. Es bestanden damals ja ernsthafte Überlegungen, die Klinik unter Umständen nicht wieder zu eröffnen, wengleich in einer

Antwort auf eine kleine Anfrage im Abgeordnetenhaus Gegenteiliges geäußert worden war.

Als Folge dieser Entwicklung mußte nun das therapeutische Konzept der Einrichtung, wenngleich mit dem Manko einer verminderten Bettenzahl belastet, den Verhältnissen angepaßt werden durch Schaffung eines eigenen ambulanten Bereichs und der Einschränkung für den stationären Bereich, daß körperliche Entzüge in dieser Einrichtung nicht mehr durchgeführt werden konnten.

Nachdem das Interesse an und der Druck auf die Einrichtung in der Öffentlichkeit nachließen und sich eine Konsolidierung in der Gruppe der Therapeuten erkennen ließ, kam es zu einer Angstminderung und Entkrampfung im Umgang mit der Einrichtung und zur Bereitschaft, die Einrichtung im neuen Haus weiterzuführen. Das neue therapeutische Konzept, nunmehr durch die veränderte Situation modifiziert, wurde endgültig akzeptiert. Es wurden Mittel zur Verfügung gestellt, um im neuen Haus die Voraussetzungen für den Beginn der stationären Arbeit sicherzustellen.

So entstand auf der bewußten Ebene eine positivere Einstellung der Einrichtung gegenüber, die den Eindruck erwecken könnte, der Arbeit mit Drogenabhängigen stünde jetzt nichts mehr im Wege. Hinter dieser verbalisierten und durch Aktivitäten auch demonstrierten positiveren Einstellung verbarg sich jedoch nach wie vor die unbewußte Ablehnung als Zeichen der ambivalenten Einstellung.

Nach Umzug in das neue Gebäude sollten noch 2 ½! Jahre vergehen, bis die Einrichtung den stationären Betrieb aufnehmen und sich damit erstmals der Arbeit mit Drogenabhängigen zuwenden konnte. Doch darüber wird später noch ausführlich zu berichten sein.

### *Beziehung zwischen Einrichtung und anderen Kliniken*

Als ich die Leitung der Klinik übernahm, zeigte sich eine nur bedingte Bereitschaft zur kooperativen Zusammenarbeit, auf die die Klinik ja angewiesen war. Es gab sicherlich berechtigte Vorbehalte, aufgrund der Vorerfahrungen mit der Einrichtung. Die Vorbehalte gegen das neue Team und gegen das neue Therapiekonzept ließen sich nicht ausräumen, mußten daher anderen Ursprungs sein. Sicher spielt dabei die im Anschluß zu schildernde Entwicklung eine nicht unbedeutende Rolle, wobei mir allerdings nie ganz klar geworden ist, was Ursache und Wirkung dieser Entwicklung ist.

## **Die nächsten zweieinhalb Jahre**

Zum 01. August 1974 erfolgte nun der Umzug in das neue Haus, nachdem zunächst der Raumnutzungsplan erstellt worden war und der zuständige Amtsarzt diesen nach einigen Korrekturen genehmigt hatte. Die Einrichtung der Patientenzimmer und Ausstattung der Funktionsräume nahmen noch eine kurze Zeit in Anspruch, dann aber stand eine voll eingerichtete Klinik für nunmehr 15 stationäre Patienten zur Verfügung.

Wir begannen mit dem Probelauf, um zum baldmöglichsten Termin mit dem stationären Betrieb beginnen zu können. Daß es nunmehr zu einer Verzögerung des Arbeitsbeginns bis höchstens Ende des Jahres kommen sollte, war zwar ärgerlich, aber bis zu einem gewissen Grade noch einsehbar.

Es wurde jedoch notwendig, diesen noch recht langen Zeitraum von August bis Ende Dezember 1974 so zu strukturieren, daß eine sinnvolle, auf die zukünftige Aufgabe bezogene Beschäftigung möglich war. So setzten wir die Fortbildung im Team, abgestellt auf die neue Aufgabe, intensiviert fort. Wir begannen uns mit der neuen Adresse bekanntzumachen und baten, den Termin des Beginns der stationären Aufnahme für den 01. Januar 1975 anzukündigen und um Zuweisung von Drogenabhängigen. Es dauerte gar nicht lange, da hatten wir genügend Drogenabhängige und andere psycho-sozial gestörte Jugendliche in unserer prästationären Diagnostik und begannen, diese Patienten vorzubereiten auf die stationäre Therapie, die am 02. Januar 1975 beginnen sollte.

Es stellte sich nun heraus, daß die Klinik nicht am 02. Januar 1975 eröffnet werden konnte, es gab eine Verzö-

gerung nach der anderen, die von uns nicht zu verantworten war, und so dauerte es insgesamt 2 1/2! Jahre, bis wir mit der stationären Arbeit beginnen konnten.

Für einen Nichtbeteiligten ist es schwer vorstellbar, was sich in diesen 2 1/2 Jahren in der Einrichtung alles abgespielt hat. Während im zweiten Halbjahr 1974 und zu Beginn von 1975 noch reges Interesse an und intensive Kontaktaufnahme mit der Einrichtung bestand, ließ beides zunehmend nach.

Trotz intensiver Versuche meinerseits, bei denen ich auch verbal kooperationsbereite Gesprächspartner fand, wurden konkrete Schritte nur sehr begrenzt erkennbar. Es wurde in jedem Gespräch aufs Neue betont, daß der Beginn der stationären Arbeit unmittelbar bevorstünde, lediglich die eine oder andere Besprechung bleibe noch abzuwarten. Wir sollten uns deshalb so intensiv wie möglich auf die bevorstehende Aufgabe vorbereiten. Es sei wenig zweckmäßig, einen Teil des Personals zwischenzeitlich im Stammkrankenhaus zu beschäftigen, Fortbildung sei empfehlenswerter. Erschwerend kam noch hinzu, daß durch die komplexe Trägerschaft mindestens drei Ansprechpartner zu berücksichtigen waren, von denen nicht immer identische Auskünfte zu erhalten waren. Es entstand ein immer schwerer zu durchschauender Kompetenz-Wirrwar und ich gewann nicht selten den Eindruck, daß eine gemeinsame Vorbereitung auf die Inbetriebnahme der Klinik nicht erfolgte.

Langsam entwickelte sich in der Einrichtung das Gefühl, sowohl vom Stammkrankenhaus als auch von dem gemeinnützigen Träger, aber auch vom Senat alleingelassen worden zu sein.

In diese Zeit fällt auch die Absegnung des Therapiekonzeptes ganz allgemein und insbesondere die Mischbele-

gung betreffend durch das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, das diese Modelleinrichtung finanziell förderte. Gelegentlich wurde ich aufgefordert, an Besprechungen des Senats teilzunehmen, so z.B. auch als es darum ging, in einem Gespräch mit den Vertretern der Krankenkassenverbände die Kostenzusicherung für die stationäre Behandlung im Hause zu erreichen.

Jeder Versuch, die Eröffnung der Klinik zu beschleunigen, führte fast stereotyp zu der Äußerung, ich möge mich noch gedulden, denn sonst würde man befürchten, daß die Einrichtung nicht zu erhalten sein werde.

Wir operierten sozusagen im luftleeren Raum, führten durch die Anfertigung von Halbjahresberichten im Rahmen der Modellförderung den Nachweis über unsere Tätigkeit, hörten die regelmäßigen Ankündigungen, daß mit der stationären Arbeit bald begonnen werden könne, die im übrigen immer seltener und weniger pointiert ausgesprochen wurden, bis zuletzt auf Senatsebene ernsthaft die Frage ventiliert wurde, ob diese Einrichtung nicht als eine ambulante Beratungsstelle weiterzuführen sei.

Schließlich, gegen Ende der 2 1/2-jährigen Wartezeit, konnte die Kostenfrage geregelt werden. Man einigte sich, daß der gemeinnützige Träger nur noch als Vermieter des Gebäudes auftritt. Es fand die Herauslösung der Einrichtung aus dem bisherigen Stammkrankenhaus und die Anbindung an einen neuen Krankenhausbetrieb, erzwungen durch einen Kraftakt des Senators, statt. Schließlich war nach 2 1/2 Jahren die stationäre Arbeit möglich.

Wenn man sich diese Entwicklung anschaut, kann man nicht umhin, nach den Gründen zu fragen. Es ist ja bekannt, daß der Umzug eines Krankenhauses in ein neu-

es Gebäude und die Weiterführung des stationären Betriebes dort bei guter Organisation in recht kurzer Zeit erfolgen kann. Hätte eine Übergangsfrist von einem bis maximal zwei Monaten bestanden, würde man sich bei der geringen Größe der Einrichtung üblicherweise schon die Frage gestellt haben müssen, warum eine so lange Pause eingetreten ist. Hier handelt es sich nicht um ein bis zwei Monate, sondern um einen Zeitraum von 2 1/2 Jahren. Von einer sachlichen und sachbezogenen kooperativen Abwicklung kann wahrhaftig nicht mehr die Rede sein.

Es soll nun im folgenden versucht werden, die Zusammenhänge, soweit es möglich ist, zu erhellen.

### *Die Beziehung der Einrichtung zur Umwelt*

Gegen die Einrichtung bestanden erhebliche Vorbehalte der Umwelt. Diese Vorbehalte kamen aus der Reihe der Ärzte, der Krankenhäuser, Drogeneinrichtungen und insbesondere aus dem Stammkrankenhaus. Betrachtet man die geäußerten Vorwürfe, so resultieren sie aus den bisherigen Erfahrungen mit der Einrichtung. Auch gab es Vorbehalte gegen das neue Konzept und hier insbesondere dem Versuch gegenüber, neben sozial rehabilitativen Maßnahmen eine psychoanalytisch orientierte Therapie bei einer Mischbelegung durchzuführen. Zum anderen existierten nach wie vor nicht unbedeutende Affekte gegen die Therapeuten, die aus dem alten Team mitübernommen worden waren. Auch wurde die Angst formuliert, die Klinik könne sich zu einer politisierenden Einrichtung entwickeln, analog den Befürchtungen der damaligen Zeit. Die Klinik war also ein ungeliebtes Kind,

von niemanden gewollt, von der Trägerschaft halbherzig unterstützt. Das Stammkrankenhaus betrieb, aus welchen Gründen auch immer, die Loslösung der „Klinik für Drogenprobleme“, die jetzt „Klinik für psychosoziale Störungen“ hieß. Zunächst wurde die Entzugsstation abgetrennt und so umstrukturiert, daß sie als selbständige Drogeneinrichtung mit der Möglichkeit sowohl des körperlichen Entzugs als auch der Langzeittherapie betrieben werden konnte. So entstand im Stammkrankenhaus eine zweite Drogeneinrichtung mit anderem Konzept, unter anderer Leitung. Die „Abteilung für psychosoziale Störungen“ war unerwünscht. Die durch den Umzug der Einrichtung entstandene räumliche Entfernung vom Stammkrankenhaus wurde als Begründung für das Abspaltungsbegehren angeführt.

Dadurch ergab sich eine völlig neue Situation. Wer sollte als Träger der Einrichtung auftreten, war eine gemeinnützige Trägerschaft denkbar oder sollte der Senat die Einrichtung in eigener Regie übernehmen?

Das neue Landeskrankenhausgesetz ließ das Betreiben der Klinik durch den Senat nicht zu. Die Weiterführung der Klinik unter der Leitung eines gemeinnützigen Trägers war mit dem jetzigen Personal, viele Beamte und Angestellte des Landes Berlin, nicht möglich. So blieb als einzige Möglichkeit, die Klinik an einen anderen Krankenhausbetrieb von Berlin anzugliedern.

Hier nun geschieht etwas sehr merkwürdiges: Der Senat bemüht sich, und das dauert bis Ende 1976, die Angliederung an einen anderen Krankenhausbetrieb von Berlin zu ermöglichen, ohne das bisherige Stammkrankenhaus zu verpflichten, bis zur Regelung der neuen Trägerschaft die Klinik kommissarisch zu betreiben.



Eine weitere Schwierigkeit zeigte sich darin, daß die Vertreter der Krankenkassenverbände zunächst nicht bereit waren, die Kosten für die stationäre Behandlung zu übernehmen. Die Ursache dieses Verhaltens lag in der zumindest originellen Weise, in der das damalige Stammkrankenhaus sich die Kosten für die stationäre Therapie in der „Klinik für Drogenprobleme“ zu sichern wußte.

Das waren - zumindest auf der rationalen Ebene - die Ursachen für den 2 1/2 Jahre dauernden Zustand des nicht stationären Arbeitkönnens. Gelöst wurde dieses Problem schließlich durch einen Kraftakt des zuständigen Senators, der von seinem Recht Gebrauch machte, in den entsprechenden Bezirk hineinregierend, anzuordnen, daß das zukünftige Stammkrankenhaus die Klinik als nunmehrige „Abteilung für psychosoziale Störungen“ zu betreiben habe. Durch diese Regelung wurde ein neuer Konflikt in die Beziehung zwischen Einrichtung und Umwelt hineinkonstruiert. Doch darüber wird später zu berichten sein. Es fällt schwer, die im Stammkrankenhaus gefällte Entscheidung als durch Sachzwänge entstanden zu verstehen. Die persönliche Ambitioniertheit des dort zuständigen Chefarztes reicht nicht aus, um diese Entscheidung ausreichend zu begründen. Entsprechendes gilt für das Verhalten des Senats, der das damalige Stammkrankenhaus eben nicht verpflichtete, die Einrichtung bis zu einer neuen Regelung kommissarisch zu betreiben. Bei Abwägung auf der rationalen Ebene wiegt die Notwendigkeit der Behandlung Abhängiger so schwer, zumal genügend Therapieplätze nicht vorhanden waren, daß die Entscheidungen nur als aus dem Unbewußten gesteuert verstanden werden können. Es liegt der Verdacht nahe, daß hier nichtverstandene Ge-

genübertragungsgefühle dem Drogenabhängigen gegenüber eine entscheidende Rolle gespielt haben dürften. Die ambivalente Einstellung wird ja auch erkennbar am Umgang mit der Einrichtung. Es wird keine definitive Entscheidung darüber getroffen: Alles bleibt in der Schwebe, alles ist möglich, das alte Stammkrankenhaus betreibt zwar die Loslösung, der bisherige Zustand bleibt aber bestehen bis auf die Absichtserklärung. Der Senat bemüht sich um einen neuen Träger, ohne eine Entscheidung zu erzwingen, die entweder die Schließung oder Funktionsfähigkeit der Klinik bedeuten würde. Dieser Ambivalenz, die von uns auch gespürt wurde, sahen wir uns die ganze Zeit ausgesetzt. Das konnte nicht ohne Einfluß auf die Entwicklung im Hause bleiben.

Das 2 1/2-jährige Provisorium machte es notwendig, vom bisherigen Therapiekonzept abzuweichen, um unter den gegebenen Bedingungen therapeutisch sinnvolle Arbeit zu leisten. Die Schwierigkeit bestand darin, daß niemand von uns wußte, wie lange eine eventuelle Änderung des Konzepts praktiziert werden konnte, da eine endgültige Entscheidung für stationäre Arbeit jederzeit erfolgen konnte.

Das bedeutete auf unbestimmte Zeit nur ambulante Tätigkeit. Zum anderen konnte außer einer Drogenberatung mit Vermittlung in andere Einrichtungen, Therapie mit Drogenabhängigen nicht durchgeführt werden. Es ging also darum, sich einer Klientel zuzuwenden, für die eine ambulante Therapie ausreichend und sinnvoll ist. Bei den von uns nun behandelten Patienten handelte es sich um psychosozial gestörte Jugendliche und junge Erwachsene im weitgefaßten Sinne, wobei die Abhängigkeitserkrankungen nur begrenzt therapeutisch betreut werden konnten.

Die bisherigen Zielvorstellungen mußten also zumindest auf unbestimmte Zeit revidiert werden. Arbeit mit Abhängigen im stationären Bereich im Rahmen des Gesamtkonzepts: diagnostische Ambulanz, stationäre Therapie, nachklinische Weiterbetreuung und poststationäre ambulante Behandlung waren nicht möglich. Die bisherige Entwicklung hatte ja so ausgesehen, daß eine Vorbereitung auf eben dieses Konzept stattgefunden hatte, die Mitarbeiter waren für diese Aufgabe ausgebildet und entsprechend hatte auch eine Aufgabenverteilung des Personals stattgefunden. Wir befanden uns nun in der grotesken Situation, daß ein für stationäre Arbeit ausgebildetes Team in einer voll eingerichteten Klinik sich ausschließlich ambulanten Aufgaben zuwenden mußte.

Unter beengten räumlichen Verhältnissen verstärkten wir nun unsere ambulante Tätigkeit. Diagnostik, Beratung und Therapie konnten zudem zunächst nur von den Sozialarbeitern und Ärzten durchgeführt werden. Die übrigen Mitarbeiter wie Pflegepersonal und Beschäftigungstherapeuten waren zunächst ohne Beschäftigung. Eine vorübergehende Beschäftigung im Stammkrankenhaus war - wie bereits ausgeführt - nicht für sinnvoll erachtet worden. So ergab sich die Notwendigkeit, auch das Pflegepersonal und die Beschäftigungstherapeutinnen in die Arbeit miteinzubeziehen. Neben der Erlernung des autogenen Trainings bekam diese Mitarbeitergruppe eine Ausbildung, die sie befähigte, an der Diagnostik beteiligt zu werden durch die Erhebung der Sozialanamnese.

Die Beschäftigungstherapeutinnen richteten eine ambulante Beschäftigungstherapie ein, wobei, da weder das Stammkrankenhaus noch der gemeinnützige Träger Mittel für das Material zur Verfügung stellten, die Patienten das benötigte Material selbst bezahlten. Auf diese

Weise war es möglich, auch das übrige Personal an der Diagnostik und Therapie zu beteiligen.

Es war nun in einem abgrenzbaren Zeitraum ein nur halbwegs befriedigender Zustand erreicht worden. Einerseits warteten wir auf unsere eigentliche Aufgabe. Andererseits erlebten wir die Ambivalenz unserer Einrichtung gegenüber, die den momentanen Zustand prägte. Man darf dabei nicht vergessen, alles geschah unter Vorbehalt. Jederzeit konnte die Genehmigung erteilt werden, mit dem stationären Betrieb zu beginnen.

Während zu Beginn dieser 2 ½ Jahre diese Erlaubnis sehnlichst erwünscht wurde, jede weitere Hinauszögerung ärgerliche Gefühle hervorrief, trat im Verlauf der Zeit eine Änderung im Verhalten des Teams ein. Der immer wieder in unregelmäßigen Abständen vom Senat angekündigte baldige Beginn der stationären Arbeit bedeutete einmal erneute Vorbereitung auf den stationären Betrieb. Das hieß, die Klinik in den ursprünglichen Zustand zu versetzen, denn ein Teil der Patientenzimmer wurde inzwischen für die immer aufwendiger werdenden ambulanten Aufgaben benötigt. Das bedeutete aber auch Vorbereitungen für die Wiederaufnahme des Schichtdienstes zu dem ins Auge gefaßten Zeitpunkt, Überlegungen, wie die zur Zeit ambulant betreuten Patienten und von wem sie weiter betreut werden könnten. Wir teilten den niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern mit, daß der stationäre Betrieb nunmehr kurz bevorstehe und daß wir aus diesem Grunde um Zuweisung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen bäten. Es wurde wieder mit der prästationären Diagnostik begonnen und die Patienten vorbereitet, zu dem ins Auge gefaßten Termin in unsere stationäre Behandlung zu kommen.

Während zu Beginn jedesmal die Aktionen konsequent und auch mit Freude durchgeführt wurden, geschah dies im weiteren Verlauf nur noch andeutungsweise. Allzu oft schon war der Ankündigung die Enttäuschung gefolgt. Diese Situation führte auf der einen Seite zur Verärgereung der Patienten, auf der anderen Seite aber auch der überweisenden Ärzte und Institutionen, und darüber hinaus blieb es nicht ohne Wirkung auf das therapeutische Team. Es setzte eine resignative Entwicklung ein, die schließlich auch zu einer inneren Zuwendung zum anderen, neuen Klientel und dem ambulanten Konzept führte. Während der gesamten Zeit versuchte ich - soweit es mir möglich war - zu erreichen, daß die Einrichtung ihre eigentliche Aufgabe übernehmen konnte. Das führte zu einer merkwürdigen Situation. Je mehr ich darauf drängte sicherzustellen, daß die Arbeit mit Drogenabhängigen beginnen kann, um so stärker bekam ich ärgerliche Gefühle zu spüren. Ich kam mir oft wie ein lästiger Hausierer vor, wenn ich mit den verantwortlichen Personen Gespräche führte. Verbalisiertes Verständnis für mein Anliegen schien mir gekoppelt mit Unmut und dem averbal durchschimmernden Ratschlag, abzuwarten, wie es einem Beamten zukommt, und doch ganz zufrieden sein zu sollen mit dem jetzigen Zustand. Immer wieder tauchte die Koppelung: „Zeit lassen, sonst Schließung“ in den Gesprächen auf. Auf der anderen Seite ließ auch im Team das Interesse am ursprünglichen Konzept und an der Arbeit mit Drogenabhängigen nach, je länger dieser Zustand dauerte. Die resignative Entwicklung einerseits sowie die Freude an der Arbeit mit den ambulanten Patienten macht dies durchaus verständlich.

### *Einflußgrößen auf das Team*

Das eigentliche Ziel der Arbeit war zu einem Fernziel geworden, dessen Realisation immer ungewisser schien. Die Aufnahme der ambulanten Tätigkeit war Wirklichkeit geworden, wenngleich auch mit einer anderen Klientel. Gerechterweise muß gesagt werden, daß diese Arbeit insgesamt befriedigender war, weniger frustrierend und auch erfolgreicher war. Für einen Teil des Pflegepersonals bedeutete diese neue Aufgabe, unter Supervision an Diagnostik und Therapie beteiligt zu werden, eine erfreuliche Berufsperspektive, während andere Pflegekräfte und Beschäftigungstherapeutinnen mit dieser Situation äußerst unzufrieden waren.

Das sich immer wiederholende Wechselbad der Ankündigung des Beginns der stationären Arbeit und anschließender Rücknahme beeinflusste ebenfalls das Geschehen im Team in erheblichem Umfang. Die Abwendung von der eigentlichen Zielgruppe therapeutischer Arbeit wurde durchaus nicht durchgängig als positiv erlebt. Einmal wurde die Notwendigkeit dieser Aufgabe auf der rationalen Ebene gesehen, und andererseits bestand auch die innere Bereitschaft, sich auf die Abhängigen einzulassen, um auf dem schwierigen Gebiet der Therapie Abhängiger tätig sein zu können.

Auch blieb die ambivalente Einstellung der Behörden nicht ohne Einfluß. Die durch das ewige Hin und Her um den stationären Beginn bei Ärzten, Krankenhäusern und übrigen überweisenden Institutionen sowie bei Patienten hervorgerufene Verärgerung wurde im Team oft problematisiert und konnte nur schlecht ertragen werden.

Darüber hinaus bestand auch ein Konflikt mit den übrigen Drogeneinrichtungen. Seinen Ursprung in der Ge-

schichte des Hauses habend, kamen im Laufe der Zeit neue Gesichtspunkte hinzu. So war und blieb die im Konzept vorgesehene psychoanalytisch orientierte Therapie ein Reizwort für andere Drogeneinrichtungen. An der und um die geplante Therapieform fand eine Polarisierung statt, die ihre Wurzel wohl in der Frage der Erlebbarkeit der Gegenübertragungsgefühle und dem Zutrauen mit seinen Gegenübertragungsgefühlen verstehend therapeutisch arbeiten zu können, hatte.

Zum anderen wurde dem Team im Verlauf dieser 2 1/2 Jahre der Vorwurf gemacht, sich der Arbeit mit Drogenabhängigen zu entziehen. Hier fand nun ganz offensichtlich eine Verlagerung der Verantwortlichkeit statt in der Betrachtungsweise, weg vom Senat, hin zu der Einrichtung, bzw. jedem einzelnen Teammitglied. Im weiteren Verlauf der 2 1/2 Jahre war dieser Vorwurf nicht ganz unberechtigt, da zumindest bei einigen Mitarbeitern eine innere Zuwendung zu dem neuen Klientel erfolgt war bei gleichzeitiger immer deutlicher werdender Ablehnung, sich mit Abhängigen beschäftigen zu wollen. Die Mehrzahl der Mitarbeiter war jedoch nach wie vor an der Drogenarbeit interessiert.

Man darf bei der Beurteilung dieser Situation nicht außer Acht lassen, daß die übrigen Drogeneinrichtungen üblicherweise unter beengten räumlichen und sehr beengten personellen sowie finanziellen Gegebenheiten litten, während unsere Einrichtung sowohl räumlich als auch personell und finanziell üppig ausgestattet war. Zu dem Neid gesellte sich verständlicherweise Ärger über den Verlust dieser therapeutischen Valenzen für die Drogenarbeit. Nur kam es zu einer Verschiebung der Vorwürfe, die eigentlich dem Träger hätten gelten müssen auf die Einrichtung. Es ist übrigens interessant, daß

auch später sowohl die Vertreter der Politik als auch der Trägerschaft so taten, als sei das Versagen ihrerseits die Schuld der Einrichtung.

Trotz aller Versuche während der 2 1/2 Jahre die Mitarbeiter soweit als möglich in die Arbeit mit einzubeziehen, war eine volle Auslastung aller Mitarbeiter, die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich betreffend, nicht zu erreichen. Das bedeutete, daß es zu Konflikten innerhalb des Teams kam.

Zum anderen war es notwendig, eine hundertprozentige Auslastung zu vermeiden, da der jederzeit ins Haus stehen könnende stationäre Arbeitsanfall freie Valenzen für sich in Anspruch genommen hätte. Es war dann auch so - wie sich später herausstellte - daß wir zu Beginn mit der stationären Arbeit in erhebliche Schwierigkeiten gerieten, weil die ambulante Tätigkeit zu umfangreich geraten war.

### *Entwicklung im Team*

Die durch äußere Bedingungen erzwungene Hinwendung zu nicht drogenabhängigen Patienten führte in Verbindung mit der resignativen Entwicklung im Team bei einem Teil der Mitarbeiter zur inneren Zuwendung zu dieser neuen Klientel und damit verbunden gleichzeitig zu Unlustgefühlen in Verbindung mit der Behandlung Drogenabhängiger. Selbstverständlich hat diese Entwicklung ihre intrapsychische Repräsentanz. Die Mitarbeiter stellten, stellvertretend für das Gesamtteam, eine Seite der ambivalenten Einstellung dem Drogenabhängigen gegenüber dar. Andererseits bestand durchaus die Bereitschaft mit Drogenabhängigen zu arbeiten und, wie



die weitere Entwicklung zeigte, war die Arbeit auch recht erfolgreich. Diejenigen, die an der Arbeit mit Drogenabhängigen interessiert waren, führten während der gesamten Zeit Drogenberatung durch und vermittelten die Drogenabhängigen in andere therapeutische Einrichtungen. Neben dieser inneren Hinwendung zur neuen Klientel entwickelte sich im Team auch die Vorstellung der Endgültigkeit dieses Zustandes der reinen ambulanten Tätigkeit.

Es war ja auch auf Senatsebene zeitweilig diese Entwicklung diskutiert worden, die Kenntnis dieser Überlegungen, die Klinik als reine Ambulanz weiterzuführen, stieß zunächst auf heftigen Widerstand, war aber sicherlich nicht ganz ohne Einfluß auf die weitere Entwicklung. Schien doch diese Überlegung - zumindest bei einem Teil der Mitarbeiter - die eigenen Wünsche in erreichbare Nähe rücken zu lassen. Der unterschiedliche Beschäftigungsgrad und die zum Teil fachfremde Beschäftigung führte zu Konflikten innerhalb des Teams und zu einer Fluktuation im Bereich der Beschäftigungstherapie und der Krankenpflegekräfte. Das Empfindlichreagieren auf Verärgerung der Ärzte, Krankenhäuser und übrigen überweisenden Institutionen sowie der Patienten muß als Zeichen von Schuldgefühlen innerhalb des Teams gewertet werden, die ihre Wurzel in der ambivalenten Einstellung dem Drogenkranken gegenüber hatten und die mitbedingt waren durch die Erkenntnis, wenn auch durch äußere Einflüsse bedingt, die eigentliche Aufgabe nicht wahrzunehmen. Die nichtherstellbare kooperative Zusammenarbeit mit den übrigen Drogeneinrichtungen bewirkte ein Gefühl der Gekränktheit. Dieses wurde noch von außen verstärkt durch die eigene, als ohnmächtig erlebte Situation. Die auf das Team von außen durch

Senat, Krankenhaus und DRK einwirkende ambivalente Einstellung ließ hier das Gefühl entstehen, ohnmächtig ausgeliefert zu sein, mit den eigenen Bedürfnissen und Ansprüchen zurückgewiesen zu werden bei gleichzeitiger Versicherung, dem sei gar nicht so. Der einerseits von den Trägern erhobene Anspruch Drogeneinrichtung zu sein, die Einrichtung wurde in allen Listen auch als solche geführt, bei der gleichzeitigen Unmöglichkeit, dieser Aufgabe nachzukommen, trotz der inneren Bereitschaft dazu, führte zu einer erheblichen psychischen Belastung. Wenn man dann noch daran denkt, daß diejenigen, mit denen man ja eine gemeinsame Aufgabe erfüllen möchte, eine ablehnende Haltung einnehmen, die ja nur zu einem geringen Teil durch eigene unbewußte Anteile mitverursacht, im wesentlichen durch die Träger der Einrichtung und die Politiker zu verantwortende Entwicklung verfestigt wurde, bringt dies eine weitere Verschärfung der emotionalen Situation. Die Unmöglichkeit, die Wahrnehmung der eigentlichen Aufgabe zu erkämpfen, ließ die Entwicklung weg von der Behandlung Drogenabhängiger führen. Das wiederum mußte als Verrat und Komplizenschaft erlebt werden, zumal ja die in dieser Zeit durchgeführte Arbeit durchaus befriedigend war. Es war also ein Sich-schuldig-Fühlen, Mitverantwortlich-Fühlen neben der Freude an der ambulanten Tätigkeit und dem Gefühl der Resignation im Team, das mit der Vorstellung konkurrierte, die Einrichtung werde wohl für immer als ambulante Therapiestätte tätig sein. Die von außen her wirksame Ambivalenz führte also im Team einerseits zu einer Darstellung beider Komponenten dieser Ambivalenz und andererseits einer Zuwendung zu einer anderen Tätigkeit, die gleichzeitig Abwendung vom Drogenabhängigen bedeutet und damit die

ablehnenden Gefühle dem Drogenabhängigen gegenüber akzentuierend ein Sich-schuldig-Fühlen im Team entstehen ließ.

Als nun zum 01. Januar 1977 die stationäre Arbeit im Hause beginnen konnte, brachte die Konfrontation mit den realitätgewordenen eigentlichen Aufgaben eine Zuspitzung der Situation im Team, die im Laufe des ersten Halbjahres der stationären Arbeit zu einer Klärung führte, aber andererseits auch zu dem Weggang einiger Mitarbeiter.

## **Stationäre Arbeit**

*Januar 1977 bis Juni 1977*

### *Konflikt im Team*

Die formale Entwicklung sah so aus, daß es zunächst zum Auftreten von Spannungen unter den Teammitgliedern und auch in Richtung zu mir kam. Aus diesen Spannungen entstanden offene Konflikte, wobei die bewußten Konflikthalte nicht dem dahinter liegenden Problem entsprachen. Nach Aufbrechen dieser offenen Konflikte kam es zu einer Konsolidierungsphase mit Orientierung an der eigentlichen Aufgabenstellung dieser Einrichtung und am gemeinsam erarbeiteten Konzept. Die Mitarbeiter, bei denen schon seit längerem zu beobachten war, daß eine echte Bereitschaft, Drogenabhängige zu behandeln, nicht bestand, verloren zunehmend ihren Einfluß auf die übrigen Mitarbeiter und existierten zunächst als Untergruppe, die dann in die Einzelindividuen auseinanderfiel. Es kam dann zu einer Außenorientierung dieser Mitarbeiter, die die Einrichtung bis Juni 1977 verließen.

Inhaltlich zeigte sich, daß bei den Aussteigern eine massive Abwehr gegen den intrapsychischen Konflikt des Drogenabhängigen bzw. gegen seine Abwehr bestand. Die Konfrontation mit diesen Kranken führte zu einer Aktualisierung und Zuspitzung der intrapsychischen Situation. Die bisherige Entwicklung hatte die Abwehr gegen die Konflikte und Abwehr des Drogenkranken nicht tangiert, erst der Beginn mit der stationären Arbeit

brachte eine Konfrontation mit dem Abgewehrten. Aber es fand nicht nur eine Konfrontation mit dem Abgewehrten durch den Umgang mit den Patienten statt, sondern auch dadurch, wie die übrigen Teammitglieder sich dieser neuen Aufgabe widmeten. Es signalisierte der Kampf mit den übrigen Mitarbeitern eigene Ängste, die dann zur Trennung führten.

### *Konflikt mit dem Bezirk*

Wie schon zuvor berichtet, wurde die 2 1/2 Jahre dauernde Wartezeit beendet durch eine Anordnung des Gesundheitssenators, die den auf Grund der örtlichen Lage der Klinik zuständigen Bezirk verpflichtete, die Einrichtung als Abteilung des im Bezirk liegenden Krankenhausbetriebes zu führen. Zu diesem Eingriff des Senators in die Bezirkshoheit kam es, nachdem der Bezirk sich geweigert hatte, die Einrichtung zu betreiben. Es ist nur allzu verständlich, daß dieser Konflikt: Senator auf der einen Seite, Bezirk auf der anderen Seite, nun eine Verlagerung insofern erfuhr, als dieses ungewollte Kind nun nicht gerade mit Liebe überschüttet wurde. Angebracht wäre es, den gleichen Tatbestand wesentlich kontrastreicher zu formulieren. So flatterte mir nach einiger Zeit ein Fragenkatalog auf den Schreibtisch, der in seiner Art wohl als einmalig bezeichnet werden muß. Ohne auf Einzelheiten eingehen zu wollen, muß - so glaube ich - so-viel gesagt werden, daß in einer Besprechung mit allen Mitarbeitern wir zu der Entscheidung kamen, trotz dieses Affronts alle Fragen sachlich zu beantworten.

Des weiteren begann sich der Gesundheitsausschuß der Bezirksverordnetenversammlung mit dieser Einrichtung zu beschäftigen. Als Leiter dieser Abteilung wurde ich mehrmals zu Sitzungen „eingeladen“. In diesen Sitzungen wurden nicht nur erhebliche Vorbehalte gegen das therapeutische Konzept artikuliert, sondern auch unverhohlenen Zweifel an der persönlichen Integrität der in der Abteilung beschäftigten Mitarbeiter, meine Person eingeschlossen, geäußert. Es kam nun zu der Situation, daß Kommunalpolitiker versuchten, Einfluß auf das therapeutische Konzept zu nehmen und recht deutlich zum Ausdruck brachten, daß sie beabsichtigten, sich noch recht lange und sehr ausführlich mit dieser Abteilung „beschäftigen“ zu wollen. Es war damit eine Situation entstanden, die zwar die stationäre Arbeit ermöglichte, aber gleichzeitig dafür sorgte, daß eine von außen unbeeinflusste Arbeit nicht möglich war. Dies sollte auch in Zukunft - bis zum Ende der Einrichtung - nicht mehr der Fall sein, wie noch zu zeigen sein wird. Die Situation blieb nicht ohne Folgen auf das therapeutische Team und letztlich wohl auch nicht auf die Arbeit. Die gewonnene Möglichkeit, nach dem ursprünglichen Konzept Abhängigkeitserkrankte zu behandeln, war erheblich beeinträchtigt durch permanente direkte oder indirekte Versuche der Einflußnahme auf die Abteilung. Wieder bestand eine Situation, in der die Einrichtung in eine Außenseiterrolle gedrängt, quasi auf der Anklagebank saß und nach wie vor die Rolle des ungeliebten Kindes zu spielen hatte. Die Folge davon waren rasch erste resignative Tendenzen. Versuche der Klärung und Auflösung dieser neuerlichen Konfliktsituation konnten wegen des irrationalen Ursprungs nicht erfolgreich sein. Natürlich war der Konflikt auf der politischen Ebene der Anlaß für die ab-

lehnende Haltung der Einrichtung gegenüber. Aber auch hier wird man davon ausgehen müssen, daß die ja von Beginn an bestehende Weigerung, die Einrichtung im Bezirk zu betreiben, sicher nicht rein politischen Überlegungen heraus entsprungen war. Zum anderen ist ja wohl kaum anzunehmen, daß halbwegs gesunde und erwachsene Politiker nicht gewohnt sind, eine Interessenabwägung vorzunehmen. Wäre diese unvoreingenommen geführt worden, hätte dies Einsicht in die Notwendigkeit des Bestehens von Therapieplätzen zur Behandlung Abhängigkeitserkrankter eine positivere, zumindest sachlichere Haltung der Einrichtung gegenüber zur Folge gehabt. Es ist wohl eben so, daß auch auf Bezirksebene die Einstellung zur Drogenabhängigkeit und damit verbunden entsprechenden Einrichtungen gegenüber recht ambivalent war.

Das im Team entstehende Gefühl der Bedrohung konnte soweit bearbeitet werden, daß eine innere Distanz zu den Angriffen entstand bei Anerkennung sachlicher Gesichtspunkte. Trotz allem entwickelte sich im Team das Gefühl: „Das kann nicht gutgehen“. Es war allen klar, daß die ambivalente Einstellung der Einrichtung gegenüber für das Fortbestehen hinderlich sein würde. Durch besonders korrektes Verhalten und sachbezogenes Eingehen waren wir bemüht, unseren Beitrag zur Konsolidierung der Situation zu leisten.

Der zu Beginn des Jahres im Team aufgebrochene Konflikt war kurz und klar gelöst worden, die Weiterarbeit durch persönlichen Einsatz aller Mitarbeiter sichergestellt. Nach Weggang der drei Mitarbeiter konnte rasch eine Vollbelegung der Abteilung erreicht werden mit einer dem Konzept entsprechenden Klientel. Es wurde konstruktive Arbeit mit den Patienten geleistet, die thera-

apeutische Situation konnte eingehalten werden. Von seiten des therapeutischen Teams waren nun alle Voraussetzungen geschaffen, die hätten erwarten lassen, daß die Abteilung ihren festen Platz in der Reihe der Einrichtungen zur Bekämpfung der Abhängigkeitserkrankungen würde einnehmen können.

Die 2 1/2 Jahre des Wartens auf die Verwirklichung des Konzepts hatten eine Veränderung im Team bewirkt, ebenso wie es zu einer Verstärkung der Ablehnung durch die Umwelt kam. Nach dem Kraftakt des Senators begann eine immer deutlicher werdende bewußte Distanzierung des Senats von dieser Einrichtung.

Eine Kooperation mit den übrigen Drogeneinrichtungen war nicht möglich, Verärgerung auf Bezirksebene über das Hineinregieren des Gesundheitssenators war nicht zu beeinflussen. Verärgerung gab es auch im neuen Stammkrankenhaus durch den erheblichen Kostenaufwand, den die Einrichtung verursachte. Die nur langsam ansteigende Belegungszahl im ersten Halbjahr 1977 brachte nicht gerade Sympathien ein. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren war erkennbar, daß das Ende dieser Einrichtung bereits vorprogrammiert war.

### *Das letzte Jahr*

Wir konnten in der Klinik eine Vollbelegung erreichen. Wir hatten - wie im Konzept vorgesehen - eine Mischbelegung, das bedeutet etwa ein Drittel der Patienten waren Drogenabhängige. Neues und ausgebildetes Personal ergänzte das Team und unsere Arbeit war recht erfolgreich. Diese Entwicklung war so erfreulich, so daß



wieder Hoffnung Raum griff, die Einrichtung werde weiter bestehen können.

Als die deutliche Zunahme der Drogentoten in der Stadt bekannt wurde, hatte das erhebliche Einflüsse auf die Öffentlichkeit. Nachdem lange Zeit nur halbherziges Interesse an diesem Problem bestanden hatte, verfielen die Politiker nun in einen heftigen Aktivismus. Unter anderen führte dies zu einer Verlagerung der Zuständigkeit für die Behandlung und Betreuung Drogenabhängiger vom Gesundheitssenator zum Senator für Jugend und Sport. Unsere Einrichtung und die aus der ehemaligen Entzugsstation der Einrichtung entstandene Drogenabteilung im alten Stammkrankenhaus bildeten die Ausnahme. Die Politiker übten Druck auf die Senatsverwaltung und damit auf unsere Einrichtung aus. So kam es zu einer Sitzung bei der Senatsverwaltung für Gesundheit und Umweltschutz, bei der Abgeordnete aller drei Fraktionen anwesend waren. Während dieser Sitzung wurden zwei Forderungen erhoben. Die erste Forderung hieß, die Einrichtung möge ihr Konzept ändern in Richtung auf eine verhaltenstherapeutische Behandlung, und die zweite Forderung war, das Konzept hinsichtlich der Klientel dahingehend zu ändern, daß wesentlich mehr Drogenabhängige betreut werden könnten.

Diese Forderungen bedeuteten im Klartext, daß das alte therapeutische Konzept nicht mehr weiter verfolgt werden durfte. Auch mußte die Mischbelegung aufgegeben werden, da diese nur sinnvoll sein konnte, wenn etwa zu gleichen Teilen Heroin-, Alkohol- und Tablettenabhängige im Hause behandelt würden. Eine einseitige Vermehrung und damit Verminderung der anderen Patienten würde eine Situation entstehen lassen, die keinerlei Vorteile gegenüber anderen Konzepten mehr bieten

würde, ganz im Gegenteil nur schädliche Folgen zeitigen konnte. Die Konsequenz daraus war also, nur noch Drogenabhängige aufzunehmen und zu behandeln. Die Politiker konnten ihrer Forderung soviel Nachdruck verleihen, weil einerseits die öffentliche Meinung durch die Zahl der Drogentoten aufgeschreckt war, und zum anderen die Weiterexistenz der Einrichtung von einer Entscheidung des Abgeordnetenhauses abhängig war, da die Modellförderung für die Einrichtung ausgelaufen war. Es bestand nunmehr wiederum eine Situation, in der die Arbeit der Einrichtung von außen in erheblichem Maße beeinflußt wurde. Eine politische Entscheidung erzwang die Aufgabe eines aus ärztlich- psycho- und soziotherapeutischen Gesichtspunkten entwickelten Konzepts. Im Klartext hieß das: entweder die Einrichtung befolgt die Weisungen der Politiker, oder aber sie wird geschlossen; anders ausgedrückt, das Kind hat zu gehorchen oder es verliert seine Existenzberechtigung. Es ist eigentlich unnötig darauf hinzuweisen, daß das Erlebnis der bedingungslosen Abhängigkeit von äußeren Einflüssen, die soweit ging, daß das eigene therapeutische Selbstverständnis arg tangiert wurde, eine erhebliche emotionale Belastung darstellte. Wir konnten die schwierige Situation der Politiker durchaus sehen, die durch die Zuspitzung der Drogensituation gegeben war, sahen aber gleichzeitig, daß durch eine Vermehrung der Therapieplätze das Problem nicht würde zu lösen sein. Waren doch die meisten Einrichtungen zur Betreuung Drogenabhängiger unterbelegt, d.h. es bestanden freie Valenzen, ohne daß diese genutzt werden konnten. Es war den Politikern nicht zu vermitteln, daß die aus ihrer Angst heraus geborene Aktivität ein Schlag ins Wasser bleiben mußte, weil die Ansatzstelle, um das Drogenproblem in

den Griff zu bekommen, falsch war. Was nützen Beratungsstellen und Therapieeinrichtungen, wenn diese von den Drogenabhängigen nicht frequentiert werden. Die eigentliche Aufgabe hätte darin bestanden, Arbeit auf der Scene - also street-work - in vermehrtem Umfange zu leisten.

Während die Forderung, die analytisch ausgebildeten Therapeuten sollten von nun an ein verhaltenstherapeutisches Konzept verwirklichen, zurückgewiesen wurde, waren wir - und vielleicht war dies falsch - was die Belegung mit Drogenabhängigen und der Anpassung des bisherigen therapeutischen Konzepts an die neue Situation anbelangte, kooperationsbereit. Eigentlich war uns allen klar, daß eine volle Belegung des Hauses nur mit Drogenabhängigen - ebensowenig wie in anderen Einrichtungen - möglich sein würde. Eine sachbezogene Klärung der Situation war in dieser emotional hochbelasteten Situation ohnehin nicht möglich. So änderten wir also das Konzept, in dem einerseits ein Entzugszimmer zur Durchführung körperlicher Entzüge eingerichtet wurde, in dem wir die Hausordnung der neuen Situation anpaßten, den sozial-rehabilitativen und arbeitstherapeutischen Ansatz in der Einrichtung in seiner Bedeutung wesentlich verstärkten sowie ein Drei-Stufen-Programm des Therapiegesanges einführten und auch die Ausgangsregelung, oder besser gesagt, die Kontaktsperre nach außen der neuen Situation anpaßten. Zur Ergänzung richteten wir eine therapeutische Wohngemeinschaft zur nachstationären Weiterbetreuung ein. Wir intensivierten die Kontakte zu den übrigen Drogeneinrichtungen, insbesondere den scene-nahen Beratungsstellen, um auf diese Weise eine Kooperationsbereitschaft erreichen zu können. Dies allerdings gelang uns nicht. Über die Kon-

sequenzen unserer Kooperationsbereitschaft wird später noch zu berichten sein.

### *Entwicklung auf politischer Ebene in bezug auf den Umgang mit Drogenabhängigen*

Die Verlagerung der Zuständigkeit vom Bereich Gesundheit zu Jugend bedeutete keineswegs nur einen formalen Akt. Es war auch Ausdruck für die Einstellung dem Drogenproblem gegenüber. So wurde nun der Vorstellung, daß der Drogenabhängige kein psychisch Kranker, sondern ein lediglich durch die Droge aus der Bahn geworfener Mensch sei, der Vorzug eingeräumt. Nicht mehr klinische Behandlung, sondern sozial-therapeutische Maßnahmen in therapeutischen Wohngemeinschaften wurde favorisiert. Es bekam damit in der Drogenarbeit eine Richtung die Oberhand, die von ideologischer Verzeichnung geprägt war. Die aus ihrer Ruhe aufgeschreckten Politiker verbündeten sich mit dieser Richtung. Auf der rationalen Ebene politischen Überlegungen folgend, daß nämlich die Kosten einer Klinik ausreichen würden, eine Unzahl therapeutischer Wohngemeinschaften entstehen zu lassen, schien ihnen dies der Weg zu sein, durch eine schnelle Vermehrung von Therapieplätzen das Problem in den Griff zu bekommen. Die eigentliche Problematik, an die Drogenabhängigen heranzukommen und sie zu motivieren, blieb dabei außer Betracht. Hinter diesen rationalen Überlegungen sind leicht Tendenzen erkennbar, die ihre Wurzeln in den Gegenübertragungsgefühlen der Drogenkrankheit, dem Drogenkranken und dem Drogenproblem gegenüber haben. Durch die Verlagerung der Zuständigkeit gab es neben

unserer nur noch eine Einrichtung, die unter der Verantwortung des Gesundheitssenators stand.

Der als politische Neuerung ernannte Drogenbeauftragte entstammte der sozialpädagogischen Richtung der Drogenarbeit und machte seinen Einfluß geltend, daß nur solche Einrichtungen gefördert würden, die seinen Vorstellungen entsprechend arbeiten. Somit war einerseits eine Zusammenarbeit von uns mit den anderen Drogeneinrichtungen nicht mehr möglich, die einen fanden ihre volle Unterstützung beim Drogenbeauftragten, und die anderen befürchteten bei einer Zusammenarbeit mit uns, ihre Förderungswürdigkeit nicht anerkannt zu bekommen. In einem mit dem Drogenbeauftragten geführten Gespräch artikulierte er eindeutig seine Einstellung. So vertrat er die Auffassung, die Psychoanalyse an sich sei recht problematisch, eine Anwendbarkeit dieser Methode, auch in abgewandelter Form und in Kombination mit anderen Maßnahmen, sei unsinnig, da der Drogenabhängige psychisch nicht krank sei, sondern nur durch die Droge in eine psychisch schwierige Situation geraten sei. Im übrigen sei eine Klinik per se und immer eine verwöhnende Institution, selbst wenn das „setting“ grundsätzlich modifiziert worden sei, wie dies bei uns geschehen war. Aus diesem Grunde sei der Drogenabhängige fehl am Platze in einer Klinik. Nicht Verwöhnung, sondern harte Forderungen und Zwang seien die einzig wirksamen Einflussgrößen in der Therapie. Im übrigen sei eine klinische Einrichtung viel zu teuer. Sie habe ihre Existenzberechtigung lediglich für psychotische Drogenabhängige und solche mit erheblichen somatischen Begleiterscheinungen, derartige Klienten könnten in einer Wohngemeinschaft natürlich nicht betreut werden.

Dies zwang uns nun in der Einrichtung unsere eigene Situation zu überdenken. Es war offenkundig, daß wir in eine ausgesprochen schwierige Lage geraten waren. Mit Unterstützung von außen war nicht zu rechnen und unsere damalige Einschätzung, was die Haltung des Gesundheitssenators uns gegenüber anbelangt, erwies sich später als richtig. Wir hatten den Eindruck gewonnen, daß die Gesundheitsverwaltung heilfroh war, aus der Verantwortung für das Drogenproblem weitgehend entlassen zu sein und daß sie nun versuchen würde, sich auch der restlichen Einrichtungen zu entledigen.

Betrachten wir nun diese Entwicklung im Bereich der Drogenarbeit und die Einstellung der Politiker der Drogenproblematik gegenüber, sind dazu einige Anmerkungen angebracht.

Beobachtet man Drogeneinrichtungen, so wird man gar nicht selten zwei unterschiedliche Grundtendenzen im Umgang mit den Drogenabhängigen beobachten können. Entweder finden wir eine verwöhnende Haltung, die so konstelliert ist, daß dem Drogenabhängigen materielle Zuwendung und Befriedigung im Überfluß angeboten wird, oder wir finden eine Haltung, die gekennzeichnet ist durch eine distante Einstellung dem Kranken gegenüber mit sehr vielen Forderungen und Verboten. Beide Haltungen signalisieren eine ganz spezifische Art des Umgangs mit den eigenen Gegenübertragungsgefühlen, die, nicht verstanden, ihren Einfluß geltend machen. Beide Arten des Umgangs signalisierten eine Abwehrhaltung dem Drogenabhängigen mit seinem intrapsychischen Konflikt gegenüber. Auf der einen Seite wird in den Therapeuten ein Schuldgefühl gemacht, das in Form von oralen Wiedergutmachungsimpulsen abgewehrt wird, und im anderen Falle werden die Therapeuten einerseits

in die Rolle der verbietenden und strafenden Eltern gedrängt, es bedeutet aber gleichzeitig auch das Entstehen von massiver Angst vor der hochgradigen Ambivalenz des Drogenabhängigen mit seinen Verschmelzungs-, aber auch Tötungs- und Selbsttötungswünschen.

Diese unterschiedlichen Haltungen finden wir nun nicht nur bei Drogentherapeuten, sondern erst recht in der Öffentlichkeit, wenn es um Drogenprobleme geht.

So kann man am Umgang der Gesellschaft mit dem Drogenproblem unschwer die Form der Abwehr erkennen. Die Drogeneinrichtungen der ersten Stunde waren gekennzeichnet durch eine üppige Ausstattung, so wie zum Beispiel unsere Einrichtung, aber es fanden sich gleichzeitig auch Therapiemodelle, die kärglich ausgestattet, die andere Seite der Abwehr verdeutlichten. Das Nebeneinander beider Formen läßt die Ambivalenz der Gesellschaft diesem Problem gegenüber erkennen. Es ist wohl unnötig zu sagen, daß bei Vorliegen des einen oder anderen therapeutischen Klimas eine sinnvolle Arbeit mit Drogenabhängigen nicht möglich ist. Nun sind die in der Gesellschaft erkennbaren Abwehrreaktionen noch nicht gleichzusetzen mit dem, was in den einzelnen Einrichtungen letztlich als Therapie praktiziert wird. So kann durchaus eine üppig ausgestattete Behandlungsstätte ebenso wie das Gegenstück dazu, eine sehr kärglich eingerichtete Behandlungsstätte, gute therapeutische Arbeit leisten, wenn die Abwehrhaltung der Gesellschaft, die zur Einrichtung dieser Behandlungsstätten führte, keinen Eingang findet in die therapeutische Arbeit. Entscheidend ist auf alle Fälle die therapeutische Grundhaltung in den Behandlungsstätten. Allerdings ist es leider häufig so, daß die gesellschaftlichen Einfluß-

größen, und sei es nur über unbewußte Arbeitsplatzwahl, doch an Bedeutung gewinnen können.

Auf der politischen Ebene war nun eine Änderung der Abwehrhaltung zu beobachten. Den nebeneinander bestehenden Drogeneinrichtungen verschiedener Provenienz kam nunmehr eine unterschiedliche Wertung zu. Die einseitige Bevorzugung nichtmedizinischer Einrichtungen und das weitgehende Einschwenken auf sozialpädagogisch geführte therapeutische Wohngemeinschaften macht diese Akzentverschiebung deutlich.

Es ist schwer zu beurteilen, wie es zu diesem Umkippen von der einen Abwehrhaltung in die andere gekommen ist. Eins allerdings muß man wohl in aller Deutlichkeit sagen: An diesem Verhalten zeigt sich, daß die Gesellschaft letztendlich nach wie vor nicht gewillt ist, sich ernsthaft inhaltlich mit diesem Problem auseinanderzusetzen. Dazu gehört einerseits der ideologisierende Umgang, der jeweils nur ein oder zwei Teilursachen des dreigliedrigen Kausalitätsbündels anerkennen mag, ebenso wie der Umgang mit den Drogeneinrichtungen, wobei auch die unbewußten Anteile angesprochen sind, als auch die Vorstellung der Politiker, mit der Schaffung von Therapieplätzen sei nun das Problem aus der Welt geschafft. Es sei in diesem Zusammenhang nur daran erinnert, daß eine sinnvolle Behandlung letztendlich scheitern muß, wenn der psychosozial rehabilitierte Drogenabhängige in die Jugendarbeitslosigkeit entlassen wird.

Es kann kein Zweifel daran bestehen, daß zur Bewältigung des Drogenproblems zunächst einmal eine erhebliche Ausweitung des streetwork Voraussetzung ist, um die bereits erkrankten Drogenabhängigen überhaupt für eine Therapie motivieren zu können. Zum anderen ist es



notwendig, verschiedene Therapiemodelle zu haben, um nach einer individuellen Diagnostik den Drogenabhängigen in ein, seiner persönlichen Problematik und Situation entsprechendes Therapiemodell überleiten zu können. Die Hauptaufgabe allerdings - und das wird nach wie vor nicht in der notwendigen Schärfe gesehen - liegt in der Prävention, die sich nicht in Aufklärungswellen über die Gefährlichkeit der Drogen erschöpfen kann. Neben dem individuellen Konflikt und dem Kontakt mit der Droge sind eben auch gesellschaftliche Bedingungen mitverantwortlich für unsere heutige Volksseuche Drogenabhängigkeit. Uns wurde in der damaligen Zeit klar, daß die Einrichtung als Behandlungsstätte für Drogenabhängige geschlossen werden würde. Die Ursachen sahen wir einerseits im Umkippen der Einstellung auf der politischen Ebene, zum anderen in der von Anfang an hochambivalenten Haltung dieser Einrichtung gegenüber sowie der Vermutung, daß die Gesundheitsverwaltung sich des Drogenproblems entledigen wollte. Die neue ideologisierende Abwehreinrichtung dem Drogenproblem gegenüber gestattete ja auch ein schuldfreies Sich-lösen von der Klinik. Wenden wir uns jedoch wieder den Vorgängen in der Abteilung zu.

### *Einschätzung des Gruppenprozesses im Team*

#### *Therapiestörende Faktoren*

Es gab eine Anzahl die Therapie behindernde äußere Einflüsse. Dazu gehörte sicherlich die Wahrnehmung der permanenten Einflußnahme durch die politischen Institutionen. Die Folge davon war eine Tendenz, sich den je-

weils abzeichnenden Zwängen anzupassen, wodurch wir gezwungen waren, unsere äußere Unfreiheit wahrzunehmen, mit dem Teil in uns konfrontiert wurden, der die notwendige innere Freiheit vermissen ließ. Dadurch blieb die therapeutische Haltung sicher nicht unbeeinflusst. Der Versuch, die Einrichtung trotz aller Schwierigkeiten auf alle Fälle zu erhalten, anstatt eine klare therapeutische Position vertretend, die daraus entstehenden Konsequenzen gelassen abzuwarten, legt den Verdacht nahe, daß einerseits eine Überidentifikation mit der Einrichtung und der Aufgabe bestand und zum anderen die Allmacht der Träger der Einrichtung und der Politiker gefürchtet wurde. Das ist, was ich weiter oben als den Bereich der inneren Unfreiheit bezeichnete. Die Erkenntnis, daß die Klinik zumindest als Behandlungsstätte für Drogenabhängige in absehbarer Zeit geschlossen werden würde, war zwar allgegenwärtig, zur einzig richtigen Haltung konnten wir uns dennoch nicht durchringen.

### *Beurteilung des Gruppengeschehens*

Bei aller Vorsicht der Beurteilung, die mir als in den Gesamtprozeß Verwobenen zukommt, kann ich wohl sagen, daß die therapeutische Situation während der ganzen Zeit aufrecht erhalten werden konnte. Es gab keine Selbstzweck- bzw. Entgleisungsaktivitäten, die Arbeit war konsequent patientenbezogen und, was die Ergebnisse anbelangt, recht erfolgreich. Es fand ein ständiges Oszillieren der Gruppenprozesse statt, ohne daß es zu einer Entgleisung in Richtung Abwehr oder Identifikation mit den Patienten gekommen wäre.

Eine grob paranoische Verarbeitung der realen Situation fand nicht statt, die Gefährdung der Einrichtung und das bestehende Ende wurden richtig eingeschätzt. Im Team bestand eine kritische und selbstkritische Offenheit der einzelnen Mitarbeiter untereinander, grobe neurotische Fehleinschätzungen manifestierten sich nicht.

Die Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene konnten durchgängig erkannt und bearbeitet werden. Allerdings muß eine Einschränkung gemacht werden in bezug auf das weiter oben Ausgeführte und auf die Fehleinschätzungen.

So hatte sich ziemlich kritiklos die Vorstellung entwickelt, daß die Einrichtung als solche erhalten bleiben werde und daß durch eine Vermehrung der Bettenzahl mit Änderung der Klientel eine Beseitigung der Vorbehalte durch Effektivität erfolgen könne. Unterstützt wurde diese Fehleinschätzung durch die Bereitschaft der Verwaltung, ein leerstehendes Klinikgebäude zur Verfügung zu stellen und durch die Tatsache, daß diesbezügliche Planungen unter Einbeziehung aller Mitarbeiter schon konkrete Formen angenommen hatte.

Zu einer kritischen Würdigung gehört auch einzugestehen, daß wir in einigen Bereichen unserer Aufgabe versagt haben. So gelang es uns nicht, den Konflikt mit den übrigen Drogeneinrichtungen zu bereinigen, das Image der Einrichtung zu korrigieren, genügend Drogenabhängige als Patienten zu bekommen. Allerdings ist dazu zu sagen, daß gerade in diesen Bereichen so viel irrationale Einflußgrößen mit im Spiel waren, daß das wohl auch nur recht schwer möglich gewesen wäre.

### *Weitere Entwicklung*

Wie zu erwarten, waren die Belegungszahlen im Hause rückläufig. Es gelang uns nicht, genügend Drogenabhängige für unsere therapeutische Arbeit zu bekommen. Über eine 60% ige Belegung kamen wir nie hinaus. Daraufhin setzte erneut Außendruck ein, von Seiten der Gesundheitsverwaltung, aber auch von Seiten der Verwaltung des Krankenhauses, wobei ausdrücklich erneut eine Mischbelegung als Möglichkeit eingeräumt wurde! Die Schließung im Falle einer nicht ausreichenden Belegung wurde angekündigt.

Noch einmal kamen wir dem Außendruck nach und nahmen auch Alkohol- und Tablettenabhängige in unsere stationäre Behandlung auf, in der ursprünglichen Drittelparität. Damit erreichten wir in relativ kurzer Zeit eine annähernde Vollbelegung. Als diese wieder erreicht war, erging der Senatsbeschluss, die Einrichtung sei ersatzlos und vollständig aufzulösen. Begründet wurde dieser Entschluß mit der ungünstigen Kosten-/Nutzenrelation, der chronischen Unterbelegung und der fehlenden Kooperation mit den übrigen Drogeneinrichtungen. So hatte all das Nachgeben und Sicheinstellen auf die Außenforderungen letztendlich, außer der Tatsache, daß noch einige Patienten recht erfolgreich therapiert werden konnten, keinen Erfolg gebracht. Es ist zwar sehr die Frage, ob eine weniger kompromißbereite Haltung das Ende hätte verhindern können, zumindest aber hätte es eine stabilere psychische Gesamtsituation des Teams signalisiert.

### *Beurteilung des Verhaltens der Senatsverwaltung*

Bemerkenswert an dem Beschluß die Einrichtung aufzulösen, ist nicht so sehr die Tatsache an sich, sondern vielmehr das *Procedere*. So wurde der endgültige Schließungstermin so festgelegt, daß noch ein 3/4 Jahr vom Tag der Verkündung an gearbeitet werden konnte und sollte. Gleichzeitig aber gab es eine Presseverlautbarung des Senats, daß die Einrichtung geschlossen werde, was natürlich zur Folge hatte, daß nun erst recht Patienten nicht mehr zugewiesen wurden. Dieses Vorgehen kann wohl nur als Zeichen der ambivalenten Einstellung der Träger dieser Klinik gegenüber gesehen werden, wobei die Senatsverwaltung sich bei diesem Vorgehen durch ihre unklare Haltung ein Hintertürchen offenhielt.

So scheint es offenkundig, daß die ambivalente Einstellung der Verwaltung der Einrichtung gegenüber recht gut mit den Unsicherheiten des Teams im Umgang mit dieser Ambivalenz korrespondiert.

Während ich diese Zeilen formuliere, kommt mir der Gedanke - und er soll nicht verschwiegen werden - ob nicht im Prinzip der Mischbelegung mit Drogen-, Alkohol- und Tablettenabhängigen, soviel auch dafür spricht und so erfolgreich es auch gewesen ist, sich ein irrationaler Anteil verbirgt, der ein Stück weit die eigene Abwehr dem Konflikt der Drogenabhängigen gegenüber signalisiert.

## Die Zeit bis zum Ende

### *Ein Team löst sich auf*

Obwohl eine Entscheidung im Raum stand, war ja- wie zuvor schon beschrieben - die Fehleinschätzung entstanden, daß die Einrichtung als psychotherapeutische Klinik weiter bestehen könnte. Das signalisierte zweifellos das nicht wahrhaben wollen einer bevorstehenden Trennung voneinander. So rief denn auch die Ankündigung der Auflösung zunächst atemlose Stille hervor, Entsetzen, Hilflosigkeit und ungläubiges Staunen. Der bevorstehende Verlust des Objekts „Klinik“ bzw. „Team“ war unvorstellbar, das Erkennen der Realität nur bedingt möglich. Nach diesem Zustand der panikartigen Lähmung artikulierten sich die verschiedensten Gefühle, die durch ihren aktiven Anteil und ihre Zielunsicherheit gekennzeichnet waren, wohl zum Zwecke, die Verleugnung der Realität entweder aufrecht erhalten zu können oder aber die Realität den eigenen Wünschen entsprechend zu ändern. Nachdem die Erkenntnis aufdämmerte, daß die Realität nicht verleugnet werden konnte und daß die Entscheidung endgültig war, setzte ein reger Kommunikationsfluß im Team ein, der gekennzeichnet war durch die Trauerarbeit der einzelnen Teammitglieder.

Die Beschäftigung mit dem geliebten Objekt „Klinik“ sowie mit der eigenen Position im Team, der aufdämmern den Erkenntnis, daß dieses Team ebenso wie in absehbarer Zeit auch die Klinik nicht mehr existieren würde, führte in kleinen Schritten der Trauerarbeit zur Lösung aus dem Team. Trauer, Aggression und Rückzug waren

die diesen Prozeß begleitenden Affekte, bei jedem Mitarbeiter in unterschiedlicher Intensität und Abfolge. Im Laufe der Zeit machte sich eine gelassene Einstellung bei immer deutlicher werdender Außenorientierung bemerkbar. Während dieses Prozesses tauchten auch Vorstellungen auf, man solle solange weiterarbeiten wie es geht als Zeichen von Kontraktionen einer Trauerarbeit leistenden Gruppe, die sich noch nicht damit abfinden kann, den Schritt der Trennung zu vollziehen. Auch traten gelegentlich Phantasien auf, man könne sich doch, ähnlich den Klassentreffen der Abiturienten, regelmäßig bis an seinen Lebensabend zusammenfinden. Aber all dies waren die üblichen Mechanismen der Trauerarbeit, insbesondere wenn man bedenkt, daß sowohl das Objekt „Klinik“ als auch das Objekt „Team“, um es bildlich auszusprechen, zwar schon sterbenskrank, aber eben noch nicht gestorben waren. Trotz dieser Tatsache blieben die beschriebenen Phänomene passager, wurden auch nie von allen Mitgliedern gleichzeitig vertreten, sondern man konnte dies als zum Prozeß der Trennung gehörige Phänomene anerkennen. So ließen sich an diesem Prozeß alle von FREUD beschriebenen Phänomene der Trauerarbeit sowohl am Einzelnen als auch an der sich auflösenden Gruppe beobachten.

## **Abschließende kritische Würdigung**

Bei der „Klinik für Drogenprobleme“ handelte es sich um eine zu schnell und unüberlegt geplant entstandene Einrichtung. Auf Grund der eingangs aufgewiesenen Parameter war die Entgleisung vorprogrammiert. Der Neubeginn war wegen der Vorgeschichte und der ambivalenten Einstellung dieser Einrichtung und dem Drogenproblem gegenüber erheblich verzögert. Auch die Chancen für die Nachfolgeeinrichtung waren aus diesem Grunde von Beginn an recht gering.

Der Konflikt zwischen der Einrichtung und der Umwelt blieb bestehen, verstärkte sich eigengesetzlich durch die Verzögerung des stationären Neubeginns. Aus der abschließenden Distanz kann man sagen, daß nicht die Einrichtung in ihrer Funktionsfähigkeit - wie dies bei der Klinik für Drogenprobleme ja war - beeinträchtigt war, wohl aber in ihrer Bezogenheit zum therapeutischen und politischen Umfeld. Sie war und blieb ein ungeliebtes Kind. So paradox es klingt, die Einrichtung starb im wesentlichen an ihrer eigenen Geschichte.



## **Literaturverzeichnis**

BALINT, M.: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychoanalyse, Fischer, Hamburg, 1969

BALINT, M.: Angstlust und Regression. Rowohlt, Hamburg, 1972

BATTEGAY, R.: Der Mensch in der Gruppe. Hans Huber, Bern, 1968

BATTEGAY, R.: Vom Hintergrund der Süchte. Blaukreuz-Verlag Bern, Wuppertal-Barmen, 1972

Bundesministerium für Jugend, Gesundheit und Familie: Dokumente zum Drogenproblem Bundesdruckerei Bonn, 1972

CREMERIUS, J.: Was ist Süchtigkeit. W. Clasen-Verlag, Zürich, 1960

DE SCHILL, S.: Psychoanalytische Therapie in Gruppen. Klett, Stuttgart, 1971

ELIASBERG, W.: Über sozialen Zwang und abhängige Arbeit. Almanach der Psychoanalyse. Int. psychoanalyt. Verlag, Wien, 1929, 89 - 108

FREUD, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen. Kindler, München, 1970

FREUD, S.: Gesammelte Werke. S. Fischer. Imago Publishing Ltd., London, 1952

GLEISS, I., R. SEIDEL et H. ABHOLZ: Soziale Psychiatrie. S. Fischer, Frankfurt, 1973

GREENSON, R. R.: Technik und Praxis der Psychoanalyse. Klett, Stuttgart, 1973

HAAS, E.: Selbstheilung durch Drogen, Fischer, Hamburg, 1974

HARTMANN, E.: Psychoanalyse und Soziologie Aus: Ich - Psychologie. Klett, Stuttgart, 1972

HOFSTÄTTER, P. R. : Einführung in die Sozialpsychologie. Kröner-Verlag, Stuttgart, 1966

HOFSTÄTTER, P. R. : Gruppendynamik. Rowohlt, Hamburg, 1957

ISRAEL, J.: Sozialpsychologie. Hippokrates, Stuttgart, 1976

KÖNIG, R.: Materialien zur Soziologie der Familie. Kiepenheuer u. Witsch, Köln 1974

KOHUT, H.: Narzißmus. Suhrkamp, Frankfurt, 1974

KREEGER, L.: Die Großgruppe. Klett, Stuttgart, 1977

KUTTER, P.: Sozialarbeit und Psychoanalyse. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen, 1974

KUTTER, P.: Elemente der Gruppentherapie. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen, 1976

LANGE, K.J.: Süchtiges Verhalten. Lambertus-Verlag, Freiburg, 1974

LE BON, G.: Psychologie der Masse. Kröner-Verlag, Stuttgart, 1968

LUERSSSEN, E.: Die Suchtprobleme in neuerer psychoanalytischer Sicht. Aus: Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. II, Kindler, Zürich, 1976, 838-867

MENNINGER, K. A. et Ph. S. HOLZMAN: Theorie der psychoanalytischen Technik, Problemata, frommann-holzboog 52, Stuttgart-Bad Cannstadt, 1977

MITSCHERLICH, A. et T. BROCHER et O. VON MERING et K. HORN: Der Kranke in der Gesellschaft. Kiepenheuer u. Witsch, Köln, 1972

PETZOLD, H.: Drogentherapie. Junfermann-Hoheneck, Paderborn, 1974

REDLICH, F. C. et D. X. FREEDMANN: Theorie und Praxis der Psychiatrie, Bd. I u. II. Suhrkamp, Frankfurt, 1976

SCHMIDBAUER, W. et J. VON SCHEIDT: Handbuch der Rauschdrogen. Nymphenburger Verlagsbuchhandlung GmbH, München, 1971

SLAVSON, S. R.: Analytische Gruppentherapie. S. Fischer, Frankfurt, 1977

SMITH, P. B.: Kleingruppen in Organisationen. Klett, Stuttgart 1976

SOLLMANN, U.: Therapie mit Drogenabhängigen. Edition 2000, Andreas-Achenbach-Verlag, Gießen, 1974

SPITZ, R.A.: Vom Säugling zum Kleinkind. Klett, Stuttgart, 1969

STROTZKA, H.: Neurose, Charakter, soziale Umwelt. Kindler, München, 1973

UCHTENHAGEN, A. et R. BATTEGAY et A. FRIEDEMANN: Gruppentherapie und soziale Umwelt. Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1975

VON SCHEIDT, J.: Drogenabhängigkeit. Nymphenburger Verlagsbuchhandlung GmbH, München, 1972

YALOM, I. D.: Gruppenpsychotherapie. Kindler, München, 1974,

ZIESE, P.: Steuerungsinstrumente in dem komplexen Mechanismus der stationären analytisch orientierten Psychotherapie. Prax. Psychother. 23, 133 - 140, 1978

ZIESE, P.: Therapeutische Wohngemeinschaft als „slow-open-group“. Gegenüberstellung analytisch orientierter Therapieformen. Ärztl. Prax., Banaschewski, München-Gräfelfing,

ZIESE, P.: Strukturprobleme und psychische Auffälligkeiten bei Soldaten. *Ärztl. Prax., Banaschewski*, XXIII, 25, 1509 - 1511 u.26, 1563 - 1567, 1971

ZIESE, P.: Psychoanalyse und Arbeitsmedizin. *ärztl. Prax.*, 93, 3758 - 3765, 1975

© ifv, prof. dr. p.ziese, köln, 2001