



Die „Therapeutische Gemeinschaft“ als Konzept der Suchttherapie

Helmut Johach

Vortrag, auf der Tagung „Süchtig aus Langeweile? Über Entstehung und Therapie von Suchtverhalten“. Jahrestagung 2009 der Internationalen Erich-Fromm-Gesellschaft in Schwarzach. Erstveröffentlichung in: *Fromm Forum* (deutsche Version), Tübingen (Selbstverlag), Nr. 14 / 2010, S. 24-34.

Copyright 2010 and 2011 by Dr. Helmut Johach, Walpersdorfer Str. 13, D-91126 Rednitzhembach, E-Mail: [helmut.johach\[at-symbol\]web.de](mailto:helmut.johach[at-symbol]web.de)

1. Einleitende Bemerkungen

Unter der Überschrift „Therapeutische Gemeinschaft“ möchte ich über Erfahrungen aus meiner ca. 25jährigen beruflichen Tätigkeit als Therapeut in einer *Fachklinik für junge Suchtkranke*¹ berichten. Ich habe als Gruppen- und Einzeltherapeut in einem Team von Sozialpädagogen und Psychologen gearbeitet, die sämtlich eine Zusatzausbildung in „humanistischen“ Methoden (Gestalttherapie, Gesprächstherapie nach Rogers, Transaktionsanalyse, Themenzentrierte Interaktion etc.) absolviert haben. Das diesen Methoden zu Grunde liegende „Menschenbild“, zu dessen Gewährsleuten ich auch Erich Fromm zähle, ist für das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft von großer Bedeutung.

Wenn man einen längeren Zeitraum überblickt, rücken zwangsläufig die in dieser Zeit eingetretenen *Veränderungen* ins Blickfeld. In der Tat hat sich an der Arbeit in der Fachklinik seit Beginn der 80er Jahre einiges verändert. Das betrifft zum einen die *Klientel* mit der Art der Suchterkrankung, die sich heute anders manifestiert als zu Beginn meiner Tätigkeit, zum anderen das *Behandlungskonzept*, mit dem wir auf die Schwierigkeiten der Patienten in therapeutisch sinnvoller Weise zu reagieren versuchen. Veränderungen ergeben sich aber auch – und das ist vielleicht der

ausschlaggebende Faktor – im gesellschaftlichen *Umfeld*, das nicht nur auf die Patienten und ihren „sozial typischen“ Charakter einwirkt, sondern über die *Kostenträger* die Arbeit in der Klinik direkt beeinflusst. Ich nenne nur einige Stichworte aus letzter Zeit: Medizinalisierung, Ökonomisierung und Bürokratisierung. Allein der Papieraufwand, der heutzutage getrieben werden muss, um den Standards im so genannten „*Qualitätsmanagement*“ zu genügen, absorbiert einen Großteil der Zeit und Energie, die viel sinnvoller in die Arbeit mit den Patienten investiert werden könnte. Die *Ökonomisierung* besagt, dass verstärkt nach Kostengünstigkeit und „Effizienz“ der Therapie gefragt wird, und die *Medizinalisierung* führt zu verschärfter Einzelfall-Diagnostik mit Applikation je spezifischer therapeutischer „Maßnahmen“, einschließlich medikamentöser Behandlung. Dass Sucht eine psychosoziale Krankheit ist, die *psychosozialer* „Behandlung“ bedarf, fällt bei einer derartigen Sichtweise leicht unter den Tisch.

Ich will damit sagen, dass Humanistische Psychologie und Therapeutische Gemeinschaft – beides sind enge Verwandte – es heutzutage nicht leicht haben. Für die Kostenträger ist beides gewissermaßen schon Schnee von gestern. Gleichwohl halte ich die Therapeutische Gemeinschaft gerade bei unseren jungen Patienten für eine sehr wirksame Behandlungsmethode, die sich bewährt hat und deshalb nicht leichtfertig aufgegeben werden sollte, und die Humanistische Psychologie und

¹ Es handelt sich um die Fachklinik „Weihermühle“ in Großhabersdorf (<http://www.weihermuehle.de>).



FROMM-Online

Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.

Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke. Veröffentlichungen – auch von Teilen – bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.

Psychotherapie, die psychisches Wachstum und Produktivität im Sinne Fromms zu fördern versucht, ist für mich die einzig adäquate Herangehensweise. Allerdings liegt beides mittlerweile quer zum Trend der Zeit.

Ehe ich auf Besonderheiten der Klientel und das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft näher eingehe, zunächst noch einige Vorbemerkungen:

Dass von „Abhängigkeitskranken“ und „Patienten“ gesprochen und die Behandlungsstätte als „Fachklinik“ bezeichnet wird, geht zurück auf ein Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 1968, dem entsprechend Alkoholabhängigkeit als eine *medizinisch zu behandelnde Erkrankung* anerkannt wurde. Für die Entgiftung, d.h. den körperlichen Entzug, sind seither die Krankenkassen, für die anschließende stationäre Langzeitbehandlung in erster Linie die Rentenversicherungsträger zuständig. Letzteres mit dem Ziel, durch die Suchtbehandlung die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, und nicht nur dies: Die Süchtigen sollen wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden und in die Rentenkasse einzahlen, anstatt der Allgemeinheit zur Last zu fallen. Bei dem, was wir als „Therapie“ bezeichnen, handelt es sich also „offiziell“ um eine *medizinische Maßnahme zur beruflichen Rehabilitation*. Die damalige, in Zeiten relativer Vollbeschäftigung getroffene Vereinbarung ist zwar immer noch in Geltung, die mit ihr verbundene Zielsetzung einer Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess ist jedoch problematisch geworden. Zumindest für unsere jungen Patienten gilt, dass ein sehr hoher Prozentsatz arbeitslos ist und dass viele nicht einmal eine abgeschlossene Schul- und Berufsausbildung vorweisen können. Auf dem ersten Arbeitsmarkt haben sie damit, vor allem wenn ihr Suchtproblem bekannt wird, kaum eine Chance. Wenn das schon in „normalen“ Zeiten gilt, so erst recht in der gegenwärtigen Wirtschaftskrise. Ich komme später noch darauf zurück, was das für die Therapie oder Rehabilitation bedeutet.

Soviel also erst einmal zum offiziellen Rahmen der Suchttherapie. Das Stichwort „Therapeutische Gemeinschaft“ deutet an, wie

wir diesen Rahmen zu füllen versuchen. Wenn ich im Folgenden von „Patienten“ spreche, sollte man sich keine bettlägerigen Kranken, keine verwahrlosten, leberkranken Alkoholiker und auch keine ausgezehnten Junkies vorstellen, sondern junge, unternehmungslustige Männer und Jugendliche ab etwa 17 Jahren, die nach der Entgiftung körperlich regeneriert sind und einen weitgehend gesunden Eindruck machen.

2. Vom Alkoholismus zur Polytoxikomanie: Konsummuster und Lebenseinstellungen

Unsere Fachklinik nimmt derzeit männliche Patienten im Alter von 17 bis zu maximal 40 Jahren auf. Die Altersspanne hat sich damit zwar gegenüber den Anfängen (18 bis 35 Jahre) etwas erweitert, es wäre jedoch falsch, daraus auch auf eine entsprechende Altersverteilung zu schließen, im Gegenteil: Das *Durchschnittsalter* der Patienten ist in den letzten Jahren auf geradezu dramatische Weise gesunken, so dass es heute näher an zwanzig als an dreißig Jahren liegt. Patienten, die zum ersten Mal bei uns aufgenommen werden, sind in der Regel jünger als früher. Bei den Mehr-als-Dreißigjährigen handelt es sich dagegen häufig um Therapiewiederholer. Dies geht auf eine konzeptionelle Neuerung zurück: In den Anfangsjahren der Fachklinik ging man davon aus, dass Patienten, die nach einer Therapie rückfällig geworden waren, eine zweite Therapie, falls erforderlich, in einer anderen Einrichtung absolvieren sollten. Heute halten wir es für sinnvoller, wenn Patienten ihre Probleme in unserem schon vertrauten Setting – allerdings nur in Ausnahmefällen auch beim gleichen Gruppentherapeuten – weiter bearbeiten können. Man kann damit auf dem Früheren aufbauen und die Therapie wirkt in der Regel nachhaltiger.

Auf Grund des gesunkenen Durchschnittsalters der Patienten können wir davon ausgehen, dass es sich, zumal wenn man die durchgängig festzustellende *Entwicklungsverzögerung* (Faustregel: emotionale Reife = Lebensalter minus doppelte Zeit der Abhängigkeit, vgl. Schmidbauer/vom Scheidt 1999, S. 575) in Rechnung stellt,



heutzutage in den meisten Fällen eher um *Jugendliche* als um „junge Erwachsene“ handelt – letztere Bezeichnung war lange Zeit üblich, wenn es z.B. in Prospekten um die Benennung der Zielgruppe der Behandlung ging. Nachdem die Patienten im Durchschnitt jünger geworden sind und ein Ende dieses Trends nicht abzusehen ist, musste auch das Konzept entsprechend geändert werden. Heute enthalten Gruppenarbeit, Arbeitstherapie und Sport in der Therapeutischen Gemeinschaft mehr *pädagogische* Elemente als früher.

Eine weitere Veränderung in der Zusammensetzung der Klientel, die mit der Altersverschiebung zusammenhängt, ist bedingt durch die starke Zunahme des *Drogenkonsums* im Vergleich zum früheren Überwiegen des „reinen“ Alkoholismus. Seit den späten 70er Jahren gab es unter den Patienten zwar immer auch eine kleine Gruppe von Kiffern, die sich im Outfit und in den politischen Anschauungen abzugrenzen versuchten und auf die „einfachen“ Alkoholiker herabschauten; Erfahrung mit anderen Drogen war jedoch selten. *Alkohol* war das Hauptsuchtmittel. Heutzutage bildet dagegen *Polytoxikomanie* (vgl. Schmidbauer/vom Scheidt 1999, S. 478ff.) bei den jungen Abhängigen das überwiegende Konsummuster. Von Polytoxikomanie spricht man bei starkem Konsum und Abhängigkeit von mindestens zwei verschiedenen Substanzen; bei geringer, nicht abhängig machender Dosierung spricht man von „Beikonsum“. Kombiniert werden häufig Alkohol und chemische Drogen (*Amphetamine*, *Ecstasy*) zum „Weggehen“ und „Gut-drauf-sein“, mit *Cannabis* (zum „Runterkommen“), seltener mit *Heroin* (nicht gespritzt, eher auf Folie geraucht oder geschnupft), mit *Kokain* (relativ teuer) oder *LSD* und anderen Halluzinogenen (wegen Psychosegefahr meist nur „probiert“). Im Grunde findet sich alles, was die Szene zu bieten hat, auch bei unseren jungen Konsumenten wieder.

Eine wesentliche Ursache für die zunehmende Verbreitung des Drogenkonsums bei unserer Klientel dürfte darin zu suchen sein, dass in den vergangenen 20 Jahren das *Angebot erheblich erweitert* und der Zugang dazu erleichtert worden ist. Kiffen ist schon seit

langem nichts Besonderes mehr; bei höherer Dosierung nimmt man die „Bong“. Mancher Jugendliche hat als erste Suchtmittel bereits Nikotin und Cannabis kennen gelernt, ehe er mit Alkohol in Berührung kommt, von *Designer-Drogen* ganz zu schweigen, die vor 15 Jahren in Europa noch fast unbekannt waren, heute jedoch zu jeder Techno-Party dazugehören (vgl. van Treeck 1997, S. 35ff.). Dass die Drogen *illegal* sind, spielt kaum eine Rolle, wenn es um die Verbreitung geht, eher der Preis – so würde mancher zwar gern koksen, tut es aber nicht, weil Kokain ziemlich teuer ist. Die Illegalität erhöht den Kick. Jugendliche probieren einiges aus, bis sie die für sie passende Droge – oder den passenden Drogenmix – gefunden haben, und diese Art des Ausprobierens ist für sie „normal“. Dazu gehört ganz entscheidend die *Clique*, in der sich immer jemand findet, der „etwas dabei“ hat oder „besorgen“ kann. Dass Erwachsene beim Dorffest das erste Bier spendieren, gehört dagegen zu den Mannbarkeitsriten vergangener Zeiten.

Wodurch unterscheiden sich die *Polytoxikomanen* von den „reinen“ Alkoholikern, die es – wenn auch in geringerer Zahl – in unserer Therapeutischen Gemeinschaft immer noch gibt? Stark vereinfachend können etwa folgende Besonderheiten festgestellt werden:

Anders als beim Alkohol, der je nach Dosierung verschieden wirkt, nutzen Drogenkonsumenten gezielter die *spezifische Wirkung* der jeweiligen Droge, um den für sie passenden Zustand herbeizuführen, d.h. ihr Innenleben nach Bedarf zu manipulieren. Man „knallt“ sich nicht einfach nur zu, um sich „dicht“ zu machen, sondern man nimmt Speed, um wach zu bleiben und nächtelang fit zu sein; XTC, um grenzenlose Verbrüderung zu erleben; Haschisch, um gelöst und „high“ zu sein bzw. vom Speed „runterzukommen“ etc.

Im Unterschied zum „klassischen“ Alkoholiker mit seinen Hemmungen und einer überwiegend depressiven Symptomatik steht bei den jungen Drogenabhängigen eine *hedonistische Einstellung* im Vordergrund: Das Leben soll vor allem „Spaß machen“. Der Kick, die Spannung und Abwechslung werden gesucht. Der typische Mehrfach-User ist ein



Augenblicksmensch. Er unterliegt häufig Stimmungsschwankungen, kann sich jedoch besser verstellen und Gefühle überspielen als der Alkoholiker. Schuldgefühle sind ihm meistens fremd.

Zwar gilt für Drogenabhängige wie für Alkoholiker gleichermaßen, dass sie zumeist aus *gestörten Familienverhältnissen* stammen. Im Unterschied zu den bei Alkoholikern anzutreffenden neurotischen Verhaltensmustern (vgl. Rost 1987, S. 106ff.) weisen Drogenabhängige jedoch häufig *tiefer liegende Persönlichkeitsstörungen* i.S. von Narzissmus und Borderline-Syndromatik auf (vgl. Schmidbauer/vom Scheidt 1998, S. 525). Auch Aufmerksamkeitsdefizite und *Hyperaktivität* (ADS- bzw. ADHS-Syndrom) finden sich oft in der Vorgeschichte.

Je mehr Drogen jemand genommen hat, umso eher glaubt er bei der Forderung nach *Abstinenz*, wie sie sich während der Therapie und für die Zeit danach stellt, jonglieren zu können, etwa nach dem Motto: „Alkohol macht mich aggressiv und führt zu Straftaten – Kiffen ist dagegen harmlos und macht mich nicht abhängig“ etc. Für polytoxikomane Patienten ist es deshalb schwierig zu akzeptieren, dass *kontrollierter Einsatz von Drogen* ebenso wenig funktioniert wie *kontrolliertes Trinken*.

Mit der Zunahme der Drogenabhängigkeit hat auch der Anteil der Patienten, die *Erfahrungen mit der Justiz* haben, stark zugenommen. Dies ist kaum darauf zurückzuführen, dass die jungen Drogenabhängigen „krimineller“ wären als ihre Vorgänger; ein Großteil der Delikte ergibt sich vielmehr aus der *Illegalität der Drogen*. Es ist kaum jemand dabei, der nicht schon mehrmals von der Polizei „erwischt“ und wegen BtmG-Verstößen gerichtlich verurteilt worden wäre. Um den Angeklagten eine Chance zu geben, sehen die Jugendrichter, sofern das Strafmaß von zwei Jahren nicht überschritten wird, meist vom Vollzug der Haftstrafe gegen *Therapieaufgabe* ab. So kommen viele junge Patienten zu uns, die ohne entsprechende Auflage nicht daran denken würden, sich einer Langzeittherapie zu unterziehen. Um eine Gefängnisstrafe zu vermeiden, entscheiden sie sich für die Therapie als das „kleinere Übel“. Es liegt auf der Hand,

dass in solchen Fällen die Motivation zu hinterfragen und weiterzuentwickeln ist. Ein anderer Teil der Klientel besteht aus Patienten, die bereits einen Teil ihrer Haftstrafe verbüßt und den Rest gegen Therapieaufgabe zur Bewährung ausgesetzt bekommen haben. Auch in diesen Fällen stellt sich die Frage nach der Motivation. Erstaunlicherweise gelingt es immer wieder, anfangs rein „extern“ Motivierte mit Unterstützung einer gut funktionierenden Wohn- und Therapiegruppe vom Sinn der Therapie zu überzeugen und für aktive Mitarbeit zu gewinnen.

Vor allem jüngere Patienten mit gerichtlicher Auflage reagieren zunächst einmal mit Widerstand, wenn sie erfahren, dass sie auf Grund ihrer Mehrfachabhängigkeit ein halbes Jahr Therapie machen „müssen“. Natürlich kann niemand gezwungen werden, gegen seine Überzeugung „Therapie zu machen“. Gerichtliche Auflagen sind für uns nicht bindend, und wenn ein Patient sich zum Abbruch der Maßnahme entschließt, legen wir ihm, wenn er das Problem mit Mitpatienten und Therapeuten genügend erörtert hat, keine Steine in den Weg; die Konsequenzen – auch bei Gericht – muss er selbst tragen. Manchmal fällt die Entscheidung für eine vorzeitige Entlassung aber auch von unserer Seite, insbesondere wenn *heimlicher Alkohol- und Drogenkonsum* in der Fachklinik stattgefunden hat oder ein weiterer Verbleib dem Patienten und der Gemeinschaft nach unserer Einschätzung mehr schaden als nützen würde.

Bei *Rückfällen* erfolgt nach unserem derzeitigen Konzept, anders als früher, nicht mehr automatisch die sofortige Entlassung. Es wird vielmehr danach unterschieden, ob der Patient „Stoff in's Haus“ gebracht hat oder ob er „draußen“ (z.B. bei einer Heimfahrt oder beim Ausgang am Wochenende) rückfällig geworden ist. Im ersteren Fall muss er nach wie vor die Klinik verlassen, im zweiten Fall kann er bleiben, vorausgesetzt, dass er zur Rückfallaufarbeitung bereit ist und dass seine Einstellung und sein Verhalten weiterhin am Ziel der Suchtmittelabstinenz orientiert sind. Statistisch gesehen, hat die Zahl der Rückfälle, in die häufig mehrere Patienten verwickelt sind, über die Jahre hinweg zugenommen, was wohl in erster



Linie mit der „Verjüngung“ der Patienten und der Verbreitung des Drogenkonsums zusammenhängt.

Auf Grund der geschilderten Veränderungen ergibt sich in der Belegung der Fachklinik eine im Vergleich zu den Anfängen *gestiegene Fluktuation*. In den Konzeptionsbesprechungen des Teams, die in regelmäßigen Abständen stattfinden, geht es deshalb vor allem um Überlegungen, wie auch unter veränderten Bedingungen ein möglichst nachhaltig wirkender Therapieverlauf gefördert werden kann.

Die Struktur der Therapeutischen Gemeinschaft: Wohngruppen, Arbeitstherapie und Patientenmitverantwortung

Das Konzept der „Therapeutischen Gemeinschaft“ geht ursprünglich zurück auf eine Reihe von Projekten zur Veränderung psychiatrischer Anstalten in England, Italien und der Schweiz, die in den 60er und 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts durch ihren politischen Anspruch z.T. großes Aufsehen erregten (vgl. Cooper 1971; Basaglia 1971; Bopp 1980). Im deutschsprachigen Bereich hat dieses Konzept vor allem in Einrichtungen zur Behandlung von *Drogenabhängigen* Verbreitung gefunden. Maßgebend waren hier zunächst die Pionierleistungen von *Synanon* (vgl. Yablonski 1990) und *Daytop* (vgl. Bauer 1980), deren Methoden – nach entsprechenden Entwicklungen in den USA – seit den 70er Jahren auch in Deutschland allmählich Fuß fassten. Es handelte sich dabei um „alternative“ Selbsthilfe-Organisationen, die mit Wohngemeinschafts-Projekten, in denen User und Ex-User in der Regel zusammen lebten, einen Weg aus der Drogenabhängigkeit zu finden suchten. In der Folgezeit bewies das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft soviel Anziehungskraft, dass es sowohl im Bereich der etablierten Psychiatrie als auch in der stationären Suchtbehandlung, die überwiegend in Fachkliniken stattfand, zu Versuchen kam, überkommene Strukturen nach diesem Konzept zu verändern (vgl. Ploeger 1972; Krüger 1979; Johach 1985). Allerdings ergaben sich dabei auch

konzeptuelle Modifikationen. So ließ sich das ursprünglich egalitäre Modell, das eine „maximale Aufhebung der Distanz“ (Petzold/Vormann 1980, S. 173) zwischen Therapeuten und Klienten vorsah, mit fest angestellten, tariflich bezahlten Mitarbeitern, die nicht in der Klinik wohnen, nicht mehr durchführen. Man hielt zwar an der Rollentrennung fest, suchte jedoch weniger hierarchische Strukturen und einen „partnerschaftlichen“ Umgangsstil einzuführen. Außerdem sollten die Patienten mehr Mitspracherechte erhalten, die auch in der Konzeption verankert wurden. Die Therapeutische Gemeinschaft begründet nach diesem modifizierten Modell keine Lebensgemeinschaft zwischen dem Personal und den Patienten, aber doch eine Art von besonderem Kontakt, während sie für die Patienten während der Dauer ihres Aufenthalts in der Fachklinik zugleich Wohn-, Arbeits- und Freizeitgemeinschaft ist.

In den Anfängen der Fachklinik wirkte noch das sozialfürsorgerische Modell der „Trinkerheilstätte“ nach, das nach dem erwähnten Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts von 1968 durch *medizinische Krankenbehandlung* abgelöst werden sollte. Neuaufnahmen fanden einmal pro Monat statt und die Dauer der Behandlung war einheitlich auf 6 Monate festgelegt. Ein Großteil des Alltags in der Fachklinik bestand aus Arbeit in der Landwirtschaft. Die ärztliche Versorgung wurde durch einen ortsansässigen Arzt sichergestellt, der einmal pro Woche am Nachmittag Sprechstunde hielt; für medizinische Betreuung war ansonsten angestelltes Pflegepersonal zuständig. Die Aufnahmegruppen trafen sich mehrmals in der Woche mit den ihnen zugeteilten Therapeuten (SozialarbeiterInnen und Diplom-PsychologInnen) zu Gruppensitzungen; bei Bedarf gab es auch Einzelgespräche. Die Themen der Gruppengespräche wurden größtenteils durch die Therapeuten vorgegeben – z.B. wurde über Alkoholismus-Typen nach Jellinek (vgl. Feuerlein 1979, S. 118ff.) informiert und ausgiebig über die Chancen bzw. die Unmöglichkeit „kontrollierten Trinkens“ diskutiert. Formen der Selbstorganisation der



Patienten und institutionalisierter Mitverantwortung gab es dagegen noch nicht.

Ein wichtiger Schritt hin zur *Therapeutischen Gemeinschaft* wurde getan, als anfangs der 80er Jahre die konstant durchlaufenden Aufnahmegruppen, die infolge von Abbrüchen und Entlassung nach Rückfällen häufig unter Mitgliederschwund litten, zunächst durch frei zu wählende „Selbsthilfegruppen“, später durch feste, therapeutisch betreute Wohn- und Therapiegruppen, in die immer wieder neue Patienten nachrücken konnten („slow open groups“), abgelöst wurden. Die *Untergliederung in Wohngruppen* von durchschnittlich 8-10 Patienten, die über eigene, nach persönlichem Geschmack gestaltete Gruppenräume verfügen, in denen sich das Zusammensein in der Freizeit hauptsächlich abspielt, hat sich bis heute als ein wichtiges – vielleicht *das* wichtigste – Strukturelement der *Therapeutischen Gemeinschaft* bewährt.

Entsprechend der aktuellen Struktur, wie sie sich über einen längeren Zeitraum herausgebildet hat, ist die Wohngruppe in der Fachklinik zugleich *Therapie- und Selbsthilfegruppe*. Sie trifft sich dreimal pro Woche zu Sitzungen mit dem für sie zuständigen Gruppentherapeuten bzw. der Therapeutin und zusätzlich mindestens einmal zu einer Sitzung ohne Therapeut – dies dient der Förderung von Selbstständigkeit (vgl. Yalom 1974, S. 353f.). Jede Gruppe wählt einen *Gruppensprecher* samt Stellvertreter; beide sind u.a. für die Leitung der Sitzungen ohne Therapeut/in und die Ordnung im Wohngruppenraum zuständig. Die Gemeinschaft aller Patienten wählt in der Hausversammlung den *Haussprecher* und dessen Stellvertreter. Auch letzterer hat eine wichtige Funktion: Er verwaltet u.a. die Patientenkasse, aus der kurzfristige Kredite an Patienten gewährt, Ausflüge finanziert und Anschaffungen für die Gemeinschaft getätigt werden können. Der Haussprecher soll sowohl die Anliegen der Patienten gegenüber dem Team und der Klinikleitung vertreten, als auch gegenüber den Mitpatienten dem Therapiekonzept und der Hausordnung Geltung verschaffen, in gewissem Sinne also eine Mittlerfunktion wahrnehmen. Die Gruppensprecher sowie Haussprecher und Stellvertreter treffen sich einmal pro Woche mit

der Klinikleitung und den Therapeut/innen zur sog. „Hauskonferenz“, in der die wichtigsten aktuellen Themen besprochen und Tagesordnungspunkte für die *Hausversammlung* (die sog. „Große Gruppe“) festgelegt werden. Die Hausversammlung findet einmal pro Woche statt; an ihr nehmen alle Patienten und die im Haus befindlichen Mitarbeiter teil. Die Leitung obliegt einem Trio aus zwei Therapeuten und dem Haussprecher. Neben der „Großen Gruppe“ *mit* Therapeuten gibt es, als Parallelkonstruktion zu den Gruppensitzungen, noch eine weitere, einmal wöchentlich stattfindende Hausversammlung der Patienten *ohne* Mitarbeiter – letztere wurde auf Wunsch der Patienten eingeführt. Die Leitung dieser „Großen Gruppe“ übernimmt ein eigens für mehrere Wochen in diese Funktion gewählter Patient, nicht der Haussprecher. Damit soll auch anderen Patienten Gelegenheit geboten werden, sich zu profilieren.

Die erwähnten Organe der Patientenvertretung bilden das organisatorische Grundgerüst der *Patientenmitverantwortung* in der Fachklinik. Auf die damit verbundenen „Ämter“ und weitere Aufgaben, die für die *Therapeutische Gemeinschaft* von besonderer Wichtigkeit sind, ist noch eigens einzugehen.

Neben der Gruppentherapie spielt die *Arbeitstherapie* eine zentrale Rolle. Auch sie stellt ein tragendes Element der *Therapeutischen Gemeinschaft* dar, da es hier nicht nur darum geht, für den täglichen Betrieb der Klinik notwendige Arbeiten zu erledigen (z.B. Putzen und Dienst in der Küche), sondern selbständig Verantwortung zu übernehmen und *soziales Lernen* zu praktizieren. Die Arbeit in Küche, Gärtnerei, Schreinerei und Töpferei erfolgt durchwegs in kleinen Gruppen bzw. Patiententeams unter Leitung der Arbeits- bzw. Ergotherapeut/innen. Neben dem Training des Grundarbeitsverhaltens (Pünktlichkeit, Ausdauer, Belastbarkeit usw.) bietet die Arbeitstherapie genügend Gelegenheit, eigene Stärken und Schwächen zu erkennen, Eigeninitiative und Durchsetzungsfähigkeit zu trainieren, Stresssituationen zu bewältigen, mit eigenen und fremden Aggressionen umzugehen und ein besseres Konfliktlösungsverhalten einzuüben (vgl. Johach 2005, S. 158f.). Letztlich geht es in



der Arbeitstherapie nicht nur um Leistung, sondern auch um soziale Kompetenzen, wie sie heutzutage in der Arbeitswelt durchwegs erforderlich sind.

Für manche Patienten ergeben sich nach langjährigem persönlichem Scheitern erste Erfolgserlebnisse in der Arbeitstherapie, womit diese nicht unerheblich zur Stärkung des *Selbstwertgefühls* beiträgt. Bei anderen kommen tiefsitzende *Störungen*, die sich in Gesprächsgruppen eher überspielen lassen, erst am Arbeitsplatz zum Vorschein: z.B. Konzentrationsmängel und fehlendes Durchhaltevermögen, Hemmungen im Antriebsbereich und Autoritätsprobleme. Die Bearbeitung solcher Störungen erfolgt größtenteils in der Arbeitsgruppe selbst; eingesetzte Mittel sind u.a. Anleitung, wiederholtes Erklären und Üben, Erfolgskontrolle und positive Verstärkung. Wenn Beziehungs- und Autoritätsprobleme ins Spiel kommen, wird in der Regel der zuständige Gruppentherapeut informiert. Regelmäßig stattfindende Fallbesprechungen bieten Gelegenheit zum wechselseitigen Informationsaustausch zwischen Arbeits- und Gruppentherapeut/innen und zur Beratung über das weitere Vorgehen.

Der Unterstützung von Gruppenaktivitäten in der Therapeutischen Gemeinschaft dient auch das *Sport- und Freizeitangebot*. Es reicht vom obligatorischen Frühsport für die neu aufgenommenen Patienten (was bei diesen nicht nur helle Begeisterung auslöst) über das freiwillige „Krafttraining“ im gut ausgestatteten Fitnessraum (für manche eine Gelegenheit, ihre „Männlichkeit“ unter Beweis zu stellen) und Mannschaftssportarten wie Fußball und Volleyball, die unter Leitung der Sporttherapeuten praktiziert werden, bis hin zu von den Patienten selbst arrangierten Tischtennis-, Kicker-, Billard- und Dartturnieren, die an Wochenenden in der Fachklinik stattfinden.

Das Sportangebot bietet zunächst die Möglichkeit, anstelle von passivem Konsum selbst *aktiv zu werden*, dabei den eigenen *Körper* zu spüren – für viele Süchtige ist das Körpergefühl mit zunehmendem Alkohol- und Drogenkonsum weitgehend verloren gegangen –

und etwas für die Gesundheit zu tun. Darüber hinaus kann der Sport Erfolgserlebnisse und ein besseres *Selbstwertgefühl* vermitteln, aber auch *problematische* Verhaltensweisen und Einstellungen – z.B. Egozentrik, geringe Frustrationstoleranz und rasch anspringende Aggressionsbereitschaft – sichtbar werden lassen. Beim Sport auftretendes Fehlverhalten wird von den Mitpatienten und den Sporttherapeuten mit dem Ziel einer Verhaltensänderung angesprochen. Auf der anderen Seite geht es darum, sportliche „Tugenden“, wie z.B. mannschaftsdienliches Spielen, Fairness und Geltenlassen von Schwächeren, zu fördern. Mit diesen beiden Seiten spielt die Sporttherapie im Leben der Therapeutischen Gemeinschaft eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Als ein wichtiger Bereich, in dem die Mitverantwortung der Patienten zum Tragen kommt, müssen noch die sogenannten *Ämter* erwähnt werden. Diese umfassen von einer schon erwähnten Funktionen der Patientenvertretung (hauptsächlich Gruppen- und Haussprecher), zum ändern zahlreiche weitere Aufgaben, die sich aus dem Gemeinschaftsleben ergeben. Die Patienten betreiben z.B. in weitgehend eigener Regie eine *Cafeteria*, für die sie Einkauf und Verkauf selbst erledigen. Überschüsse aus dem Verkauf alkohol- und coffeinfreier Getränke bilden die Haupteinnahmequelle der Patientenkasse, die in regelmäßigen Abständen von zwei *Kassenprüfern* kontrolliert wird und für die der Zweite Haussprecher einen mündlichen Kassenbericht in der Hausversammlung abzuliefern hat. Daneben gibt es z.B. das Amt des „*Bücherei*“- oder des „*Musikzimmer-Verantwortlichen*“, des „*Fußballverantwortlichen*“, der die Trainingsliste führt und Sportmaterial verwaltet, oder des „*Freizeitverantwortlichen*“, der Fahrten ins Kino und zu Pop-Konzerten organisiert. Für jedes von Patienten geführte Amt fungiert ein Mitarbeiter des Teams als Ansprechpartner.

Die Ämter sorgen dafür, dass die in der Gemeinschaft anfallenden Aufgaben auf viele Schultern verteilt werden. Es geht nicht darum, möglichst viel *für* die Patienten zu „machen“, wir muten ihnen vielmehr zu, für das meiste, was in der Fachklinik geschieht, *selbst*



Verantwortung zu übernehmen. Jeder Patient soll nach Möglichkeit im Lauf der Behandlung drei Ämter innehaben und sich in ihnen bewähren. Die „Ämtervergabe“ mittels Kandidatur und Wahl ist ein fester Tagesordnungspunkt in der *Hausversammlung ohne Therapeuten*. Bisher ist es noch immer gelungen, alle Ämter – zumindest alle wichtigen – zu besetzen, auch wenn manche Patienten sich lieber vor einer Kandidatur drücken möchten. Im Übrigen gilt das von der Arbeitstherapie Gesagte auch hier: Wer sich darauf einlässt, ein Amt in der Gemeinschaft zu übernehmen, erhält damit eine hervorragende Gelegenheit, seine sozialen Kompetenzen zu erweitern und sein Selbstbewusstsein zu stärken.

4. Gruppentherapie und -pädagogik: Nachsozialisation und therapeutische Beziehung

In unserer Fachklinik kommt der *Gruppentherapie und -pädagogik* ein hoher Stellenwert zu. Jeder Patient gehört vom Aufnahmetag bis zum Ende der Behandlung einer der vier Wohn- und Therapiegruppen an. Die äußere Gruppenkohäsion ist jeweils durch Zusammenwohnen in benachbarten Zwei-Bett-Zimmern, entsprechende Räumlichkeiten für Gruppentherapie und Freizeit, einen eigenen Gruppen-Namen (z.B. Gruppe „Neuland“) sowie konstante Betreuung durch einen jeweils zugeordneten *Gruppentherapeuten* gewährleistet. Die innere Kohäsion der Gruppe hängt dagegen von der Interaktionsdichte, der Vertrautheit der Patienten untereinander und dem gemeinsamen *Gruppenprozess* ab. Die Belegung der Gruppen wechselt in Folge von Neuaufnahmen und Abgängen nach Ablauf der regulären Behandlungszeit, bei vorzeitiger Entlassung oder nach Abbruch der Therapie.

Die Wohn- und Therapiegruppen in der Fachklinik umfassen, wie bereits erwähnt, durchschnittlich 8-10 Patienten. Nach Alkoholikern und Drogenabhängigen wird bei der Gruppenzusammensetzung nicht differenziert; allerdings sind unterschiedlich lange

Therapiezeiten vorgesehen: bei „reiner“ Alkoholproblematik vier, bei

Drogenabhängigkeit sechs Monate. Vergleichsweise günstige Bedingungen für therapeutisches Arbeiten in der Gruppe sind gegeben, wenn ein konstanter „Kern“ von Patienten über längere Zeit zusammen bleibt, schwieriger ist die Situation dagegen bei unvorhergesehenen Abbrüchen und stärkerer Fluktuation. Ein Wechsel innerhalb der Gemeinschaft von einer Wohn- und Therapiegruppe zur anderen ist zwar grundsätzlich möglich, kommt jedoch nur selten vor. Als günstig hat es sich ferner erwiesen, wenn die Altersspanne nicht zu gering ist, d.h. wenn sich neben den – inzwischen überwiegenderen – jungen auch einige ältere Patienten in der Gruppe befinden.

Der Gruppentherapeut/die Gruppentherapeutin führt mit den Mitgliedern „seiner“ bzw. „ihrer“ Therapiegruppe je nach Indikationsstellung und Bedarf auch therapeutische *Einzelgespräche*. In der Anfangszeit der Therapeutischen Gemeinschaft war es noch möglich, allen Patienten pro Woche ein Einzelgespräch zusätzlich zu den Gruppensitzungen anzubieten. Seitdem dies auf Grund von Personalkürzungen und umfangreicherer Dokumentationspflicht nicht mehr möglich ist, finden Einzelgespräche nach Absprache statt. Die Häufigkeit der Gruppensitzungen mit Therapeuten wurde im Gegenzug von zwei auf drei pro Woche erhöht. Zu den derzeitigen Standards gehören ausführliche Einzelgespräche zu Beginn und kurz vor Beendigung der Therapie, ferner je nach Indikation in Krisensituationen sowie bei besonders heiklen Themen (z.B. sexueller Missbrauch). Patientenwünsche nach einem Einzelgespräch werden berücksichtigt. Im Vordergrund steht jedoch im Allgemeinen die Gruppentherapie.

Individual- und Gruppenprozess sind im konkreten Verlauf miteinander verbunden in der Weise, dass einerseits jeder neu aufgenommene Patient bis zum Abschluss der Behandlung in seiner persönlichen Entwicklung ein Stück „weiterkommen“ sollte – ein Ziel, das man in der Suchtarbeit generell, besonders aber bei den jungen Patienten als „*Nachentwicklung*“ (Bilitza 1993, S. 241) oder „*Nachsozialisation*“ bezeichnen kann. Andererseits durchläuft auch



FROMM-Online

Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.

Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke. Veröffentlichungen – auch von Teilen – bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.

die gesamte Gruppe einen fortwährenden Prozess. Dieser führt idealtypisch vom immer wieder notwendigen Sich-Einstellen auf neue Gruppenmitglieder über wechselseitige Auseinandersetzung zur Herausbildung einer mehr oder minder differenzierten *Gruppenstruktur*, die die Bearbeitung von Problemen ermöglicht, welche sich aus der Persönlichkeit und dem Verhalten der Einzelnen und der Interaktion in der Gruppe ergeben.

Wichtig für den Therapieerfolg ist die *therapeutische Beziehung*, die auf Seiten des Patienten die Bereitschaft, offen und ehrlich zu sein, beim Therapeuten die Bereitschaft, den Patienten anzunehmen und sich in seinen Gefühlsäußerungen ihm gegenüber authentisch zu verhalten, einschließt. Übertragungsanteile, d.h. Vermischung von Vorerfahrungen mit früheren Bezugspersonen, vornehmlich den Eltern, mit der Beziehung zum Therapeuten/ zur Therapeutin sind dabei nicht ausgeschlossen, werden jedoch nicht, wie im psychoanalytischen Verfahren, systematisch herbeigeführt und analysiert. Es geht vielmehr vor allem darum, „korrigierende Erfahrungen“ mit Erwachsenen zu vermitteln, z.B. dass sie einem nicht gleich „über den Mund fahren“, wenn man etwas sagt, und sich für das interessieren, was einen „wirklich beschäftigt“.

Zwischen Patienten und Therapeuten besteht ein *partnerschaftliches* Verhältnis, d.h. es findet keine einseitige „Behandlung“ statt, vielmehr werden die Patienten als *selbst Handelnde* mit ihren je eigenen Bedürfnissen, Gefühlen und Entscheidungen ernst genommen. Äußeres Indiz für den partnerschaftlichen Umgang ist das wechselseitige „Du“, das Nähe im Kontakt erleichtert, jedoch nicht zu kumpelhaftem Sichanbiedern und Respektlosigkeit führen soll. Die notwendige therapeutische Distanz, die Konfrontation ermöglicht, bleibt dabei gewahrt.

Es besteht eine *ganzheitliche* Sicht, d.h. der Patient wird gesehen als psychobiologische Einheit und leiblichsoziales Wesen. Es geht nicht nur um Gedanken (z.B. Wie plane ich meine Zukunft?), sondern genau so gut um Gefühle (Wo steckt meine persönliche Energie?) und um soziale Kontakte (Welchen Einfluss auf mein Handeln haben die anderen? Wo finde ich

Unterstützung?). Erforderlich ist ferner ein *psychosomatisches* Verständnis von Erkrankungen, die im Verlauf der Therapie auftreten, auch z.B. bei Unfällen im Sport und bei Krankmeldungen in der Arbeitstherapie. Für die Gruppentherapeuten folgt daraus die Notwendigkeit intensiven Austauschs mit dem Arzt und den übrigen Mitarbeiter/innen, die den Patienten von einer anderen Seite erleben, und ggf. ein Patientengespräch zu dritt.

Basis für einen positiven therapeutischen Prozess ist die grundsätzliche *Akzeptanz und Wertschätzung der Person*, die der Therapeut/die Therapeutin dem Patienten vermittelt, auch wenn er/sie einzelnes Fehlverhalten kritisiert. Gleichzeitig wird in der Leitung der Gruppe versucht, einen entsprechenden Umgang zwischen den Patienten zu fördern: Man muss den Anderen nicht unbedingt „mögen“, man sollte ihn jedoch in seinem Anderssein akzeptieren. Dies gilt auch bei Auseinandersetzungen und Konflikten. Das Gefühl des Angenommenseins zu spüren, ist besonders für Süchtige wichtig, da sie als Kinder häufig von den Eltern vernachlässigt, abgelehnt oder misshandelt wurden.

Es geht darum, in der Therapie die *Wachstumskräfte* des Einzelnen zu fördern und zugleich das in der Gruppe vorhandene Potenzial zu nutzen und weiterzuentwickeln. Deshalb spielt Ermutigen, Anregungen Geben, eigene Beispiele Nennen oder selbst „Zeigen, wie’s geht“ eine wichtigere Rolle als zu kritisieren, was alles „falsch“ gemacht wurde oder was „nicht in Ordnung“ ist.

Die Grundhaltung, mit der die Therapeuten den Patienten begegnen, ist eine *humanistische*, d.h. sie zielt ab auf die Entfaltung der inneren Wachstumstendenz und die Entwicklung einer „produktiven Orientierung“ (Fromm 1947, S. 74). Für die Patienten ist dies oft eine erstmalige Erfahrung. Für die meisten von ihnen ist es zugleich ein Meilenstein auf dem Weg zu körperlichseelischer Gesundheit und einem gelingenden Leben ohne Selbstzerstörung durch Alkohol und Drogen.

5. Therapeutisches „Programm“ und ungeplante Risiken



Im Lauf der Zeit wurden einige Elemente eines verbindlichen „Programms“ in die Gruppentherapie eingeführt: vor allem der *schriftliche Lebenslauf*, der den Patienten Gelegenheit gibt, über wichtige Stationen ihres Lebens nachzudenken und sich gefühlsmäßig damit auseinander zu setzen, und der nach schriftlicher Vorlage zu erstellende *Therapievertrag*, in dem jeder Patient sich Rechenschaft über seinen Suchtmittelkonsum und suchtauslösende Faktoren sowie über seine persönlichen Therapieziele geben soll. Lebenslauf und Therapievertrag werden in der Gruppe sorgfältig durchgesprochen, ggf. ergänzt. Eine weitere Gelegenheit für tiefergehendes biographisches Arbeiten bietet sodann ein zweitägiges *therapeutisches Intensivseminar*, das mit Patienten aus verschiedenen Wohn- und Therapiegruppen etwa bei „Halbzeit“ ihres Therapieablaufs stattfindet. Lebenslauf, Therapievertrag und die Teilnahme am Intensivseminar sind verpflichtend. Das familientherapeutische *Angehörigen-Seminar*, zu dem mehrere Patienten mit ihren Eltern – darunter in letzter Zeit auch erfreulich viele Väter –, mit Geschwistern oder Partnerinnen an einem Wochenende unter therapeutischer Leitung zusammenkommen, kann dagegen nicht für alle Patienten verpflichtend gemacht werden, da Angehörige oft nicht zur Mitarbeit bereit oder nicht erreichbar sind. Die Klärung, wer am Angehörigen-Seminar teilnimmt, und die Nachbesprechung mit den betreffenden Patienten bilden gleichwohl Fixpunkte in den therapeutisch geleiteten Gruppensitzungen.

Die mit der Gruppentherapie verfolgten Ziele lassen sich unterteilen zum einen in *basale Ziele*, die in der Regel während der vierwöchigen Eingangsphase fokussiert werden (z.B. Integration in die Therapeutische Gemeinschaft, Klärung der Abstinenz- und Therapiemotivation und Weckung der Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit den Problemen, die zur Abhängigkeit geführt haben), zum anderen in weiterführende *persönliche Ziele*, die der Patient in seinem *Therapievertrag* schriftlich fixiert und mit der Therapiegruppe und dem Bezugstherapeuten hinsichtlich ihrer praktischen Umsetzung bespricht (z.B. mehr auf

andere Menschen zuzugehen, größeres Selbstvertrauen zu gewinnen und kritikfähiger zu werden). Bei der Umsetzung wird darauf geachtet, wie der Patient sich in der Arbeitstherapie und beim Sport verhält und ob er sich für die „Ämter“ engagiert. Die Ressourcen des Patienten sollen im Verlauf der Behandlung zum Zuge kommen.

Die Gruppentherapie basiert auf praktizierter *Patientenmitverantwortung*. Die Bereitschaft, sich nicht nur mit eigenen Problemen, sondern auch mit den Problemen anderer auseinander zu setzen, ist eine wichtige Voraussetzung für konstruktive Zusammenarbeit in der Gruppe und für Fortschritte in der Entwicklung des Einzelnen. Gestört und unterbrochen wird dieser Prozess allerdings manchmal durch unzureichende Motivation und mangelnde Mitarbeit einzelner Patienten, durch Misstrauen und fehlende Offenheit gegenüber dem Gruppentherapeuten bzw. der Gruppentherapeutin, durch das Verheimlichen grober Hausordnungsverstöße und durch rückfälliges Verhalten. Verdeckte Rückfälle mit Alkohol oder Drogen werden häufig an einer schleichenden Verschlechterung des therapeutischen Klimas in den Gruppen erkennbar. Dies rechtzeitig zu diagnostizieren und einer negativen Entwicklung gegenzusteuern, ist Aufgabe der Gruppentherapeuten.

Die Verantwortung dafür, dass der Gruppenprozess *konstruktiv*, d.h. förderlich für das Erreichen der Therapieziele verläuft, liegt einerseits bei den Patienten und den von ihnen gewählten Gruppensprechern, andererseits beim zuständigen Gruppentherapeuten (bzw. der Gruppentherapeutin). Er/sie begleitet und steuert den Gruppenprozess und greift durch entsprechende Interventionen direkt in ihn ein. Eine grundlegende Aufgabe des Therapeuten/der Therapeutin besteht darin, in der Gruppe ein *Klima der Offenheit und des gegenseitigen Vertrauens* zu schaffen, in dem Probleme, die der einzelne Patient aus seiner Biographie mitbringt bzw. die sich im Klinikalltag zeigen, mit Erfolg bearbeitet werden können. Eine Voraussetzung für Offenheit und gegenseitiges Vertrauen in den therapeutisch geleiteten Gruppensitzungen ist guter Kontakt in den



Wohngruppen und im Freizeitbereich. Für die Entwicklung des Wir-Gefühls in der Gruppe ist entscheidend, dass die Patienten in vielfältiger Weise miteinander kommunizieren und im Alltag der Wohngruppe Stärken und Schwächen bei sich selbst und bei anderen kennen lernen und thematisieren. Dabei auftretende Spannungen und Konflikte werden in die Gruppensitzungen eingebracht und unter therapeutischer Leitung bearbeitet. Eine grundlegende Regel der Therapeutischen Gemeinschaft besagt, dass Konflikte *gewaltfrei* geregelt werden sollen (vgl. Johach 2005, S. 158).

Enge Absprachen und verlässliche Kooperation zwischen den Mitarbeiter/innen sind besonders wichtig bei Patienten, die auf Grund ihres Krankheitsbildes (z.B. *Borderline-Störung*) dazu neigen, einzelne Mitarbeiter auf ihre Seite zu ziehen, das Team zu spalten oder ganze Abteilungen gegeneinander auszuspielen. Über das Normalmaß hinausgehende Auseinandersetzungen im Team um die „richtige“ Intervention sind häufig ein Indiz für eine Persönlichkeitsstörung auf Seiten des Patienten, durch die auch die Mitarbeiter/innen an ihre Grenzen gebracht werden können (vgl. Stauss 1994, S. 96ff.). Seit dies erkannt wurde und auch in schwierigen „Fällen“ ein Erfolg erzielt werden konnte, haben sich patienteninduzierte Teamkonflikte in unserer Fachklinik wesentlich entschärft.

Eine mögliche Gefahr kann darin liegen, dass sich der Aufmerksamkeits-Fokus der Mitarbeiter/innen überwiegend auf Patienten richtet, die auf Grund ihrer Persönlichkeitsstruktur oder ihres Verhaltens besonders „auffällig“ sind, während die übrigen Patienten leicht „durchs Gitter fallen“. Auf Grund der überschaubaren Größe der Fachklinik (40 Therapieplätze) ist es jedoch möglich, *alle* Patienten im Blick zu behalten und jedem Einzelnen das ihm gebührende Maß an Aufmerksamkeit und Interesse zukommen zu lassen. Eine Möglichkeit, auffällige – oder auch besonders unauffällige – Patienten für eine Weile in den Mittelpunkt zu rücken, bietet der sogenannte „Stuhl“ (aus der Gruppendynamik besser bekannt als „heißer Stuhl“), auf den einmal im Monat jeweils vier Patienten in der

Hausversammlung „gesetzt“ werden, um Rückmeldungen zu erhalten. Die Auswahl der Patienten erfolgt paritätisch – jeweils zwei – durch die Patienten und das Team. Im Anschluss an die Feedback-Runde in der „Großen Gruppe“ erarbeiten die Wohn- und Therapiegruppen Vorschläge für eine *therapeutische Aufgabe*, die dem betreffenden Patienten in seiner Entwicklung weiterhelfen soll (z.B. eine Collage über den Suchtverlauf und das „Leben nach der Therapie“ zu erstellen und in der Hausversammlung zu erläutern). In der Regel gelingt es in Absprache zwischen Gruppensprechern und Therapeuten, kreative Aufgaben zu finden, die die ihnen zugedachte Funktion wirklich erfüllen.

Die *Hausversammlung* bzw. „Grosse Gruppe“ ist in besonderer Weise geeignet, als Indikator für die „Stimmung im Haus“ zu dienen, da in ihr die Gruppendynamik innerhalb der Therapeutischen Gemeinschaft auch mit ihren wenig förderlichen Seiten, wie z.B. Konkurrenz- und Machtspielen, aggressiven Auseinandersetzungen zwischen einzelnen Patienten oder Cliquen sowie manchmal auch „Dichthalten“ und Verheimlichen von Rückfällen, noch am ehesten erkennbar wird. Entscheidend für das Klima in der Gemeinschaft kann es z.B. sein, welche Patienten tonangebend sind und an wem sich die jüngeren Patienten orientieren; ferner, ob sich die informell führenden Patienten im Sinne der Patientenmitverantwortung für das therapeutische Konzept und die Einhaltung der Hausordnung engagieren, oder ob sie ihre Position und evtl. auch ihre „Ämter“ ausnützen, um Macht über die Mitpatienten auszuüben und das therapeutische System auszuhebeln. Von Zeit zu Zeit kommt es, ausgelöst von solchen Patienten, zur Cliquenbildung mit entsprechenden Ritualen bis hin zu heimlichen Übertretungen der Hausordnung und Rückfällen, die von eingeschüchternen Mitpatienten gedeckt werden. Es ist Aufgabe des Teams, in solchen Situationen gegenzusteuern, d.h. dafür zu sorgen, dass die Dinge offen werden und – ggf. nach disziplinarischen Entlassungen – wieder ein günstiges therapeutisches Klima entsteht, in dem die zur Therapie motivierten Patienten in ihrer



Entwicklung einen Schritt weiterkommen können. Das „Therapeutische“ an der Therapeutischen Gemeinschaft versteht sich m.a.W. nicht von selbst, sondern muss immer wieder erarbeitet werden.

6. Gesellschaftsbezug in der Suchttherapie – abschließende Bemerkungen

Nachdem Struktur und Funktionsweise der Therapeutischen Gemeinschaft erläutert worden sind, möchte ich nochmals auf einige aktuelle Probleme in der Suchttherapie zurückkommen und zugleich eine Brücke zu Erich Fromms Auffassungen schlagen.

Ich habe eingangs geäußert, dass Alkoholismus und Drogenabhängigkeit als *psychosoziale Erkrankungen* anzusehen sind und deshalb einer psychosozialen Behandlung bedürfen. Der erste Teil dieses Satzes wird auch von Erich Fromm bestätigt; zum zweiten Teil, in dem es um die Praxis der Suchtbehandlung geht, gibt es allerdings kaum direkte Äußerungen von ihm. Man kann jedoch aus dem, was er über die Entstehungsbedingungen von Suchtverhalten sagt, entsprechende Folgerungen ziehen. In *Wege aus einer kranken Gesellschaft* (1955) belegt er z.B. mit Statistiken, dass die Alkoholismus-Rate nach dem Zweiten Weltkrieg gerade in den wohlhabendsten Ländern Amerikas und Europas den stärksten Anstieg zu verzeichnen hatte – ein Trend, der sich seither deutlich fortsetzt. Fromm folgert, dass es sich hier um die Existenz eines „gesellschaftlich ausgeprägten Defektes“ (Fromm 1955, S. 15) handeln müsse. Die „Pathologie der Normalität“ (a.a.O., S. 13) beruht nach ihm hauptsächlich darauf, dass materieller Wohlstand und passiver Konsum noch kein „Wohl-Sein“ im Sinne psychischer Gesundheit begründen. Dazu gehört wesentlich mehr – oder eigentlich etwas anderes: nämlich dass die Menschen imstande sind, ihre eigenen „Kräfte zu gebrauchen“ und die in ihnen liegenden „Möglichkeiten zu verwirklichen“ (Fromm 1947, S. 57), d.h. in Fromms Worten: eine „*produktive Orientierung*“ (ebd.) zu entwickeln. In einer Gesellschaft, die auf Wohlstand und Konsum um

den Preis wachsender Entfremdung fixiert ist, wird inneres Produktivsein immer mehr erschwert. Wo es jedoch gelingt, den „Gebrauch der eigenen Kräfte“ (a.a.O., S. 59) ins Spiel zu bringen, ist die Entstehung süchtiger Strukturen weniger wahrscheinlich. Für die Suchtbehandlung kann man folgern, dass es darauf ankommt, die *Eigentätigkeit* und das *Produktivsein* der Klienten bzw. Patienten zu fördern. Wir versuchen im Rahmen der durch die Klinikstruktur vorgegebenen Möglichkeiten, dieser Zielsetzung einigermaßen gerecht zu werden, wenn wir die Patienten als aktiv Handelnde ansprechen, die in ihrem Leben *eigene Entscheidungen* zu treffen haben, wenn wir ihnen *Verantwortung für die Gemeinschaft* übertragen und sie nach dem Prinzip der „Wachstums-“ statt einer „Defizit“-Orientierung (vgl. Maslow 1985, S. 37ff.) in der Entwicklung ihrer jeweiligen Fähigkeiten unterstützen.

Im Vergleich zur unmittelbaren Nachkriegszeit haben sich die von der Gesellschaft bereit gestellten Möglichkeiten, sich abzulenken und der aus mangelnder innerer Produktivität resultierenden *Langeweile* zu entziehen, heutzutage vervielfacht. Dazu zählt nur das öffentlich-rechtliche und private *Fernsehen* mit diversen Programmen rund um die Uhr – wenn ich mich recht entsinne, begann diese Art medialer Rundum-Versorgung erst Anfang der 90er Jahre mit der morgendlichen Berichterstattung beim damaligen Golfkrieg. Dazu gehören ebenso die zahllosen, auf *action* und Gewalt bauenden *Computerspiele* – das wäre ein eigenes Kapitel wert. Dazu gehört ferner das *Handy*, mit dem man jederzeit langweilige Situationen überbrücken kann, und dazu gehört nicht zuletzt der *MP3-Player*, mit dem man beim Gang durch die Stadt immer die passende Beschallung im Ohr hat. Es handelt sich in allen diesen Fällen um „einfache“, nicht „aktivierende“ Stimuli im Sinne Fromms (vgl. Fromm 1973, S. 216f.), denen zudem eine Tendenz zur Vereinzelung und Abschottung nach außen innewohnt. Ein nicht unwichtiges Detail unserer Hausordnung besagt, dass die Benutzung von Handies auf dem Klinikgelände untersagt, die von MP3-Playern nur abends beim Zubettgehen gestattet ist. Fernsehen gibt es ebenfalls nur abends im Gemeinschaftsraum und



Computerspiele sind grundsätzlich verboten. Die Patienten sollen *miteinander reden* und gemeinsam etwas tun – wobei das gemeinsame Rauchen im „Raucherpavillon“ außerhalb des Hauses zwar nicht das Optimum an suchttherapeutisch wünschenswerter Aktivität darstellt, aber immerhin einen Anlass bietet, miteinander ins Gespräch zu kommen.

Der zunehmende Drogenkonsum, den Fromm in der *Anatomie der menschlichen Destruktivität* (1973) neben „Trinken, Fernsehen, Autofahren, Parties besuchen“ und „sexueller Betätigung“ zu den wichtigsten Helfern bei der Flucht aus drohender chronischer Langeweile zählt (vgl. Fromm 1973, S. 220), geht nicht nur auf die trotz Illegalität und Strafverfolgung erweiterten Zugangsmöglichkeiten zurück. Dem jugendlichen Drogenkonsum mit seiner hedonistischen Orientierung an „Spaß“ und „Kick“ entspricht vielmehr eine veränderte psychische Bedürfnisstruktur, oder grundsätzlicher: eine *Transformation des Sozialcharakters*. Wir müssen davon ausgehen, dass die Suchtstruktur bei unseren Klienten einerseits durch die jeweils persönliche Konstellation in der eigenen Lebensgeschichte, d.h. vor allem durch den in der Herkunftsfamilie geprägten „Individual-Charakter“, andererseits durch den vorherrschenden und sich verändernden „Gesellschafts-Charakter“ (vgl. Fromm 1941, S. 379ff.) ihre spezifische Ausprägung erhält. Zwar halte ich das Schlagwort von der „Erlebnisgesellschaft“ (Schultze 1993) als soziologische Gesamtcharakteristik für irreführend, weil es zu sehr an der Oberfläche haften bleibt und sozio-ökonomisch grundlegende Faktoren, wie die Klassen- und Schichtzugehörigkeit, vernachlässigt. Zutreffend ist jedoch, dass sich der „Erlebnismarkt“ in den letzten Jahrzehnten für Jugendliche auch aus unteren sozialen Schichten zu einem „beherrschenden Bereich des täglichen Lebens entwickelt“ (a.a.O., S. 542) hat. Um etwas zu erleben, muss man nicht nur bestimmte Orte und Gelegenheiten aufsuchen, sondern sich auch in die dazu passende Stimmung versetzen, und das heißt: „gut drauf“ sein, Trübsal, Langeweile und Depressivität, zu denen vielleicht die reale Lebenssituation Anlass gibt, unter allen Umständen vermeiden oder

überspielen. Die illegalen Drogen erweitern das Wirkungsspektrum der legalen Drogen und eröffnen die Möglichkeit ständiger *Selbstmanipulation des Innenlebens*. Dies führt dazu, dass sich das Interesse immer mehr von der realen Welt abkehrt und auf Mit-Konsumenten und Drogenbeschaffung verengt. Auch die Gesundheits- und Lebensrisiken sind beträchtlich. Todesfälle bei unseren jungen polytoxikomanen Patienten resultieren allerdings nicht so sehr aus chronischer Organschädigung – obwohl es die auch gibt –, sondern aus falsch kalkulierter Dosierung.

Sucht, wie wir sie bei unseren jungen Patienten erleben, ist trotz aller Vereinzelung und Individualisierung in der Gesellschaft ein *soziales Phänomen*. Das ist ein häufig übersehenes, infolge der Verengung auf eine individuellmedizinische Sichtweise systematisch vernachlässigtes Faktum. Dass Sucht ein soziales Phänomen ist, gilt nicht nur in dem Sinne, dass sie – wie immer geartete – soziale Ursprünge und „Ursachen“ hat. Es gilt vor allem hinsichtlich der Art, wie die Sucht „gelebt“ wird. Wenn ältere Alkoholiker sich ihren Alkoholvorrat im Getränkemarkt oder beim Discounter besorgen und vielleicht allein zu Hause trinken, so gilt dies für die Drogenabhängigen auf keinen Fall – sie sind auf ein geheimgehaltenes soziales Netz angewiesen, in dem sie ihre Drogen beziehen und meist auch konsumieren. Für die unter dem Schlagwort „Komasaufen“ bekannt gewordenen Alkoholexzesse bei 13- bis 15jährigen gilt genauso: Sucht unter Jugendlichen ist ein *Gruppenphänomen*. Dazu gehört, dass Jüngere sich an Älteren orientieren, dass man darin konkurriert, wer am meisten „verträgt“ und wer die „größte Klappe“ hat, dass man es vielleicht auch „anderen zeigen“ will, indem man sie anpöbelt oder zusammenschlägt.

Wie die Jugendforschung seit langem weiß, gehören „peer-groups“ und *Cliquen* zu den identitätsstiftenden sozialen Beziehungen im Jugendalter. Sie konkurrieren mit familiären Beziehungen zu Eltern und Geschwistern, unterlaufen als informelle Bezugsgruppen das System der Schulklassen und dominieren als strukturierende Größen im Freizeitbereich. Was liegt näher, als diese Erkenntnisse auch in der Suchttherapie zu nutzen? Hier geht es allerdings



darum, individuelle Therapie und Gruppenpädagogik zu verschmelzen, das Leitbild „cleane Identität“ unter den Patienten zu etablieren und die positiven Effekte der Gruppendynamik zu nutzen. Wichtigste Voraussetzungen dafür sind a) ein gewisses Maß an *Krankheitseinsicht*, d.h. konkret: an innerer Überzeugung, dass es mit Gesundheitsschädigung, Beschaffungskriminalität, drohendem Knast etc. „so nicht weitergehen kann“; b) ein *Vertrauensverhältnis* zwischen GruppentherapeutInnen und anderen MitarbeiterInnen der Fachklinik auf der einen, den Patienten auf der anderen Seite sowie auch unter den Patienten, zumindest was die jeweiligen Wohn- und Therapiegruppen betrifft; schließlich c) ein Überwiegen der an *konstruktiven Lösungen* interessierten Kräfte in den Wohn- und Arbeitsgruppen und in der ganzen Therapeutischen Gemeinschaft. Aus der Schilderung der Dynamik innerhalb des Ganzen geht hervor, dass diese Voraussetzungen nicht einfach gegeben sind, sondern immer wieder gegen Widerstände, „altes“ Suchtverhalten und akute Rückfalltendenzen erarbeitet und behauptet werden müssen.

Schon seit längerem, in letzter Zeit jedoch verstärkt, müssen wir uns fragen, was die Therapie in der Therapeutischen Gemeinschaft den jungen Alkohol- und Drogenabhängigen letztlich „bringt“. Die Therapeutische Gemeinschaft dauert für sie ja nicht zeitlich unbegrenzt. Der einzelne Patient kehrt danach wieder in eine Umgebung zurück, die sich in seiner Abwesenheit in der Regel nicht verändert hat, d.h. seine früheren „Kumpels“ trinken und kiffen weiter, Arbeit gibt es für ihn ohnehin kaum und von der Familie – sofern überhaupt noch engere Bindungen vorhanden sind – erhält er auch nicht immer die nötige Unterstützung. Manche nutzen die Chance, mit Hilfe einer *Therapeutischen Wohngemeinschaft* bzw. Adaptionseinrichtung in einer anderen Stadt neu Fuß zu fassen, wenn die Rückkehr an den früheren Wohnort – bei Drogenabhängigen vor allem die Nähe zur bisherigen „Szene“ – als zu problematisch erscheint. Allein die Frage: *Was kommt danach?* stellt sich nach einigen Monaten erneut. Die Übergangseinrichtungen verfügen in

der Regel über geschultes Personal und können bei der Arbeits- und Wohnungssuche behilflich sein, Wunder können sie jedoch auch nicht vollbringen. Manch einer hat, wenn er den Aufenthalt in der Nachsorge-WG regulär abgeschlossen hat, immer noch keine Arbeit gefunden.

In der Tat müssen wir konstatieren, dass die *soziale und berufliche Integration* bei den jungen Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen *immer schwieriger* wird. Nur ganz selten kommen zu uns noch Patienten, die vor der Therapie in einem festen Arbeitsverhältnis standen, in das sie hinterher zurückkehren können. Auch wir Therapeuten müssen von früheren Vorstellungen Abschied nehmen – konnten wir früher z.B. guten Gewissens noch die Empfehlung geben, wegen der Unterbezahlung möglichst keinen Job bei einer Leihfirma anzunehmen (vgl. Johach 1991, S. 49), so müssen wir heute froh sein, wenn unsere Klienten überhaupt einen solchen Job finden. Auch die Arroganz der Ämter, die seit der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe („Hartz IV“) alles tun, um die berechtigten Ansprüche von Langzeitarbeitslosen niederzuhalten, trägt dazu bei, die soziale Integration unserer Klientel zu erschweren. Wie soll man z.B. einem jungen Drogenabhängigen, der seinen Eigenbedarf an Drogen bisher durch Dealen finanziert hat und von dem dabei erzielten „Überschuss“ noch ganz gut leben konnte, klarmachen, dass er künftig seinen Lebensunterhalt auf legale Weise verdienen soll, wenn das derart schwierig, ja fast unmöglich ist? Die Verlockung des auf schnelle, wenn auch riskante Weise „verdienten“ Geldes ist einfach sehr groß. Wir machen jedenfalls die Erfahrung, dass Patienten, die nicht nur als Kleindealer, sondern in größerem Umfang ins Geschäft mit den Drogen „eingestiegen“ sind, sehr schwer davon loskommen, selbst wenn ihnen bei Fortsetzung des illegalen Handels mehrjährige Haftstrafen drohen.

Die Frage, was eine Therapie, die sich an humanistischen Werten orientiert, den Patienten letztlich „nützt“, stellt sich mit ganzer Schärfe, wenn die Diskrepanz zwischen dem, was im Binnensystem der Therapeutischen Gemeinschaft an Normen und Werten vermittelt wird, und



dem, was das „Leben draußen“ oder „danach“ für sie bereit hält, anscheinend immer größer wird. Man könnte auf Grund dieser Diskrepanz den „Humanismus“ der Therapeutischen Gemeinschaft in Frage stellen oder schlicht für veraltet erklären. Wir erleben seit geraumer Zeit, dass die Therapeutische Gemeinschaft, obwohl immer noch für die stationäre Drogenarbeit als das „bestmögliche Behandlungskonzept“ (Bläsner 1997, S.109) empfohlen, bei den Kostenträgern nicht hoch in Kurs steht und dass man von Humanistischer Psychologie kaum mehr etwas wissen will. Statt dessen wird mehr auf verhaltenstherapeutische *Lernprogramme* gesetzt, die sich auf den Einzelnen richten, ihm „störendes“ Verhalten abgewöhnen und ihn für spezielle Tätigkeiten „fit“ machen sollen. Nicht zuletzt bringen es die im sozialen Bereich zunehmend geforderten Maßnahmen zur *Qualitätssicherung* mit sich, dass alles, was sich nicht „machen“, objektivieren und dokumentieren lässt – wie das hochwirksame, aber wenig greifbare „Klima“ in einer Therapeutischen Gemeinschaft – leicht unter den Tisch fällt.

Trotz der Schwierigkeiten, die sich extern bei der Integration unserer jungen Klientel in den Arbeitsmarkt und intern in Form von weitergegebenem Kostendruck und Konkurrenz durch „neue“ Trends in der Therapie zeigen, wäre es grundfalsch, die Therapeutische Gemeinschaft durch angebliche „effizientere“ Methoden ersetzen zu wollen. Nicht nur die partnerschaftliche Art des Umgangs zwischen Patienten und Mitarbeiter/innen in der Fachklinik, sondern vor allem das intensive *Auf-Tuchfühlung-Miteinander-Leben der Patienten*, in das die Therapeuten steuernd und lenkend, Anregungen gebend und korrigierend eingreifen, das sie über weite Strecken aber auch einfach nur begleiten, wirkt therapeutisch, indem es den Suchtprozess stoppt, psychische Stabilisierung und Weiterentwicklung ermöglicht und „cleane“ Identität vermittelt. Den selbstdestruktiven Folgen des Alkohol- und Drogenkonsums wird damit ein Ende gesetzt; die Aussicht, unter Umständen für Jahre hinter Gittern zu verschwinden, wird durch eine positivere Zukunftsperspektive abgelöst. Der längerfristige Gewinn an Lebensqualität wiegt den Verlust,

den der Verzicht auf das Suchtmittel kurzfristig mit sich bringt, mehrfach auf. Dieser positive Effekt bleibt bestehen, auch wenn die Rückfallgefahr nach der Therapie nicht gebannt ist und die soziale Integration schwierig bleibt. Von der „heilenden“ Wirkung der Therapeutischen Gemeinschaft zeugen nicht zuletzt viele Berichte ehemaliger Patienten, die sich oft noch nach Jahren an die Zeit in der Fachklinik dankbar zurückerinnern. Dieses bewährte therapeutische Instrument sollte deshalb nicht leichtfertig aufgegeben werden.

Literatur

- Basaglia, F. (Hrsg.), 1971: *Die negierte Institution oder Die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen*. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bauer, E., 1980: „Selbstverständnis und Praxis der Drogentherapie bei DAY-TOP“. In: Petzold, H.; Vormann, G. (Hrsg.), S. 318-344.
- Bilitza, K.W. (Hrsg.), 1993: *Suchttherapie und Sozialtherapie*. Psychoanalytisches Grundwissen für die Praxis. Göttingen u. Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bläsner, H., 1997: „Die Therapeutische Gemeinschaft als Prinzip der stationären Behandlung“. In: van Treeck, B., S. 109-115.
- Bopp, J., 1980: *Antipsychiatrie*. Theorie, Therapien, Politik. Frankfurt/M: Syndikat.
- Cooper, D., 1971: *Psychiatrie und Anti-Psychiatrie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Feuerlein, W., 1979: *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit*. Eine Einführung für Ärzte, Psychologen und Sozialpädagogen. 2. Aufl., Stuttgart: Thieme.
- Fromm, E., 1941: *Die Furcht vor der Freiheit*. In: Erich-Fromm-Gesamtausgabe (GA), hrsg. v. R. Funk. München: Deutscher Taschenbuch Verlag 1989, Bd. I, S. 215-392.
- Fromm, E., 1947: *Psychoanalyse und Ethik*. Bausteine zu einer humanistischen Charakterologie. In: GA II, S. 1-157.
- Fromm, E. 1955: *Wege aus einer kranken Gesellschaft*. In: GA IV, S. 1-254.
- Fromm, E., 1973: *Anatomie der menschlichen Destruktivität*. In: GA VII, S. 1-398.
- Johach, H., 1985: „Gruppenarbeit und Patientenmitverantwortung. Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft in einer Fachklinik für junge Suchtkranke“. In: *Gruppendynamik*. Zeitschrift für angewandte Sozialpsychologie. 16, S. 273-293.



- Johach, H., 1991: „Anpassung oder Verweigerung? Zum kritischen Umgang mit Normen in der Sozialpädagogik“. In: Claßen, J. (Hrsg.): *Erich Fromm und die Kritische Pädagogik*. Weinheim-Basel: Beltz, S. 32-55.
- Johach, H., 2005: „Alkoholismus, Drogen und Gewalt – Gewaltprävention in der Suchttherapie“. In: Wehr, H.; v.Carlsburg, G.B. (Hrsg.): *Gewalt beginnt im Kopf*. Donauwörth: Auer, S. 140-165.
- Kayser, H. u.a., 1980: *Gruppenarbeit in der Psychiatrie*. Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft. 2. Aufl. Stuttgart – New York.
- Krüger, H., 1979: „Die Therapeutische Gemeinschaft im psychiatrischen Krankenhaus“. In: Heigl-Evers, A. (Hrsg.): *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Bd. VIII: Lewin und die Folgen. Zürich: Kindler, S. 966-983.
- Maslow, A.H., 1985: *Psychologie des Seins*. Ein Entwurf. Frankfurt/M.: Fischer.
- Petzold, H.; Vormann, G. (Hrsg.), 1980: *Therapeutische Wohngemeinschaften*. Erfahrungen – Modelle – Supervision. München: Pfeiffer.
- Ploeger, A., 1972: *Die Therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Rost, W.-D., 1994: *Psychoanalyse des Alkoholismus*. Theorie, Diagnostik, Behandlung. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmidbauer, W.; vom Scheidt, J., 1999: *Handbuch der Rauschdrogen*. 4. Aufl. Frankfurt/M.: Fischer.
- Schulze, G., 1993: *Die Erlebnisgesellschaft*. Kultursoziologie der Gegenwart. Frankfurt/New York: Campus.
- Stauss, K., 1994: *Neue Konzepte zum Borderline-Syndrom*. Stationäre Behandlung nach den Methoden der Transaktionsanalyse – das Grönenbacher Modell. Paderborn: Junfermann.
- van Treeck, B. (Hrsg.), 1997: *Partydrogen*. Alles Wissenswerte zu Ecstasy, Speed, LSD, Cannabis, Kokain, Pilzen und Lachgas. Berlin: Schwarzkopf & Schwarzkopf.
- Yablonski, L., 1990: *Therapeutische Gemeinschaft*. Ein erfolgreicher Weg aus der Drogenabhängigkeit. Weinheim-Basel: Beltz.
- Yalom, I.D., 1974: *Gruppenpsychotherapie – Grundlagen und Methoden*. Ein Handbuch. München: Kindler.