

# Dynamische Psychiatrie

Begründet von  
*founded by*  
Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie  
*International Journal for Psychotherapy, Psychoanalysis, and Psychiatry*

Vol. 39. Jahrgang

2006 • 2

Nr. • no. 217

## *Dynamic Psychiatry*

### Therapeutical Communities

*Gertraud Reitz, Thomas Hessel*

Erfahrungen und Ergebnisse aus der Arbeit in den Wohngemeinschaften  
der Dynamischen Psychiatrie

*Saskia Heyden, Heidi Roschat*

Personality Supporting Processes by Milieu-Therapeutic Project Work in  
a Therapeutic Living Community of Dynamic Psychiatry. A Single Case  
Study.

*Aldo Lombardo*

Group Dynamics in the Life of a Therapeutic Community

*Renate Splete*

Zur Gruppendynamik der Aufbauphase therapeutischer Wohngemein-  
schaften (TWGs)

*Rex Haigh*

The Ghost in the Machine: The Matrix in the Milieu.

*Bernard Stritih*

Psychiatrie-Patienten brauchen mehr als die Regelung ihrer sozialen  
Verhältnisse

Zur Ansicht  
20,- €

ISSN 0012-740 X

'Pinel' Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH • Berlin

# Dynamische Psychiatrie • *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie  
*International Journal for Psychotherapy, Psychoanalysis, and Psychiatry*  
Vol. 39. Jahrgang, 2006, Nr. 217, pp. • S. 121-246.

Gastherausgeberin dieses Heftes • Guest editor of the present issue: Gertraud Reitz

## *Inhalt • Contents*

Editorial .....	121
– Editorial .....	123
<i>Gertraud Reitz, Thomas Hessel (München)</i>	
Erfahrungen und Ergebnisse aus der Arbeit in den Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie .....	126
– Experiences and New Results from the Work with Living Communities of Dynamic Psychiatry (Summary) .....	136
<i>Saskia Heyden, Heidi Roschat (München)</i>	
Personality Supporting Processes by Milieu-Therapeutic Project Work in a Therapeutic Living Community of Dynamic Psychiatry. A Single Case Study. ....	142
– Persönlichkeitsfördernde Prozesse der milieutherapeutischen Projektarbeit in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft der Dynamischen Psychiatrie. Eine Einzelfallstudie. ....	149
<i>Aldo Lombardo (Rome, Italy)</i>	
Group Dynamics in the Life of a Therapeutic Community .....	157
– Gruppendynamik in Institutionen .....	165
<i>Renate Splete (Augsburg, Germany)</i>	
Zur Gruppendynamik der Aufbauphase therapeutischer Wohngemeinschaften (TWGs) .....	175
– Group Dynamics of Therapeutic Communities in an Initial Stage .....	185
<i>Rex Haigh (Mortimer, UK)</i>	
The Ghost in the Machine: The Matrix in the Milieu. ....	191
– Der Geist in der Maschine .....	214
<i>Bernard Stritih (Ljubljana, Slovenia)</i>	
Psychiatrie-Patienten brauchen mehr als die Regelung ihrer sozialen Verhältnisse .....	222
Buchbesprechung: The Large Group Re-Visited: The Herd, Primal Horde, Crowds and Masses. Edited by Stanley Schneider and Haim Weinberg. (Hellmuth Cox) .....	239
Nachrichten	
15. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry WADP – St. Petersburg, 2007 .....	245

## Editorial

Zu allen Zeiten menschlichen Zusammenlebens gab es Umbruchsituationen, die von Reformen gesellschaftlicher und politischer Art begleitet waren und sich auf die verschiedenen Formen des Zusammenlebens auswirkten. Antrieb aller solcher Gruppen und historischer Kommunen war häufig ein religiös motiviertes und / oder politisch wirtschaftlich begründetes Menschenbild.

In solchen Zeiten des Umbruchs entstehen Randgruppen, die nicht mehr in das gesellschaftliche Gefüge passen und integriert werden müssen. In diesen Kontext gehört auch die Studentenbewegung der sechziger Jahre, deren Kreativität vielfältige heute noch wirksame, meist bereits unbewusst gewordene Anregungen hinterließ, sowohl im Bereich der Familienpolitik, der Pädagogik, der Kinderbetreuung als auch naheliegenderweise der Behandlung psychisch Kranker. So hat auch die Enquete zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland Reformen angestrebt, die den gegebenen Umständen und Bedürfnissen der Bevölkerung zu entsprechen trachteten. Ein zentrales Moment in der gesamten Diskussion in der Enquete war nicht nur die Sozialpsychiatrie, sondern auch das in seinen Ursprüngen im deutschsprachigen Raum entstandene, in den USA und Großbritannien weiterentwickelte Gruppenkonzept, das mit seinem Interesse an der Gruppe als natürlichem menschlichen Entwicklungsraum sich kritisch mit der Familie als Sozialisationsinstanz zu beschäftigen begann.

Therapeutische Gemeinschaften und vergleichbare Einrichtungen entstanden. Wohngemeinschaften stellen eine Lebensform dar, die aufgrund ihres Gruppencharakters Vereinsamung und Vereinzelung, die durch die Auflösung der traditionellen Familienstruktur entstanden, entgegenzuwirken in der Lage ist.

Dieser Gedanke wird genutzt, um Gemeinschaften zu bilden, die strukturiert und angeleitet mit Hilfe eines qualifizierten Teams ein Milieu schaffen, in dem die Mitglieder bzw. Bewohner eine Nachentwicklung erfahren können, eine Entwicklung, der sie häufig in ihrer meist defizitär verlaufenen eigenen Lebensgeschichte nicht teilhaftig werden konnten.

In Zeiten der Kostenbegrenzung im Gesundheitswesen werden auch die stationären Aufenthalte psychisch Kranker zeitlich begrenzt. Gefordert sind daher Modelle, die eine Auffangstation in der Gesellschaft bieten. Immer wichtiger wird daher – auch im Sinne einer Behandlungskette – die Nachsorge. Es bieten sich neben ambulanter Therapie, Tages- und Nachtkliniken und Tagesstätten insbesondere Wohngemeinschaften an, deren therapeutischer Nutzen

nach dem Zweiten Weltkrieg immer mehr erkannt wurde.

Aus einer ganzen Bandbreite von therapeutischen Gemeinschaften und Wohngemeinschaften haben wir jeweils einen Beitrag aus Großbritannien, Italien und Slovenien ausgewählt und berichten in drei Beiträgen über unsere therapeutischen Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie. Dabei ist aus unserer Sicht hervorzuheben, dass die unterschiedlichsten Institutionen ein gemeinsames Nenner haben: Das Menschenbild eines aufgeklärten, sich für bestimmenden, in eigener Verantwortung Beziehung stiftenden Individuum oder psychologisch benannt, der Mensch als Gruppenwesen in eigener Identität.

Gertraud REITZ und Thomas HESSEL stellen die 25-jährige Arbeit der Wohngemeinschaften als Teil des Behandlungsspektrums der Dynamischen Psychiatrie vor. Theoretische Basis für das Leben in den Wohngemeinschaften ist das Gruppen- und Identitätskonzept von Günter AMMON. Referiert werden Erfahrungen und Ergebnisse und daraus resultierende konzeptionelle Veränderungen seit dem Bestehen der Wohngemeinschaften. Beschrieben wird die Zusammensetzung der Wohngruppen, die Arbeitsweise und die Bedeutung des Team. Begleitende wissenschaftliche Untersuchungen belegen Erfolge und weisen den Weg zu Neuerungen.

Saskia HEYDEN und Heidi ROSCHAT beschreiben am Beispiel einer psychisch reagierenden Patientin die Bedeutung der milieutherapeutischen Projektarbeit und deren Relevanz für persönlichkeitsfördernde Prozesse der Bewältigung. Vorgestellt wird anhand eines Projektes die milieutherapeutische Arbeitsweise, die Aufgaben des Teams und die Veränderung in der Persönlichkeitsstruktur dieser Patientin.

Aldo LOMBARDO berichtet über die Einrichtung einer jetzt 15 Jahre bestehenden therapeutischen Wohngemeinschaft in Rom nach den Prinzipien der von Maxwell JONES in Großbritannien begründeten therapeutischen Gemeinschaften. Neben den Aufnahmekriterien und Strukturen der WG-Arbeit legt er den Schwerpunkt auf die Zusammensetzung des Teams als einer Gruppe. Hervorgehoben wird die Rolle des Leiters und dessen Arbeit mit Widerspiegelungs-, Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen. Er betont die Wichtigkeit der Supervision und die Kenntnis von gruppodynamischen Prozessen.

Renate SPLETE beschreibt am Beispiel einer Trennung aus einer Stamm-WG und der Neugründung einer vergrößerten WG die besonderen Erfordernisse bei der Arbeit an den Gruppengrenzen. Besondere Herausforderung ist die bei starken Ängsten auftretende destruktive Aggression und deren Bearbeitung. Wich-

tig ist hierbei die Bedeutung des Teams für den Gruppenprozess, Hilfs-Ich-Funktionen von Gruppenmitgliedern und der Umgang mit Abbruchsdynamik.

Rex HAIGH war Leiter einer von ihm begründeten Tagesstätte über neun Jahre. In der hier veröffentlichten Arbeit vergleicht er verschiedene Modelle der Betreuung. Er stellt fünf Prinzipien vor, die in jeder Art von therapeutischer Gemeinschaft beachtet werden sollten, seien es Tagesstätten, Tageskliniken oder therapeutische Wohngemeinschaften. Analog zur Persönlichkeitsentwicklung des Menschen sollen Defizite in der Entwicklung im therapeutischen Milieu nachentwickelt werden. Dabei gilt als oberstes Prinzip die Beziehung zwischen Bewohnern und Mitarbeitern.

Bernard STRITH berichtet von seinen Erfahrungen in der Sozialarbeit seit über 30 Jahren mit präventiven Modellen in Slovenien am Beispiel von Ferien- und Freizeitgestaltungen gemischter Gruppen von normalen und verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen, wobei seit ca. zehn Jahren Psychatriepatienten mit integriert sind. Hieraus entwickelt er Anforderungen an eine 'moderne' Sozialarbeit im Umgang mit ehemaligen Psychatriepatienten und auffälligen Kinder und Jugendlichen im Sinne von Prävention und Nachsorge.

Wir bedanken uns bei allen Autoren für Ihre Mitarbeit und ihr Engagement.

Gertraud Reitz

## Editorial

At all times, people living together have experienced situations of radical change accompanied by social and political reforms and affecting their various modes of living together. All such groups and historical communities have often been inspired by religious or political or economic conceptions of man.

At such times of radical change, fringe groups emerge that no longer fit into the social structure and need to be integrated. The student movement of the 1960s belongs to this context. The students' creativity left us with many ideas which are still in effect today, even if we are not aware of most of them any longer: in the fields of family policy, education and child care as well as, obviously, in the treatment of the emotionally ill. Thus, the commission of enquiry into the situation of psychiatry in the Federal Republic of Germany has also attempted reforms that were meant to be in keeping with the given circumstances and people's needs. A main point in the entire discussion of the commission of enquiry was not only social psychiatry, but also the group concept that had originated in the German-speaking countries and been further

developed in the U. S. and Great Britain. This concept, focussing on the group as a natural human space for development, also began to deal critically with the family as an instrument of socialization.

Therapeutic communities and comparable institutions emerged. Shared housing is a way of life that, due to its group character, is capable of counteracting the loneliness and isolation resulting from the disintegration of traditional family structures.

This idea is applied to the formation of structured communities headed by a qualified team that creates a milieu in which members or occupants can experience a new development, one in which they often could not participate due to the unsatisfactory course of their own biographies.

In times of cost-cutting in health services, inpatient care of the emotionally ill has also become more limited. What is required, therefore, are models offering a support centre within society. Aftercare, including a whole chain of treatments, is becoming increasingly important. Along with outpatient therapy, day and night clinics as well as day care centres, there are living communities which have proven to be therapeutically useful and have become increasingly acknowledged since World War II.

From a whole range of therapeutical communities and living communities, we have selected one contribution each from Great Britain, Italy, and Slovenia, and in three reports we present our therapeutic living communities of Dynamic Psychiatry. From our point of view, it must be emphasized in this context that very different institutions nevertheless have one common denominator: the conception of each person as an enlightened, self-determined individual establishing relationships in his/her own responsibility or defined psychologically: the person as a group-oriented being with his/her own identity.

Gertraud REITZ and Thomas HESSEL will present 25 years of work in living communities as part of the range of treatments within Dynamic Psychiatry. The theoretical basis for life in living communities is Günter AMMON's group and identity concept. Experiences and consequences will be discussed, resulting in ongoing conceptional changes since shared housing began. The composition of groups living together as well as the methods and significance of teams will be described. Simultaneously, academic examinations will verify the success of this work and point the way to innovations.

Using the example of a female patient who reacts psychotically, Saskia HEYDEN and Heidi ROSCHAT will describe the importance of milieu-therapeutical project work and its relevance to processes that support occupants' personali-

ties. A project will be presented demonstrating the milieu-therapeutical method, the responsibilities of the team and changes in the personality structure of a female patient.

Aldo LOMBARDO will report about the establishment of a therapeutical living community in Rome that has existed for 15 years and follows the principles of therapeutical communities founded by Maxwell JONES in Great Britain. Along with the criteria for choosing group members and the structures of shared housing project work, he emphasizes the team's composition as a group. The role of the team leader is highlighted as well as his/her work with reflection, transference and countertransference processes. He emphasizes the importance of supervision and knowledge of group-dynamic processes.

Using the example of how people left an original shared housing project to establish a larger one, Renate SPLETE will describe the special requirements for working at group boundaries. A particular challenge is the treatment of destructive aggression that surfaces in moments of strong anxiety. In this context, the team's importance for the group process, ego-support functions of group members and how to deal with break-up dynamics are the main points of interest.

For nine years, Rex HAIGH was head of a day care centre that he himself had founded. In the paper published here, he compares various models of care. He will introduce five principles that should be observed in any kind of therapeutic community: day care centres, day clinics or therapeutical shared housing projects. Analogously to a person's personality development, development deficits are to be treated in the therapeutical milieu. The overriding principle here is the relationship between occupants and staff.

Bernard STRITIH will report about his experience in social work for more than 30 years. He will talk about the preventive models he worked with in Slovenia, for instance in holiday and leisure environments with mixed groups of normal and disturbed children and adolescents. For about ten years, psychiatric patients have been integrated in these groups. He will develop requirements for 'modern' social work when dealing with former psychiatric patients and disturbed children and adolescents in terms of prevention and aftercare.

We would like to thank all authors for their cooperation and commitment.

(translation by Dietrich Hardtke)

# Erfahrungen und Ergebnisse aus der Arbeit in den Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie

Gertraud Reitz, Thomas Hessel (München)

Shared housing projects belong to the range of treatments offered in Dynamic Psychiatry. Günter Ammon's group and identity concept is the theoretical basis for living in shared housing projects. Therapeutic shared housing is considered to be a stage of transition. Weekly group-dynamic sessions and milieu-therapeutical projects with all occupants aim to build up a social energy field that promotes development in living together. Occupants are committed to participating simultaneously in out-patient psychotherapy. In the authors' opinion cost-cutting in health services leads to increasing importance of therapeutic shared housing, as it may shorten periods of in-patient care. By means of quantitative analyses and interviews with teams and therapists, the authors attempt to ascertain to what extent theory and practice concur.

Keywords: therapeutic living communities, milieu therapy, aftercare  
Stichworte: Therapeutische Wohngemeinschaft, Milieuthérapie, Nachsorgestruktur

Die Wohngemeinschaften (WG), die seit 1981 bestehen, sind Teil des Behandlungsspektrums der Dynamischen Psychiatrie, das von der Prävention in psychoanalytischen Kindergärten über Balint-Gruppen (für alle mit Menschen arbeitende Berufe), über Selbsterfahrungsgruppen, psychoanalytische Beratungsstellen, Versorgung in ambulanten Praxen, bis hin zur stationären Behandlung in unserer Dynamisch Psychiatrischen Klinik Mengerschwaipe in München reicht.

Die Wohngemeinschaften dienen der Suche und Entwicklung neuer Lebensperspektiven und Lebensformen sowie der Erweiterung des Behandlungsspektrums der Dynamischen Psychiatrie im Sinne der Vorbeugung psychischer Erkrankung und der Vertiefung und Erweiterung der ambulanten therapeutischen Situation bis hin zur Nachsorge im Anschluss an eine stationäre Therapie.

Die Wohngemeinschaften sind in einem Spektrum zu sehen: von starker Unterstützung, wie die 'Hamburger Straße' und 'Grünwald', die sich selbst verwaltenden Wohngemeinschaften 'La Casa', mit gruppenspezifischer Betreuung, bis hin zu den *freien Wohngemeinschaften*, die sich bei von der Gruppe nicht selbst zu lösenden, das Zusammenleben behindernden, Arretierungsprozessen um gruppenspezifische Sitzungen bemühen.

Es werden zur Zeit drei Wohngemeinschaften betreut.

### *Die Wohngemeinschaft 'La Casa'*

Die erste Wohngemeinschaft 'La Casa' entstand zu Beginn des Jahres 1981 aus dem Bedürfnis von Patienten der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Menter-schwaige. Sie wollten das Leben in der Gruppe, wie sie es in der Klinik erfahren hatten, in ähnlicher Form fortführen. Zunächst als Halbweghaus von der Klinik konzipiert, entwickelte die Wohngemeinschaft im Laufe der Jahre eine eigene Gruppenkultur und Selbständigkeit, so dass sie heute als so genannte gruppenspezifisch supervidierte Wohngemeinschaft in zwei Doppelhaushälften am Stadtrand Münchens existiert. Diese WG-Gründung erregte großes Interesse bei den ambulanten Patienten und führte zu Gründungen zweier weiterer Wohngemeinschaften, die gruppenspezifisch betreut wurden. Sie führten 1983 zur Gründung der Trägervereins.

### *Die betreuten Wohngemeinschaften in Milbertshofen ('Hamburger Straße' und in 'Grünwald')*

Neben der WG 'La Casa' gibt es aktuell die beiden durch Mitarbeiter betreuten Wohngemeinschaften 'Hamburger Str.' (in Milbertshofen) und 'Grünwald'.

Während in der WG 'Hamburger Straße' zwei voneinander getrennte kleine Wohnungen – mit jeweils fünf Zimmern – in einer größeren Wohnanlage in Stadtzentrumnähe zur Verfügung stehen, ist die WG 'Grünwald' in einem großzügigen, in einem großen Garten gelegenen Haus untergebracht, einer ehemaligen Pension mit 21 Zimmern und vielen Nebenräumen. So können Bewerber nach ihren Wünschen und Bedürfnissen bezüglich Gruppengröße, Zusammensetzung der Gruppe und Lage der WG in der Stadt ihren Platz wählen.

Es ist auch ein Wechsel zwischen den verschiedenen Wohngemeinschaften möglich.

Unsere Wohngemeinschaften sind in das sozialenergetische Feld eingebunden, das sich durch die Zusammenarbeit der verschiedenen Gruppen und Institutionen der Behandlungskette der Dynamischen Psychiatrie bildet. Das Zentrum, von dem aus konzeptionelle Anregungen aufgenommen und Veränderungen unternommen werden, ist der Trägerverein.

### *Der Trägerverein für Wohngemeinschaften*

Hier fließt die Dynamik aus den Wohngemeinschaften, vermittelt über die Beiräte und die Dynamik der Mitarbeiter, zusammen, ebenso wie der Austausch in

der Kontrollgruppe des Lehr- und Forschungsinstituts der DAP, in der jeder Bewohner durch seinen Therapeuten vertreten ist. An den jeweiligen Schnittstellen finden immer wieder Diskussionen statt über konzeptionelle und therapeutische Fragen, vor allem in der Zusammenarbeit mit der Klinik und Klinikambulanz. Dabei haben immer, wenn möglich, die Wünsche der Bewohner Vorrang.

Theoretische Basis für das Leben in einer Wohngemeinschaft bildet das Gruppenkonzept von Günter AMMON und das Menschenbild der Dynamischen Psychiatrie.

Um die Aktivitäten, Gründungen und Betreuung der Wohngemeinschaften zu koordinieren, wurde 1983 ein eigener Trägerverein gegründet.

Dieser Verein schließt Mietverträge mit Hauseigentümern ab, stellt Mitarbeiter ein, besorgt Gelder, verhandelt mit Behörden, erstellt Konzepte und erledigt alles Organisatorische.

Um alle Bewohner der Wohngemeinschaften an diesen Aktivitäten zu beteiligen, ist die Mitgliedschaft im Trägerverein erwünscht. Die Wohngruppen wählen Vertreter, die als Beiräte die Interessen der Bewohner beim Vorstand des Vereins vertreten. Es ist immer wieder darauf zu achten, dass die Bewohner in ihren kreativen gesunden Fähigkeiten gefordert und unterstützt werden.

### *Die therapeutischen Wohngemeinschaften*

Dieser Typ der Wohngemeinschaft ist für diejenigen Menschen gedacht, die bei der Entlassung aus der psychiatrischen Klinik noch nicht in der Lage sind, sich eigene Gruppen zu schaffen und denen deswegen eine Gruppe in ihrem Lebensbereich zur Verfügung gestellt wird, die das durch die Therapie in der Klinik Erworbene weiterführt und ausbauen kann.

Bewohner der therapeutischen Wohngemeinschaften brauchen deswegen eine ambulante Therapiesituation, in der sie Übertragungen und Identitätsängste bearbeiten können, andererseits aber auch ein milieutherapeutisches Feld in ihrer Wohnsituation. Hier sind die Realitäts- und Beziehungsebene bedeutsam, die Auseinandersetzung und der Austausch mit anderen WG-Bewohnern. Die Wohnsituation ist zugleich Lern- und Agierfeld, wo unbewusste Konflikte deutlich werden und mit Hilfe der Gruppe neue Lösungsmöglichkeiten ausprobiert werden können.

Daher ist – neben einer Tagesstruktur wie Arbeit und Schule und einer gesicherten Finanzierung – eine ambulante Psychotherapie grundlegende Voraussetzung für die Aufnahme in unsere therapeutische Wohngemeinschaft. Denn

eine Therapie selbst findet innerhalb der Wohngemeinschaften nicht statt. (vgl. RÖMISCH, PRESSEL, STICHEL 1990).

Das **Betreuerteam** besteht aus Psychologen, Sozialpädagogen und Honorarkräften, die in Milieuarbeit erfahren sind. Das Team erhält regelmäßig Supervision.

Das Betreuerteam sollte so zusammengesetzt sein, dass es in der Lage ist, den destruktiven und defizitären Persönlichkeitsanteilen der Bewohner konstruktive und aktivierende Seiten entgegenzusetzen.

Denn **Betreuungsarbeit** zielt in erster Linie auf das Entstehen eines konstruktiven, sozialenergetisch gruppenspezifischen Feldes, um ein lebendiges, entwicklungsförderndes Zusammenleben zu ermöglichen.

Um dies zu ermöglichen oder zu fördern gibt es gruppenspezifische Sitzungen.

### *Gruppendynamische Sitzungen*

Gruppendynamische Sitzungen finden einmal wöchentlich statt. Die regelmäßige Teilnahme der Bewohner an diesen Sitzungen ist Pflicht.

In diesen Sitzungen geht es darum, die Konflikte der Bewohner untereinander, die das Zusammenleben behindern, aufzulösen. Außerdem geht es um die Auseinandersetzung mit dem Betreuerteam.

Therapeutische Bedürfnisse, die immer wieder auftauchen, werden in die jeweiligen Therapien hineingenommen. Deswegen ist eine Zusammenarbeit mit dem Therapeuten wichtig.

### *Milieutherapeutische Wochenenden*

Regelmäßige milieutherapeutische Arbeit in der Gruppe an einem selbstgewählten Projekt ermöglicht den Bewohnern ihr Wissen und Können konstruktiv einzubringen und ihre Zeit selbst zu gestalten. Sie fördert den Kontakt der Bewohner untereinander und wirkt vorhandenen Arbeitsstörungen entgegen.

Die Milieuthherapie findet mindestens zweimal pro Monat an den Wochenenden statt. Die Teilnahme ist ebenfalls verpflichtend.

Neben der Projektarbeit, Radtouren und Ausflügen ist auch das Fördern und Entwickeln von geistigen und kulturellen Interessen Bestandteil der Milieuthherapie. Dies wünschen und initiieren auch die WG-Mitglieder immer wieder – z. B. Opern- und Theaterbesuche.

So sind alle Therapeuten durch die gemeinsame Kontrollgruppe über das Ge-

schehen der milieuthérapeutischen Wochenenden informiert. An diesen Wochenenden ist auch immer ein Psychotherapeut telefonisch erreichbar.

Auch die Zusammenarbeit mit der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike ist gewährleistet. Wenn ein Bewohner aufgrund einer akuten Krise eine stationäre Behandlung benötigt, wird ihm sein Platz in der WG für mehrere Monate freigehalten, damit ihm seine dort entstandenen Beziehungen nicht verlorengehen und er in sein Wohnumfeld zurückkehren kann.

Da die Kosten im Gesundheitswesen in Deutschland enorm gestiegen sind, ist es politischer Wille die Krankheitskosten zu dämpfen. Dies macht sich vor allem auch dadurch bemerkbar, dass stationäre Krankenhausaufenthalte – gerade auch in der Psychiatrie – verkürzt werden und an sich notwendige längere stationäre Behandlungen deswegen nicht weitergeführt werden können, weil die Krankenkassen die dafür erforderlichen Gelder nicht bewilligen. Teilstationäre Einrichtungen, wie Halbweghäuser, Tag- und Nachtkliniken und ambulante Vorsorgeeinrichtungen, wie eben auch die therapeutischen Wohngemeinschaften, übernehmen daher eine immer wichtigere Stellung in der Gesundheitsfürsorge in Deutschland. Die Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie sind daher sowohl ein wichtiger Faktor im Sinne der Prävention als auch im Sinne der Nachsorge.

Die Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie sind nicht als lebenslange Wohngruppen geplant und konzipiert, sondern stellen einen zeitlich begrenzten, wichtigen Schritt zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit dar. Sie sollen den Bewohnern helfen, ihre eigene Identität zu entwickeln und ihren eigenen Lebensstil zu finden.

Um unsere Arbeit überprüfbar zu machen, haben wir einen Fragebogen für folgende Bereiche entwickelt:

- Einzugsgebiet der Bewohner
- Krankheitsbilder
- Verweildauer
- Fluktuation zwischen WG und Klinik
- Verbleib der Bewohner nach Verlassen der WG
- Arbeitssituation nach Verlassen der WG
- Qualitätssicherungsfragen

Die Daten wurden in einem ersten Zeitraum von 1988–1998 und in einem zweiten Zeitraum von 1999–2003 erhoben.

Es wurden 75 Bewohner im Alter von 19 bis 58 Jahren untersucht.

## Übersicht über die Ergebnisse

### 1. Früherer Aufenthalt der Bewohner

Früherer Aufenthalt	Patienten-Anteil 1988-1998 [%]	Patienten-Anteil 1999-2003 [%]
<i>Dynamisch-Psychiatr. Klinik</i>	90	67
<i>Eigene Wohnung</i>	6	19
<i>Anderer Kliniken</i>	4	6
<i>Anderer</i>	0	8
<b>Summe</b>		

Tabelle 1: Früherer Aufenthalt der Bewohner

90% der Bewohner kamen aus der *Dynamisch Psychiatrischen Klinik Menter-schwaige*, 4% aus anderen Kliniken und 6% aus einer eigenen Wohnsituation.

Im zweiten Zeitraum zeigen sich einige Veränderungen: aus einer eigenen Wohnsituation kommen 19%, aus der Klinik Menter-schwaige, anderen Kliniken und Einrichtungen 81%.

Wir vermuten, dass diese Veränderungen auf einen höheren Bekanntheitsgrad unserer Wohngemeinschaften bei Patienten und Ärzten zurückzuführen sind.

### 2. Zusammensetzung der Wohngruppen bezüglich der Krankheitsbilder

Die Zusammensetzung der Wohngruppen ist eine wichtige Voraussetzung für ihre 'Arbeitsfähigkeit'. Es ist darauf zu achten, dass heterogene Gruppen entstehen, sowohl in Bezug auf die Krankheitsbilder, als auch auf Geschlecht und Altersstruktur. Es werden darum auch Bewerber, die in ambulanter therapeutischer Behandlung sind, als auch sonstige Interessenten berücksichtigt.

Krankheitsbild	Patienten-Anteil 1988-1998 [%]	Patienten-Anteil 1999-2003 [%]
<i>Borderline-Störungen</i>	57	55
<i>Schizo-affektive Störungen</i>	15	5
<i>Schizophrene Reaktion</i>	13	17
<i>Affektive Störungen</i>	12	11
<i>Angst-, Zwangsneurosen, Essstörungen</i>	3	12

Tabelle 2: Krankheitsbilder

73% der Bewohner hatten vor der WG-Aufnahme mehr als einen stationären Aufenthalt.

Um die Zusammensetzung der Gruppen zu überprüfen, wurden soziometrische Messungen und Ich-Struktur-Messungen vorgenommen. Diese vermitteln diagnostische Hinweise und Veränderungen.

Die soziometrischen Messungen geben Auskunft über das Beziehungsgeflecht in der Gruppe:

- wie sind die Beziehungen zu den jeweiligen Leitern,
- gibt es Außenseiter, die zu integrieren sind,
- gibt es Angstbündnisse, die zu verändern sind,
- gibt es erotische Beziehungen und Paarbeziehungen in den Wohngruppen.

Zum Thema Sexualität und Paarbildungen in Wohngemeinschaften, vergleiche REITZ, SCHIBALSKI, ZOHNER (1985).

### 3. Verweildauer

<b>Verweildauer [Monate]</b>	<b>Patienten-Anteil 1988-1998 [%]</b>	<b>Patienten-Anteil 1999-2003 [%]</b>
1-3	4	6
4-12	29	28
13-24	31	24
25-36	16	11
37-48	20	9
> 48	0	22

Tabelle 3: Verweildauer

Im Durchschnitt ergibt sich für den ersten Zeitraum (1988-1998) eine Verweildauer von 26,9 Monaten, bei einer Spanne von 2 bis 79 Monaten.

Für den zweiten Zeitraum (1999-2003) konnten wir bei beinahe gleich bleibender Verweildauer bis zu zwei Jahren einen signifikanten Anstieg von 20% auf 30% bei Verweildauer über drei Jahren feststellen, wobei sogar die Verweildauer von vier Jahren und länger bei 22% lag.

Nach unserem ursprünglichen Konzept sollte der Aufenthalt in einer therapeutisch betreuten Wohngemeinschaft ein bis zwei Jahre dauern. Nach unserer Meinung sollte dann eine Entwicklung eingetreten sein, die den Bewohnern eine eigenständige Wohnsituation ermöglicht. Nach unserer Auswertung erreichen dies 60% der Patienten.

Immerhin hat sich bei 20% bzw. 30% der Bewohner ein längerer Aufenthalt, nämlich länger als drei Jahre, als notwendig erwiesen.

Dieses Ergebnis zeigt, dass jeder Mensch seine eigene Zeit für seine Ent-

wicklung braucht, bis er in der Lage ist, sich eigene Menschen und Gruppen zu suchen, um den 'geschützten Rahmen' einer Wohngemeinschaft verlassen zu können. Wichtig ist immer darauf zu achten, ob die WG entwicklungsfördernd ist oder als Entwicklungswiderstand benutzt wird.

#### 4. Fluktuation: Wohngemeinschaft – Klinikaufenthalt – Wohngemeinschaft

Bei 95 Bewohnern konnten wir 25 Klinikaufenthalte mit einer Rückkehr in die WG verzeichnen. Dies sind ca. 25%.

Nach unserer Konzeption ist ein Klinikaufenthalt bis zu 2 Monaten enthalten. Für diese Zeit wird auch eine sog. Freihaltegebühr vom Kostenträger übernommen. Dies ist besonders wichtig für Menschen mit stärkeren Kontaktstörungen, wie oben bereits beschrieben wurde. Bei längeren Klinikaufenthalten wird jeweils im Einzelfall mit den behandelnden Klinikärzten abgeklärt, ob der Platz in der WG freigehalten wird oder eine Neuaufnahme nach Beendigung des stationären Aufenthalts erfolgen kann.

#### 5. Verbleib der Bewohner nach Verlassen der WG

Verbleib	Patienten-Anteil 1988-1998 [%]	Patienten-Anteil 1999-2003 [%]
<i>Eigene Wohnung oder WG</i>	56	48
<i>Klinik</i>	23	23
<i>Anderer therap. WG</i>	14	11
<i>Eltern</i>	4	4
<i>Supervidierte WG</i>	2	5
<i>Gestorben</i>	1	0
<i>Anderer</i>	0	9

Tabelle 4: Verbleib der Patienten

Aus diesen Ergebnissen wird ersichtlich, dass bei 56% bzw. 48% ein erheblicher Strukturgewinn erreicht werden konnte, um selbständig in einer Wohngemeinschaft oder in einer eigenen Wohnung zu leben.

Auch die Wahl einer anderen Wohngemeinschaft (16% / 16%) ist als wichtiger Entwicklungsschritt zu werten.

Für die Menschen, die wieder in eine Klinik zurückgekehrt sind (23%), ist zu vermuten, dass der Schritt in eine therapeutische Wohngemeinschaft entweder noch zu früh war oder eine erneute stationäre Behandlung aufgrund ihrer ambulanten therapeutischen Entwicklung erforderlich geworden war.

Bei den 4%, die zu den Eltern zurückkehrten, handelt es sich um sehr junge

Patienten, die aus dem Elternhaus in die Klinik kamen und deren Rückkehr über die Wohngemeinschaften in das Elternhaus auch therapeutisch unterstützt wurde.

## 6. Arbeitssituation nach Verlassen der Wohngemeinschaft

<b>Arbeitssituation</b>	<b>Patienten-Anteil 1999-2003 [%]</b>
<i>Schule / Ausbildung</i>	23
<i>Qualifizierte Arbeit</i>	20
<i>Arbeitslos</i>	20
<i>Unqualifizierte Arbeit</i>	18
<i>2. Arbeitsmarkt</i>	7
<i>Rehabilitation</i>	3
<i>Andere</i>	9

Tabelle 5: Arbeitssituation

Wir konnten herausfinden, dass entsprechend den Wünschen der Bewohner und unseren Zielvorstellungen 70% Unterstützung in ihrem Beruf erhielten.

Wir vermuten, dass 20%, die ohne Beschäftigung die Wohngemeinschaften verließen, in den 23% enthalten sind, die nach Verlassen der Wohngemeinschaft in eine Klinik gegangen sind.

## 7. Qualitätssicherungsfragen

Um die Erwartungen der Bewohner zu erfragen und die konzeptionellen Vorgaben zu überprüfen, wurden laufend Erhebungen bei den Bewohnern durchgeführt als Teil der Ergebnisqualitätssicherung.

Als Überprüfungsmaßstab orientierten wir uns an der Leistungsvereinbarung, die zwischen dem Bezirk (Geldgeber) und dem Trägerverein geschlossen wurde und in § 9 Abs. 5 folgendermaßen formuliert ist:

Die Ergebnisqualität ist der Zielerreichungsgrad der gesamten Leistungserbringung. Anhand der vereinbarten Leistungsziele ist das Ergebnis regelmäßig zu überprüfen. Bei der Beurteilung der Ergebnisqualität ist die Sichtweise der Betreuten zu berücksichtigen.

Kriterien für die Feststellung der Ergebnisqualität können daher sein:

- Soziale Integration
- Berufliche Integration
- Entwicklungsförderung und Förderung der Leistungsfähigkeit,  
z. B. Wahrnehmungs-, Bewegungsförderung, kognitive Förderung

- Einbeziehung des sozialen Umfeldes
- Krisenmanagement
- Öffentlichkeitsarbeit

Grundlage der hier zitierten Erhebung waren Vorgesprächs- und Zielfragebögen im Zeitraum von Januar 1995 bis März 1999. Die Stichprobe umfasste 57 BewohnerInnen der therapeutischen Wohngemeinschaften *Hamburger Straße* und *Grünwald*

Vier Bereiche wurden erfragt:

1. Wunsch nach Kontakt
2. Hilfe bei der Arbeit
3. Hilfen bei der Freizeitgestaltung
4. Hilfen im Wohnbereich

Die Geschlechterverteilung war im Verhältnis: 30 weiblich, 27 männlich, Altersstreuung 19 bis 58 Jahre.

Von N = 57 (100%) wünschten:

<b>Patientenwunsch</b>	<b>Patienten-Anteil 1988-1998 [%]</b>	<b>Patienten-Anteil 1999-2003 [%]</b>
<i>Mehr Kontakt</i>	83	47
<i>Hilfe bei der Arbeit (Tagesstruktur)</i>	56	32
<i>Hilfe bei der Freizeitgestaltung</i>	40	23
<i>Hilfe im Wohnbereich</i>	28	16

Tabelle 6: Patientenwünsche

Die Befragungen wurden laufend durchgeführt und je nach Erfordernissen erweitert und verändert.

Die Ergebnisse belegen unsere Annahmen, dass Wünsche nach Kontakt mit anderen Menschen die stärkste Motivation ist in einer Wohngemeinschaft zu leben und in dieser am besten erfüllt werden kann. Die Kontaktfähigkeit ist eine wichtige Voraussetzung für die Gruppenfähigkeit. Sie ermöglicht ein eigenständiges Leben, sowohl in privater als auch in beruflicher Hinsicht. Diese Ergebnisse decken sich auch mit einer Untersuchung über die Motivation zum Leben in Wohngemeinschaften (REITZ, SCHIBALSKI, ZOHNER 1985).

### *Schlussfolgerungen aus den vergleichenden Untersuchungen*

1. Die Zunahme schwererer Krankheitsbilder führte zu
  - längerer Verweildauer und

- häufiger Fluktuation zwischen Wohngemeinschaft und Klinik.

Wir führen dies auf kürzere Klinikaufenthalte zurück.

2. Die Bewohner, die unter Borderline-Persönlichkeitsstörungen leiden, wiesen hohe Traumawerte auf. Diese Bewohner neigen dann zu einem schnellen Abbruch in ihrer beruflichen Situation und/oder in ihrer therapeutischen Situation und schließlich auch zum Abbruch ihres Aufenthaltes bei unseren Wohngemeinschaften.

Diese Patienten leiden unter Kontaktängsten, sind wenig gruppentüchtig, und möchten deswegen auch keine Gruppentherapie. Sie haben keine oder nur sehr brüchige Tagesstrukturen.

3. Aus 1. und 2. folgt für uns die Notwendigkeit einer Konzeptänderung:

- a) Wir wollen die Milieuprojektarbeit verstärken. Die positiven Effekte dieser Arbeit gerade für die beschriebenen Patienten werden in der Arbeit von HEYDEN u. ROSCHAT in diesem Band dargestellt.
- b) Das Betreuerteam braucht Verstärkung und eine Weiterbildung für diese spezifischen Störungen.
- c) Die betroffenen Patienten benötigen eine stärkere Unterstützung beim Aufbau einer Tagesstruktur. Als ersten Erfolg können wir eine Zusammenarbeit mit der Gemeinde Grünwald verzeichnen; uns werden von der Gemeinde in einem städtischen Recycling-Unternehmen zwei Arbeitsplätze für unsere Bewohner zur Verfügung gestellt.
- d) Der Aufbau einer betreuten oder supervidierten Langzeitwohngemeinschaft.
- e) Modifikation unserer Aufnahmekriterien.
- f) Verstärkte Vernetzung mit den Therapeuten und der Ambulanz der Klinik.

## Experiences and New Results from the Work with Living Communities of Dynamic Psychiatry (Summary)

The living communities existing since 1981 are an integrated part of the spectrum for therapeutic treatment of Dynamic Psychiatry. This spectrum includes prevention in psychoanalytic preschools, Balint groups (for all professionals working with people), self-experiencing groups, psychoanalytic advice centres (consultation centres), the care in outpatient practices and, not least of all, the inpatient treatment in our Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike.

The living communities support the search for and development of new

forms of living and perspectives on life, as well as promoting an enlarged spectrum of treatments undertaken by Dynamic Psychiatry in order to prevent psychic illness. They also serve to deepen and extend the outpatient therapeutic situation as far as aftercare in connection with an inpatient therapy.

The living communities can be viewed across a broad spectrum: from the powerful, supported living communities 'Hamburger Straße' and 'Grünwald', through the self-administered living communities 'La Casa' with group dynamic supervision, all the way to the *Free Living Communities*. The latter try to arrange group dynamic sessions when there occur processes of locking mechanisms which hinder communal living and cannot be solved by the group itself.

### *The Corporation for Living Communities*

To coordinate the activities, the foundations and the care-for-the-living communities, a separate responsible association was founded in 1981. This association is responsible for transacting leases with landlords, employing staff, acquiring public funds, negotiating with authorities, constructing concepts and dealing with all organisational affairs.

To take part in these activities, it is desired that all residents of the living communities be member of this association. The living groups elect representatives who, as advisers, represent the interests of the residents at the board of the association. It is always necessary to take care that the residents be encouraged and supported in their creative, healthy abilities. The group concept of Günter AMMON and the human image of Dynamic Psychiatry constitute the theoretical basis for participation in a living community.

### *The Therapeutic Living Communities*

This model of a living community is intended for those persons who, after their stay in a psychiatric hospital, are not in a position to create their own group, and for this purpose a group in their living area will be made available to them. This group helps to continue and extend that which was achieved during the inpatient treatment within the hospital. Therefore residents of living communities need the situation of an out-patient therapy, where they can work on transference and anxieties of identity, but they require as well a milieu-therapeutic field in their living situation. Here, the level of reality and relations plays an important role involving discussion and communication with other LC members. The living situation is at the same time a field for learning and acting, where unconscious conflicts can become clearly visible and, with help of the

group, new possibilities for a solution can be tried out. That is why an outpatient psychotherapy – together with a daily structure such as work and education and secure financing – is the fundamental condition of admission for our therapeutic living community.

The caring team consists of psychologists, social education workers, and employees (on a fee basis) who have experiences with milieu work. The team receives regular supervision. The care-team should be composed in such a way that they are able to set up constructive, activating aspects in response to the destructive and deficit personality-parts of the residents. Care work is mainly directed towards creating a constructive, social energetic, group dynamic field in order to enable a lively, development-encouraging manner of living together. To make this situation possible or to promote it, we have established the following arrangements:

### **Group Dynamic Sessions**

The group dynamic sessions take place once a week. Regular attendance is obligatory for residents. These sessions are concerned with solving residents' conflicts with each other which hinder their living together. In addition, they involve debate (discussion) with the carer team. Therapeutic needs, which emerge constantly, are taken into therapy. It is for this reason that cooperation with the therapist is so important.

### **Milieu-Therapeutic Weekends**

Regular therapeutic work within the group during a self-chosen project enables the residents to bring their experiences and skills (abilities) into the group and to shape their time individually. It promotes the contact between the residents and counteracts existing work disorders. The milieu therapy takes place at least twice a month on the weekends. Attendance is obligatory here as well. An integral part of the milieu therapy is – besides the project work – the encouragement and development of intellectual and cultural interests. These wishes are often expressed by the members of the living communities. The residents initiate, for example, theatre and opera visits, bike rides, trips and excursions.

Likewise, all of the therapists are informed through the common control group about the events during milieu-therapeutic weekends. Furthermore, at these weekends, a psychotherapist is always available by phone. The cooperation with the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaike is also ensured. Whenever a patient needs an in-patient treatment because of an acute

crisis, his place in the living community will be reserved for some months in order to guarantee that the relationships which he had built up are not lost, and to ensure that he can come back into his former living milieu.

Because the costs of the German Health Services have heavily increased, the policy is to lower the costs of illness. Above all, it is noticeable that hospital stays, especially in the psychiatric sector, are being cut short and that genuinely necessary, longer in-patient hospital stays cannot be continued, because the health services do not grant the appropriate funds. Therefore partly inpatient facilities like halfway houses, day or night hospitals and outpatient prevention facilities, as well as the therapeutic living communities, are acquiring an increasingly important position in German health care. In this regard, the living communities of Dynamic Psychiatry are an important factor for prevention as well as for aftercare.

The living communities of Dynamic Psychiatry are not planned and designed for lifelong living groups, but are a temporarily limited, important step for further personality development. They should help the group members to develop their own identity and to find out their individual style of life.

To evaluate our work – having in mind quality assurance and management – we have developed a questionnaire for the following fields:

- catchment areas
- disorders
- time of stay - fluctuation l. c.- hospital - l. c
- destination after leaving living communities
- working situation after leaving living communities

Data were collected in the 1<sup>st</sup> time period from 1988 until 1998 (10-year period), in the 2<sup>nd</sup> time period as a follow-up from 1998 until 2003 (5-year period)

The sample included 75 residents whose age distribution was from 19 to 58 years.

### *Survey (Table) about the Results<sup>1</sup>*

Conclusions drawn from the statistics:

1. The increase in severe mental disorders leads to
  - longer lengths of stay in the living communities and
  - frequent fluctuation between living community and psychiatric hospital.

---

<sup>1</sup> Consult the German text.

We attribute these remarkable changes to reduced lengths of hospital stay.

2. Residents suffering from borderline personality disorders show high trauma values. These residents tend to rapidly terminate their professional and/ or therapeutic situation and finally to discontinue their stay in our living communities.
  - These patients suffer from social anxiety and reduced group ability and are therefore reluctant to undergo group therapy. They have either no, or no reliable, structured daily routines.
3. Our conclusion from this evidence is that a conceptual change / modification is required:
  - a. We want to intensify milieu project work. The particular positive effects of this kind of work on the above patients are described by HEYDEN et al. in their study presented in this volume.
  - b. The number of staff must be increased and receive more training in trauma therapeutic methods.
  - c. In the future we will have to establish and offer structured daily routines. In this respect an initial success is shown in our cooperation with the local authorities of Grünwald, which will provide two jobs for our residents in a municipal recycling company.
  - d. It is also necessary to establish a longterm residential facility.
  - e. Modification of our admission requirements.
  - f. Intensified networking with the therapists and the outpatient department of the Dynamic Psychiatry Hospital

### *Literatur*

- Reitz, G., Schibalski, W., Zohner, C. (1985). Freie und Therapeutische Wohngemeinschaften der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. In: Wild und verschlafen. Jugend nach 1960. Weingarten: Drumlin.
- Römis, S., Pressel, R., Stichel, S. (1990): Möglichkeiten der Entwicklung für psychotisch reagierende Patienten in einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Vortrag gehalten auf dem 8. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)/ XXI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP). 5.-8. Oktober 1990 Berlin.

Dr. Gertraud Reitz, Thomas Hessel  
 Arcisstr. 59  
 80799 München

Dr. Reitz ist seit 30 Jahren Mitarbeiterin in der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. Sie ist Lehr- und Kontrollanalytikerin der DAP, arbeitet in eigener Praxis in München mit Einzel-Gruppen-Milieu und Tanztherapie. Sie ist erste Vorsitzende des Trägervereins für Freie und Therapeutische Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie e. V.. Ihr Interesse gilt neben der Prävention in der Kinder-Eltern- und Wohngemeinschaftsarbeit der Integration von verbalen und nonverbalen Therapieformen. Insbesondere in der Gruppenpsychotherapie, der humanstrukturellen Tanztherapie und der ambulanten Milieuthherapie.

Gertraud Reitz, PhD, is a coworker in the German Academy for Psychoanalysis. She is a psychoanalyst with her own practice in Munich, working in individual, group and dance therapies. She is training-analyst of the DAP as well as chairwoman of the Supporting Corporation for Therapeutic Communities of Dynamic Psychiatry.

Thomas Hessel (geb. 1948) studierte Rechtswissenschaften und Philosophie in München und ist seit 1977 Rechtsanwalt in München. Er beschäftigt sich seit seinem Studium mit Kriminologie. Er ist Mitglied des Executive Council der WADP, Vorstandsmitglied des Trägervereins Freie und Therapeutische Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie e. V..

Thomas Hessel studied law and philosophy in Munich. Since 1977 he has been partner in a law firm in Munich. His fields of interest are: criminology, living communities, and publications in these fields. He is member of the WADP executive council as well as of the board of directors of the Supporting Corporation for Therapeutic Communities of Dynamic Psychiatry.

# Personality Supporting Processes by Milieu-Therapeutic Project Work in a Therapeutic Living Community of Dynamic Psychiatry. A Single Case Study.

Saskia Heyden, Heidi Roschat (München)

With their paper the authors present a section of the work in living communities of Dynamic Psychiatry at the 14th WADP Congress in Cracow in March 2005. Their theoretical conception is based on the human-structural psychoanalysis of Günter AMMON. In this view, working disorders are always also understood as relational disorders. A long-term project over eight months in the therapeutic living community is described; subsequently the subconscious meaning of the working process and the dynamics of the relationships are briefly reflected upon. By introducing a single case, the personality supporting effects of milieu therapy, especially for patients with schizophrenic disorders, are demonstrated.

Keywords: schizophrenia, group dynamics, personality development, unconscious fantasies

Schlüsselwörter: Milieuthérapie, therapeutische Wohngemeinschaft, Dynamische Psychiatrie, Schizophrenie, Gruppendynamik, Persönlichkeitsentwicklung

The following paper is pertinent to the congress topic 'Trauma-Attachment-Personality', inasmuch as many of our residents are traumatized and have attachment disorders. During their time in our therapeutic living community, they experience the offer of a constructive relationship for the first time in their lives.

We work with Günter AMMON's psychoanalytic and group-dynamical concept of Dynamic Psychiatry (REITZ, HESSEL 2000; SPLETE 2000). Milieu therapy in particular is, as you probably know, an important part of the treatment spectrum of Dynamic Psychiatry. Here we work primarily with the constructive, meaning resource-oriented, parts of the ego (AMMON 1979: 346) while working and relational disorders are identified and can be confined. Our priority is not the craft skills and the technical process. Instead it is about experiencing contact and relating to oneself, to the group and to the tools. It is also a question of experiencing one's own creativity, an enlarged dimension of emotions, unconscious fantasies and fears which wrap themselves around each project. In the following, we would like to outline the development of one selected project. Afterwards we will focus on one resident, and with that individual we will illustrate the importance of project work for the entire group.

Our residents had longed for a bike port for years, but the construction came to nothing for several reasons such as costs, time and energy. On the occasion of our 20th anniversary in the fall of 2003, we received the construction kit for a bike port from the mayor of our municipality. So this long-term project started in November 2003.

The starting time gave cause for criticism by our residents: What kind of weird idea was that, to start an outdoor project in winter? Why couldn't we wait for better weather? The answer is that many in this group, especially those with depressive disorders, show a strong tendency towards avoidance behaviour in their everyday and work life. For them, delaying the start of construction would have been contraindicated. We wanted to offer resistance to the depressive ground feeling of timelessness, hopelessness and dependency on external circumstances.

Project work is tangible with regard to having new experiences. In this case, it meant creating a big building under harsh conditions. The avoidance attitude against unpleasant matters, like snow and coldness, was thereby transformed into constructive aggression. The project itself has been a challenge for all those involved because of its scope and technical demands. The construction of a kind of house for the bikes caused many fantasies and feelings within the participants. For example, the question as to where exactly the house should be built touched upon the aspect of decision-making difficulties: Decision processes are difficult for many of our inhabitants because they demand a deliberate selection of the 'right' opportunity along with a letting go of all other alternatives.

Our residents tend to avoid the anxieties associated with taking responsibility for the decision or for a possible mistake. This is manifested by endless discussions and the taking of measurements. The drilling of one-metre-deep holes for the foundations touched off fantasies of oil shooting out of the ground, as if one were drilling deeply into the unconscious, where one would strike dangerous energy sources. Placing the foundation had a virtually existential meaning for the participants, because this inner 'foundation', in the sense of ego-strength and stability, is exactly what our residents lack. So this section was also about building an inner foundation for each of the group members. In the beginning especially the men were active and hands-on in their work, while the women tended to be bystanders or to receive orders. Over the months a role reversal took place and the women took over the leading position, so that in the end particularly the women were actively building, while the men withdrew

into the kitchen and took over the providing, maternal jobs. We cannot describe this creative process in more detail here, but it could be explained by a developing freedom in trying out new roles during the course of the project.

Now we would like to show the personality-supporting processes of the milieu-therapeutic project work through the example of one particular resident. We wish to point out that the described development cannot be exclusively explained by milieu therapy, but has to be understood as a process embedded in a therapeutic field of individual, group and milieu therapy, as well as the social-energetic field of the therapeutic living community.

We chose Jane for this lecture, because her case illustrates the quality of milieu therapy in the treatment of patients with psychotic disorders. The continuity conveyed to the residents by this long-term project had a particular meaning for her, because her life story is reflective of detractions.

With this project, Jane was able to experience for the first time in her life what it means to progress continuously with a difficult task, not to give up, to be allowed to make mistakes, to deal with disappointments and failures and to finally physically see the result of her own creative work. By meeting many of her anxieties and trying out new behaviours in the course of the project, she achieved decisive steps towards independence and responsibility for herself with the conclusion of the project.

A few words about her life story: Jane (29 years, paranoid-hallucinatory psychosis F20.0, depressive disorder F32.11) has been living in our institution since the fall of 2001. She came after her sixth stationary psychiatric therapy with the wish for stabilization and companionship. She had been the third of five children, grew up in a rural environment, and had a 'normal' childhood. With rather over-protective and religious parents, the family atmosphere had been characterized by competitive thinking, and speechlessness about 'negative' emotions. All children had an artistic bent and had been active in different cultural groupings. Basically she had a similar, apparently conventional life-story, as we often find among schizophrenic patients. When Jane was seven, her family moved to a city because her grandmother suffered from cancer and was in need of care. Jane experienced her excruciating death traumatically, above all because she wasn't cushioned emotionally by her family. She started to isolate herself already as a child or rather felt ostracized by peers and withdrew to her home. The psychotic disorder was exacerbated in her youth with an unanswered infatuation. She developed relationship phantasies and had to be psychiatrically hospitalized for the first time at the age of 17. Because of

her disorder she could not finish an education. At the age of 21 her oldest, beloved sister committed suicide after a long-term depressive episode. As a result of this loss there came another outbreak of a paranoid-hallucinatory psychosis: Jane developed the delusion of having cancer which has accompanied her since then to varying degrees. Especially on the anniversary of her sisters' death, Jane's life- and identity-anxiety (AMMON 1979, p. 407) is updated.

At the time of her moving in, she had been anxious and had possessed no confidence in herself for years. She also had no practical skills. Even easy, everyday duties in the household, like peeling a carrot, seemed impossible to her. Other residents complained about her 'laziness' and reacted furiously when she stood by helplessly and simply watched them work. Since her start in 2001 she visited a daycare centre for mentally-ill periodically and worked in a music store a couple of hours monthly. At the suggestion to look for a job or to think about an education, she reacted with refusal and withdrawal. When her anxieties increased uncontrollably, she started to somatize, hear voices, see grotesque faces or to develop psychotic infatuation-phantasies, whereupon two more stationary psychiatric admissions were necessary. Her contact behaviour is dictated by her pathology: She complains about all kinds of physical symptoms, pains and anxieties, with which she makes others flee. A personal interest in other people is not noticeable. She regulates closeness and distance through deterrence, as she has great difficulties in distancing herself from others openly. She cannot assert herself or express anger. Her resources lie particularly in the artistic field: She plays the piano and the flute with joy and commitment. Here she is self-confident.

The described project aroused Jane's interest in physical work for the first time. She showed surprising staying power and involvement, plus an attachment that she had previously developed only for her daycare centre. She belonged to the 'nucleus group' which worked on this job every project day, and she chose the project group every time, even when there were other jobs available. To explain this briefly: During our project days, we offer two or more projects for the group members to choose from. The otherwise hesitant and nervous Jane did not let herself be put off by snow and rain. At the beginning, she often remained watching at the fringe of the group. She observed how the others worked, and she carried out easy auxiliary work at most, after it had been explained very carefully to her. She seemed to persist in an early-childhood ego-state in which she, so to speak, watched the eldest doing their jobs (AMMON 1979). She was able to use team and group members as so-called

‘helping ego-functions’ by experiencing how they grappled with each other and the project and expressed aggressions and emotions (AMMON 1979: 417).

In March she became active for the first time, when she cooperated with a group member to cement the last post after several other residents with borderline-structure had been announcing that they would take care of it, without ever putting it in action. Jane managed this first activity in collaboration with the other group member, who had previously disliked her in everyday life for a long time because of her lack of practical abilities. On the other hand they had a strong attachment, because they were members of the same group therapy. The attitude of her ‘group-sister’ changed on this day because of their shared joy about the mutual activity. For Jane, in this partnership it was easier to let herself in for new jobs like handling tools or mixing cement. This was probably due to her need for symbiosis being satisfied: She gave the impression of a small child that feels safe holding its mother’s hand. This safety enabled her to become active. In addition, she felt unobserved and did not have to fear any competition. In larger work groups she seemed to be more unsure and helpless, without self-confidence, as if she had not yet developed the ability for constructive rivalry – in the sense of challenging and matching herself with others.

On the following project days she tried out different activities, and finally she dared to mount a ladder. Working on the ladder was important in many ways for her: On the one hand, it can be understood literally as a development step, away from the familiar into new, unknown fields. In this way, it stands diametrically opposed to her guilty feelings about her dead sister and the associated development prohibition. At the same time, climbing up into breezy heights gave her almost voluptuous dizzy feelings, expressing her erotic desire for submission and for being rescued. She expressed a kind of pleasure-anxiety to become unconscious and to fall off the ladder. Who would catch her then? The desire for sexuality was also exposed as ‘playing with fire’, manifested when dealing with the big Bunsen burner that was required for sealing the roof. Here the pleasure-anxiety with regards to the fire became perceptible as well. She carefully acquainted herself with this dangerous machine. Her social worker, with whom she had lot of contact through the project, was of particular importance to her. She had been developing oedipal feelings for him, without, as in the past, having to slip into an amorous delusion. She was able to enjoy the safe contact and the closeness to an idealized father figure, who stood next to her explaining and helping. She developed a mother transference with regard to the female workers, and she expressed her desire for care and lamented her

pains and anxieties. It seemed to us as if she tried to occupy the mother with her sorrows in order to have free access to the father. In summer she experienced that her biggest fear came true, which was the reason that she never got started with many things in real life: She made a serious mistake. It was her job to nail roof boards precisely while standing on the ladder on her own. As mentioned before, the act of standing on the ladder in itself caused so many feelings that a sophisticated job requiring full concentration and planning inevitably proved to be too much for her to handle. Aggravating the situation, she had no social worker at her side and the supporting father-figure wasn't present on this day. Also, the job had not been explained carefully enough to her. Group-dynamically she had been left in the lurch by the project group. So she nailed the roof board inaccurately for a while. When the mistake was noticed after a few hours, she was desperate, and self-punishment thoughts in relation to her dead sister came to her mind. During this time there had been the anniversary of her sister's death, and Jane felt the prohibition of living from which she suffers being reinforced. She could speak about her feelings with the team and she managed to distance herself from self-destruction, so that she could stay until the end of the project and accept feedback from her group. This day was a kind of turning point for Jane, because she understood for the first time why making mistakes is not only allowed but necessary. She realized that mistakes are human and an integral part of every learning process. In a questionnaire, she declared this incident to be her most important experience during the whole project. One day later she managed to call for a small job and make an appointment for an interview.

During the last day of the project, all participants suddenly developed worries and expressed their need for care to the team: They had physician appointments, somatical aches and pains, and financial concerns. Correspondingly Jane complained about toothache. The main topic of this day was thus regression and separation resistance. Even so, and although the roof was rocking like a ship on the high seas, Jane dared to climb up. She let a male group member show her how to properly nail down the roofing. That means she tried out the same activity where she had failed a month before. This time she worked fast but she messed it up again. In contrast to the last time, the group member was by her side and called her attention to the mistake, so it had no major consequences and she could finish the rest of the job correctly. The reason for the failure became clear: Jane did not look carefully but potted about blindly. Absorbed with her anxiety about making a mistake, she could not manage a

self-correction, meaning a comparison of the instructions with her result. Through the intervention of the group member, her *modus operandi* became apparent, and Jane went through a decisive corrective experience with the end of the project. This allowed her to leave the daycare centre and to get started with a career orientation. She also managed her first separation steps out of her family by deciding herself to take out her own health insurance, which had previously been covered by her father's. In the living community she took on a responsible duty, namely the administration of the 'electricity money': She has to collect money from the other residents on a regular basis and to transfer it to the power company. If this duty is not done responsibly, the power in the house is turned off. That means she has to harass anyone who is late with his or her payments. She succeeds more and more in expressing anger about such unreliability in the group dynamic sessions.

The ISTA shows a change regarding her anxiety and her ability for demarcation in particular: Her results in the year 2000 mirror Jane's problems: There had been a large deficit in the fields of aggression and the outer and inner demarcation, with corresponding below-average values in the constructive parts. The highly elevated destructive anxiety in combination with a destructive and deficient inner demarcation is to be understood as evidence for flooding 'psychotic' anxieties. The test repetition in 2004 shows a clear change concerning the anxiety: The destructive anxiety has dropped into the norm area, while the constructive anxiety has increased. At the same time, the constructive inner demarcation has increased, and accordingly the destructive and deficient parts have decreased. That means Jane is no longer helpless in the face of her psychotic anxieties, and she is now able to distance herself better from her unconscious feelings and phantasies.

In summary, we believe that milieu therapy is a particularly important treatment approach for patients with psychotic disorders. It gave Jane the possibility of identifying with the other group members in a real-life setting and of gradually building abilities and skills through imitation and identification (AMMON 1979, p. 417). Of course not all patients in our institution are able to profit that much from milieu therapy, but for Jane it is of great value, and she has gained not only self-assurance and skills but also achieved a deep process of personality development during the project.

## **Persönlichkeitsfördernde Prozesse der milieuthérapeutischen Projektarbeit in einer Therapeutischen Wohngemeinschaft der Dynamischen Psychiatrie. Eine Einzelfallstudie.**

Saskia Heyden, Heidi Roschat (München)

Der auf dem 14. WADP-Kongress in Krakau im März 2005 gehaltene Vortrag fügt sich in dem Sinn in das Kongressthema 'Trauma-Bindung-Persönlichkeit' ein, als dass viele unserer Bewohner traumatisierte und bindungsgestörte Menschen sind, die durch das Leben in der TWG erstmals ein konstruktives Beziehungsangebot erfahren.

Wir arbeiten nach dem psychoanalytisch-gruppendynamischen Konzept der Dynamischen Psychiatrie nach Günter AMMON (vgl. REITZ, HESSEL 2000; SPLETE 2000). Besonders die Milieuthérapie ist bekanntlich ein wichtiger Bestandteil unseres Behandlungsspektrums. Hier wird vor allem mit den gesunden Ich-Anteilen der BewohnerInnen gearbeitet (AMMON 1979, S. 346), d. h. ressourcenorientiert. Arbeits- und Beziehungsstörungen sollen sichtbar gemacht und abgegrenzt werden. Im Vordergrund steht nicht das handwerkliche Geschick und die Art der Tätigkeit. Vielmehr geht es neben dem Erleben von Kontakt und Beziehung zu sich, zur Gruppe und zum Arbeitsmaterial und der Erfahrung der eigenen Kreativität, um eine erweiterte Dimension von Gefühlen, unbewussten Fantasien und Ängsten, die sich um das jeweilige Projekt ranken.

Unsere BewohnerInnen wünschten sich seit Jahren einen Fahrradunterstand, jedoch war der Bau immer wieder aus unterschiedlichen Gründen gescheitert. Anlässlich unseres 20jährigen Jubiläums im Herbst 2003 erhielten wir vom Bürgermeister unserer Gemeinde als Geschenk die Anschaffungskosten für einen Bausatz. So begann dieses langfristige Projekt im November 2003. Der Baubeginn im November gab Anlass zu Kritik unter den Bewohnerin. Was war das für eine absurde Idee, mit einem Außenprojekt im Winter zu beginnen? Wieso konnten wir nicht auf besseres Wetter warten? Viele unserer BewohnerInnen, besonders diejenigen mit depressiven Störungen, zeigen in ihrem Alltags- und Berufsleben ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, für sie war ein Hinauszögern des Baubeginns kontraindiziert.

Wir wollten dem depressiven Grundgefühl von Zeitlosigkeit, Aussichtslosigkeit und Abhängigkeit von äußeren Umständen, etwas entgegen setzen: In der Projektarbeit geht es darum, konkret andere Erfahrungen zu machen, also – in

diesem Fall – gerade unter erschwerten Bedingungen etwas zustande zu bringen. Die Vermeidungshaltung konnte so in konstruktive Aggression umgewandelt werden. Der Bau einer Art Haus für die Fahrräder löste viele Fantasien und Gefühle bei den Teilnehmern aus. Z. B. berührte die Frage, wo genau das Haus stehen sollte, die Teilnehmer an ihren Schwierigkeiten, sich zu entscheiden: Entscheidungsprozesse fallen vielen Bewohnern schwer, weil es darum geht, die ‘richtige’ Option zu finden und sich von allen anderen Alternativen zu trennen. Damit verbundene Ängste, z. B. vor der Verantwortung für die getroffene Entscheidung oder für eine etwaige Fehlentscheidung, werden gerne vermieden. Dies stellt sich beispielsweise so dar, dass endlos diskutiert und abgemessen wird.

Das Bohren der ein Meter tiefen Löcher für das Fundament löste Fantasien von hervorschießendem Öl aus, so als würde man tief ins Unbewusste hinein bohren, wo man dann auf ungeahnte, gefährliche Energiequellen stoßen würde. Das Setzen des Fundamentes hatte eine geradezu existenzielle Bedeutung für die Teilnehmer, da unseren Bewohnern genau dieses innere ‘Fundament’, im Sinne von Ich-Stärke und Stabilität, fehlt. So ging es für jeden Einzelnen bei diesem Projektabschnitt auch um den Aufbau dieses inneren Fundaments.

Nun möchten wir Ihnen exemplarisch an einer Bewohnerin die persönlichkeitsfördernden Prozesse der milieuthérapeutischen Projektarbeit aufzeigen. Wir haben Frau S. für diesen Vortrag ausgewählt, weil an ihr besonders deutlich der Wert der Milieuthérapie gerade für psychotisch erkrankte BewohnerInnen sichtbar wird. Die Kontinuität, die dieses langfristige Projekt den BewohnerInnen vermittelte, war insbesondere für sie wichtig, da ihr Lebenslauf von Abbrüchen gekennzeichnet ist. An diesem Projekt konnte Frau S. erstmals in ihrem Leben erfahren, was es bedeutet, kontinuierlich an einer schweren Aufgabe zu bleiben, nicht aufzugeben, Fehler machen zu dürfen, mit Enttäuschungen und Misserfolgen fertig zu werden und schließlich das Ergebnis der eigenen kreativen Arbeit vor sich zu sehen. Indem Sie sich im Verlauf des Projekts vielen ihrer Ängsten stellen konnte und Neues ausprobierte, gelangen ihr mit dem Projektabschluss entscheidende Schritte in Richtung Selbstständigkeit und Eigenverantwortung.

Zu Ihrer Geschichte: Frau S. (29 Jahre, paranoid-halluzinatorische Psychose, F20.0, depressive Störung F32.11) lebt seit Herbst 2001 in unserer Einrichtung. Sie kam nach dem sechsten Klinikaufenthalt mit dem Wunsch nach Stabilisierung und dem Leben in einer Gemeinschaft. Zur Anamnese: Sie war das dritte von fünf Kindern, wuchs zunächst in ländlicher Umgebung auf, hatte

eine 'normale', Kindheit, mit tendenziell überbehütenden und religiösen Eltern. Die Familienatmosphäre war von Leistungsdenken geprägt, über 'negative' Gefühle wurde nicht gesprochen. Alle Kinder waren musisch begabt und in verschiedenen Gruppierungen aktiv.

Im Grunde hatte sie eine scheinbar unauffällige Lebensgeschichte, ähnliche wie man sie bei schizophren Erkrankten häufig findet. In ihrem 7. Lebensjahr zog die Familie wegen der pflegebedürftigen und krebskranken Großmutter in eine Stadt. Frau S. erlebte deren qualvolles Sterben traumatisch, vor allem weil sie emotional nicht aufgefangen wurde. Sie begann schon als Kind sich zu isolieren, bzw. fühlte sich in von Gleichaltrigen ausgeschlossen und zog sich nach Hause zurück. Die psychotische Erkrankung brach in ihrer Jugend mit einer unbeantwortet gebliebenen Verliebtheit aus, sie entwickelte Beziehungsideen und musste schließlich im Alter von 17 Jahren erstmals in stationär-psychiatrische Behandlung. Eine Berufsausbildung konnte sie auf Grund ihrer Krankheit nicht abschließen. In ihrem 21. Lebensjahr suizidierte sich ihre älteste, von ihr sehr geliebte, Schwester nach einer längeren depressiven Episode. Infolge dieses Verlusts kam es zu einem weiteren Ausbruch der paranoid-halluzinatorischen Psychose: Frau S. entwickelte wahnhaftige Krebsängste, die sie seitdem mehr oder weniger stark ausgeprägt begleiten. Besonders am Jahrestag des Todes der Schwester wird ihre Lebens- und Identitätsangst (AMMON 1979, S. 407) aktualisiert. Zum Zeitpunkt ihres Einzugs war sie ängstlich, hatte keinerlei praktische Fähigkeiten und traute sich über Jahre nichts zu. Selbst einfache Aufgaben im Haushalt, wie das Schälen einer Karotte, schienen ihr unmöglich. Andere Bewohner beklagten sich häufig über ihre 'Faulheit' und reagierten wütend darauf, wenn sie hilflos und beobachtend neben ihnen stand. Seit ihrem Einzug 2001 besuchte sie regelmäßig eine Tagesstätte für psychisch Kranke und arbeitete stundenweise in einem Muskaliengeschäft. Auf Aufforderungen, sich doch nach einer Tätigkeit umzusehen, reagierte sie mit Verweigerung und Rückzug. Wenn ihre Ängste überhand nahmen, begann sie zu somatisieren, Stimmen zu hören, Fratzen zu sehen oder auch psychotische Verliebtheitsfantasien zu entwickeln, woraufhin es zu zwei weiteren Klinikaufenthalten kam.

Charakteristisch für ihr Kontaktverhalten ist, dass sie vor allem über ihre Pathologie auf Menschen zugeht: Sie klagt über vielfältige körperliche Symptome, Schmerzen und Ängste, womit sie ihr Gegenüber regelrecht in die Flucht schlägt. Ein persönliches Interesse an anderen Menschen wird dabei nicht spürbar. Ihre Nähe-Distanz-Regulation findet offenbar über Abschreckung statt, da

sie große Schwierigkeiten hat, sich anderen Menschen gegenüber offen abzugrenzen; sie kann sich nicht durchsetzen und keinen Ärger äußern. Ihre Ressourcen liegen besonders im künstlerischen Bereich: Sie spielt Klavier und Querflöte mit Freude und Engagement. Hier kann sie sich selbstbewusst und engagiert zeigen.

Das beschriebene Projekt erweckte erstmals Frau S. Interesse an handwerklicher Arbeit. Sie zeigte erstaunliches Durchhaltevermögen und Engagement, sowie ein Interesse, das sie bislang nur für ihre Tagesstätte aufgebracht hatte. Sie gehörte zu der Kerngruppe, die an jedem Projekttag mitarbeitete und sich immer für diese Projektgruppe entschied, auch wenn andere Aufgaben zur Auswahl standen – bei unseren Projekttagen stehen in der Regel zwei oder mehr Projekte zur freien Auswahl.

Die sonst zögerliche und ängstliche Bewohnerin ließ sich von Schnee und Regen nicht abschrecken. Zu Beginn hielt sich Frau S. häufig eher beobachtend am Rand der Gruppe auf. Sie sah zu, wie die anderen arbeiteten und führte allenfalls nach Aufforderung einfachere Hilfstätigkeiten aus, die ihr ganz genau erklärt werden mussten. Es schien, als habe sie sich in einem Ich-Zustand aus einer frühkindlichen Zeit befunden, in welchem sie sozusagen den 'Großen' bei ihrer Tätigkeit zusah (AMMON 1979). Team und Gruppenmitglieder konnte sie als sogenannte 'Hilfs-Ich-Funktionen' nutzen, indem sie miterlebte, wie diese sich auseinandersetzten und Aggressionen und Gefühle äußerten (AMMON 1979, S. 417).

Erstmals aktiv in Erscheinung trat sie im März, als sie sich mit einer anderen Bewohnerin zusammen tat, um den letzten Pfosten einzubetonieren, nachdem mehrere Bewohner mit Borderline-Struktur immer wieder angekündigt hatten, sich darum zu kümmern, ohne dies je in die Realität umgesetzt zu haben.

Dieses erstmalige Aktivwerden gelang Frau S. im Kontakt mit einer Mitbewohnerin, die sie zwar wegen ihrer fehlenden Fertigkeiten im realen Leben über lange Zeit abgelehnt hatte, mit der sie jedoch eine enge Beziehung verbindet, da sie die selbe Gruppentherapie besuchen. Die Einstellung ihrer Mitbewohnerin ihr gegenüber veränderte sich an diesem Projekttag durch die Freude am gemeinsamen Tun. Frau S. fiel es im Zweierkontakt leichter, sich auf neue Tätigkeiten wie den Umgang mit der Wasserwaage und das Betonmischen einzulassen, vermutlich, weil auf diese Weise ihr Symbiosebedürfnis befriedigt wurde: Sie wirkte wie ein kleines Kind, das sich sicher an der Hand der Mutter fühlt und aus dieser Sicherheit heraus aktiv werden kann. Hinzu kam, dass sie sich unbeobachtet fühlte und keine Konkurrenz zu befürchten hatte. In größte-

ren Arbeitsgruppen wirkte sie immer unsicherer und hilfloser, traute sich noch weniger zu, so als habe sie noch gar nicht die Fähigkeit zur konstruktiven Rivalität, im Sinne eines Sich-miteinander-Messens und Herausforderns, entwickelt.

An den folgenden Projekttagen probierte sie verschiedene Tätigkeiten aus, sägte Bretter zurecht und wagte sich schließlich auf die Leiter. Das Arbeiten auf der Leiter war in mehrfacher Hinsicht bedeutsam: Einerseits ist es buchstäblich als Entwicklungsschritt zu verstehen, weg vom Altbekanntem, in neue unbekannte Gebiete und steht damit diametral ihren Schuldgefühlen der toten Schwester und dem damit verbundenen Entwicklungsverbot gegenüber. Gleichzeitig weckte das Aufsteigen in die luftigen Höhen in ihr lustvolle Schwindelgefühle, in denen sexuelle Wünsche nach Hingabe und Aufgefangen spürbar wurden: Sie äußerte eine Art Lustangst davor, ohnmächtig zu werden, von der Leiter zu fallen. Wer würde sie dann auffangen?

Der Wunsch nach Sexualität zeigte sich auch beim 'Spiel mit dem Feuer', konkret dem Umgang mit einem großen Bunsenbrenner, der zum Abdichten des Daches benötigt wurde. Hier war ebenso eine Lustangst vor dem Feuer spürbar. Sie tastete sich vorsichtig heran und wagte es dann, mit dem gefährlichen Gerät zu hantieren. Besonders wichtig war in diesem Zusammenhang für Frau S. ihr männlicher Betreuer vom Team, mit dem sie über das Projekt viel Kontakt hatte. Während des Projektes entwickelte sie ödipale Gefühle für ihn, ohne dabei, wie in der Vergangenheit, in einen Liebeswahn abgleiten zu müssen. Sie konnte den geschützten Kontakt und die Nähe zu einer idealisierten Vaterfigur genießen, die ihr erklärend und helfend zur Seite stand. Zu den Mitarbeiterinnen entwickelte sie eine Mutterübertragung und kam mit Versorgungswünschen und Klagen über Schmerzen und Ängste. Es schien uns, als versuchte sie, die Mutter mit ihren Klagen zu beschäftigen, um einen freien Weg zum Vater zu haben.

Im Sommer erlebte Frau S. das Wahrwerden ihrer größten Angst, weswegen sie viele Dinge im realen Leben nie in Angriff nahm: Sie machte einen Fehler mit negativen Konsequenzen. Es war ihre Aufgabe, allein auf der Leiter stehend, Dachleisten bündig an das Baugerüst zu nageln. Wie bereits erwähnt, machte ihr das Erklimmen der Leiter bereits so viele Gefühle, dass eine differenzierte Aufgabe, bei der Konzentration und Planung erforderlich war, sie überfordern musste. Erschwerend kam hinzu, dass sie kein Gruppenmitglied als Unterstützung an ihrer Seite hatte, vom Team war der schützende 'Vater' nicht anwesend. Auch war ihr die Aufgabe nicht ausreichend erklärt worden.

Gruppendynamisch war sie von der Projektgruppe im Stich gelassen worden. So nagelte sie über einen längeren Zeitraum die Bretter ungenau an. Als der Fehler nach Stunden bemerkt wurde, war sie sehr verzweifelt. Im Sinne einer Selbstbestrafung kamen ihr Gedanken an die tote Schwester in den Sinn.

Tatsächlich hatte sich in diesen Tagen der Suizid der Schwester geäußert und Frau S. fühlte verstärkt ihr Lebensverbot. Sie konnte über diese Gefühle mit den Mitarbeiterinnen sprechen und es gelang ihr, sich von ihrer Selbstdestruktion abzugrenzen, so dass sie schließlich bis zum Projektende bleiben und die Rückmeldungen aus der Gruppe annehmen konnte. Dieser Tag war für Frau S. eine Art Wendepunkt, weil sie erstmals verstand, warum es nicht nur erlaubt sondern sogar notwendig ist, Fehler zu machen. Ohne die Möglichkeit, etwas falsch machen zu dürfen, kann Lernen nicht stattfinden. Sie selbst gibt diese Erfahrung in einem Fragebogen als wichtigstes Ereignis des gesamten Projekts an. Einen Tag später konnte sie bei einer kleinen Arbeitsstelle anrufen und ihr erstes Vorstellungsgespräch vereinbaren.

Am letzten Projekttag, als das Dach gedeckt wurde, kamen alle Teilnehmer mit Klagen und Versorgungswünschen auf uns zu: Man hatte Arzttermine, somatische Beschwerden und finanzielle Sorgen. Entsprechend klagte Frau S. über Zahnschmerzen. Hauptthema dieses Tages war also die Regression als Trennungswiderstand. Trotzdem und obwohl das Dach schwankte, wie ein Schiff auf schwerer See, wagte Frau S. sich hinauf. Sie ließ sich von einem männlichen Gruppenmitglied zeigen, wie die Dachpappe-Bahnen annagelt werden, versuchte sich also nochmals in der selben Tätigkeit, die ihr vor einem Monat misslungen war. Sie arbeitete zwar zügig, aber wieder verkehrt. Im Unterschied zum letzten Mal stand ihr jedoch der Bewohner zur Seite und machte sie darauf aufmerksam, so dass der Fehler keine größeren Folgen hatte und sie den Rest der Aufgabe richtig zu Ende bringen konnte. Die Ursache für das Misslingen wurde deutlich: Frau S. schaute nicht richtig hin, sondern werkelte blindlings drauf los. Absorbiert von ihrer Angst, etwas falsch zu machen, gelang ihr keine Selbstkorrektur, d. h. ein Vergleich der Vorgabe mit ihrem Ergebnis. Auf diese Weise stellte sie genau das her, was sie am meisten befürchtete. Durch die Intervention des Gruppenmitglieds wurde ihr Vorgehen offen und Frau S. konnte zum Projektende eine entscheidende korrektive Erfahrung machen.

Unmittelbar nach Beendigung des Projekts gelang ihr die Entwicklung aus der Tagesstätte: Sie begann mit einer Berufsfindungsmaßnahme vom Arbeitsamt. Auch konnte sie erste Trennungsschritte aus dem Elternhaus hinaus ma-

chen, indem sie sich beispielsweise dafür entschied, eine eigene Krankenversicherung abzuschließen – bis dahin war sie über den Vater mitversichert gewesen. Innerhalb der TWG übernahm sie erstmals ein verantwortungsvolles Amt, nämlich das ‘Stromgeld’: Sie muss regelmäßig das Stromgeld von allen Bewohnern einsammeln und dann überweisen. Wenn dieses Amt nicht verantwortungsvoll ausgeführt wird, wird der Strom im Haus abgestellt. Das bedeutet für sie, dass sie alle Bewohner, die nicht rechtzeitig bezahlen, anmahnen muss. Es gelingt ihr zunehmend, in den gruppenspezifischen Sitzungen Ärger über die Verspätungen zu äußern.

Im ISTA zeigt sich vor allem eine Veränderung, vor allem hinsichtlich ihrer Angst und Abgrenzung. Die Auswertung vom Jahr 2000 spiegelt Frau S. Schwierigkeiten wieder: Es zeigte sich ein hohes Defizit in den Bereichen der Aggression und der Abgrenzung nach außen und nach innen, mit dementsprechend unterdurchschnittlich ausgeprägten konstruktiven Anteilen. Die stark erhöhte destruktive Angst, in Kombination mit einer defizitär-destruktiven Abgrenzung nach innen lässt sich als Hinweis auf überflutende ‘psychotische’ Ängste verstehen.

In der Testwiederholung von 2004 zeigt sich eine deutliche Veränderung hinsichtlich der Angst: Die destruktive Angst liegt jetzt im Normbereich, während die konstruktive Angst etwas angestiegen ist. Gleichzeitig hat sich die konstruktive Abgrenzung nach innen erhöht und entsprechend die defizitär-destruktiven Anteile verringert. Das heißt, Frau S. ist psychotischen Ängsten heute weniger ausgeliefert, sie kann sich besser von ihren unbewussten Gefühlen und Fantasien abgrenzen.

Zusammenfassend möchten wir betonen, dass die Milieuthérapie für psychotisch erkrankte Patienten ein besonders wichtiger Behandlungsansatz ist, da sie dort die Möglichkeit haben, sich im realen Geschehen mit den einzelnen Gruppenmitgliedern zu identifizieren und dann allmählich über Imitation und Identifikation eigene Fähigkeiten und Fertigkeiten aufzubauen (AMMON 1979, S. 417). Natürlich profitieren nicht alle unsere Bewohner in diesem Maß von der Milieuthérapie wie Frau S., die nicht nur Selbstsicherheit und Fähigkeiten dazu gewonnen hat, sondern im Projektverlauf einen tiefen Prozess der Persönlichkeitsentwicklung durchgemacht hat.

## *Literature*

Ammon, G. (Ed.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie I

Reitz, G., Hessel, T. (2000): Erfahrungen und Ergebnisse aus der Arbeit in den Wohngemeinschaften

- der Dynamischen Psychiatrie. *Dyn. Psych.* 182/183: 327-336.
- Splete, R. (2000): Gruppendynamische Arbeit in Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie. *DynPsych* 182/183: 337-345.
- Winkelman, U. (1999): Humanstrukturelles Arbeiten in der Milieuthherapie: Der Zusammenhang von Aggression, Handeln und Schuld. *DynPsych* 176/179: 413-417.
- Winkelman, U. (Hg.) (2000): Aggression mal konstruktiv. Ambulante Milieuthherapie in Theorie und Praxis. Eschborn: Dietmar Klotz.

Dipl.-Psych. Saskia Heyden  
Johann-Clanze-Straße 17  
81369 München  
s.heyden@dynpsych.de

Dipl.-Soz.-Päd. Heidi Roschat  
Waldspielplatz 37  
82319 Starnberg  
h.roschat@dynpsych.de

Saskia Heyden: Dipl.-Psych., seit 2003 psychologische Leitung der Therapeutischen WG Grünwald des Trägervereins für Freie und Therapeutische Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie e. V., seit 2005 psychologische Psychotherapeutin (DAP)

Heidi Roschat: Dipl.-Soz.-Päd.; seit 1997 stellv. Leitung der Therapeutischen WG Grünwald des Trägervereins für Freie und Therapeutische Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie e. V.; seit 1998 Leitung einer Gruppe für Junge Erwachsene mit Essstörungen bei ANAD e. V., Beratungsstelle für Essstörungen

# Group Dynamics in the Life of a Therapeutic Community

Aldo Lombardo (Rome, Italy)

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit Gruppendynamik innerhalb des Mitarbeiterteams einer therapeutischen Wohngemeinschaft (TC). Es werden verschiedene Aspekte von Leiterschaft betrachtet sowie die Notwendigkeit, eine therapeutische Einrichtung als Gesamtgruppe zu betrachten, um die inhärenten Prozesse besser zu verstehen. Die therapeutische Gemeinschaft wird verglichen mit einem lebenden Organismus und auch die Strukturen des Unbewussten werden zum Vergleich herangezogen, um den therapeutischen oder auch anti-therapeutischen Effekt dieser Art von Einrichtung zu betrachten mit ihren Auswirkungen sowohl auf die Patienten als auch das Mitarbeiterteam.

Keywords: group dynamics, therapeutic community

## *Introduction*

During my ten years in charge of a therapeutic community (TC), I have tried to understand my experience – and especially my mistakes – in the light of two classical approaches to group psychology. In the psychoanalytic approach, the focus is on unconscious workings and their expression in the interaction and behaviour of the group. For therapeutic groups, this may reveal trends leading either to success or failure in resolving resistances, defences, transference and – in terms of BION's (1961) 'basic assumptions' –, dependency, coupling, fight-flight. For task-centred groups, this approach also deals with tension control.

In the systemic approach to group psychology, the focus is on rules, roles, subsystems and communication networks that either make the groups coordinated, effective and successful, or account for any failure.

With regard to some of my own experiences that I will now be presenting, I must also add that I have learnt the hard way that, to paraphrase WINNICOTT (1982), just as "there is no such thing as a baby without a mother", there is no such thing as a staff without leadership, although leadership can take on vari-

---

Paper presented at the 13<sup>th</sup> World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP), March 13–17, 2001 at Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

ous forms, including invisibility. In addition, certainly where there is an acknowledged leader, the staff group can become a resonance chamber amplifying some of the leader's personal character traits; i. e. magnifying his anti-therapeutic role towards community functioning no less than his therapeutic contributions.

### *Beginnings*

In England, I was trained in the TC approach for running a hospital ward as a therapeutic milieu. In the history of Therapeutic Communities there are two important moments. The first corresponds in practice to the date of birth of the approach. In 1796 a Quaker, William TUKE, (KENNARD 1998) opened up the Retreat in York to host about 30 psychiatric patients to be treated with the same respect as any other human being. Although the approach was mainly assistive, this was the first time that the idea of empowerment had been put into practice. The second moment has as a scenario the aftermath of World War II. In 1946 Northfield Hospital, a rehabilitation military hospital in Birmingham, conducted a peculiar experiment in the attempt to return shell-shocked soldiers back to the army as soon as possible, rather than home where they would be idle. Tom MAIN, (BROOK 1993) who took a big part in the experiment after BION and RICHMAN and other psychoanalysts like FOULKES, BRIDGER, CLARK and others who worked there, called the method of activating a hospital to promote true rehabilitation in its patients, Therapeutic Community (TC). Later on, RAPPAPORT (1960), an American anthropologist, spent two years in a TC lead by Maxwell JONES, a physician also involved in the rehabilitation of sick soldiers in another military hospital in Mill Hill, London, during the war. The TC he studied was Henderson Hospital. He found out that the peculiarities of TC are democratization, reality confrontation, communalism, permissive. Further developments, conceptualization and research on TCs are due to S. WHITELEY, ROBERTS, KENNARD and others, whose contributions are collected and taken care of by Jessica Kingsley Book Publisher, in a digest of several books on TC's theory and practice.

The principles constituting this approach are difficult enough to apply in a hospital ward, but in a TC proper, they are constantly challenging for all involved.

Returning to Rome after my training in England, I was like a fish out of water. As I started a professional practice, I soon found that cases referred to me were often quite unfit for individual therapy and obviously in need of TC

treatment. Therefore, I embarked on a TC project and got together a few young psychologists, eager to create a job for themselves and to test out what they had learnt at the university. This was my “embryonic staff”.

The model for the TC I founded is that one pioneered 50 years ago in England by Maxwell JONES – democratic, egalitarian, permissive and confrontational, with:

1. a ‘culture of enquiry’ (MAIN 1946) into every fact concerning the TC as well as any of its members, and
2. learning from its day-to-day life (JONES 1968). It is not to be confused with communities for drug addicts, which are extremely hierarchical but nowadays are also called TCs.

The TC is in Rome and provides for difficult people who mostly fall within the DSM IV diagnostic category of Personality Disorder. There are 16 places and about 16 staff members, mostly with university degrees in psychology and their own experience of psychotherapy. There are three shifts every 24 hours so that three staff members are present in the daytime and two overnight. There is a staff meeting on Tuesdays, when we also take part in a self-support sensitivity group.

An important fact is that the TC was set up by my wife and me ten years ago in a villa on the Via Appia Antica with rooms for eight patients. Four years later, it moved to its present premises and was enlarged to accommodate eight additional places.

### *The Early Phase*

I began making mistakes as soon as I put myself in the position of leader of a virtual TC (composed simply of “normal neurotics”, i. e. my embryonic staff).

Although a leader works with human resources, there is a great difference between leading a therapy group and managing an institution. For one thing, the therapeutic stance of a therapist can conceal personal characteristics, while the more active role of leader requires the expression of affects and personal views that inevitably affect culture development in a work environment. In addition, I underestimated how crucial it was for a manager to be able to select staff members suitable for the specific tasks of the job. As I knew too little, I was not fully aware of this at the beginning, and I felt overconfident as both group conductor and TC leader concerning what I still believe is the most important group of all in a TC: the staff as a group.

However, how would a group conductor feel if three quarters of his group suddenly deserted him? This actually occurred months later, the moment I found a place for a real TC, and the real job was to begin. There I was, with three staff members out of the 12 formally engaged. Where did I go wrong? What lesson should I derive from this?

I soon realized that I was not able to discriminate between operator as a role within a system, and operator as a person. As a professional, he must be competent, capable of accepting and developing a TC culture, and trained to be in touch with his own feelings: especially under stressful conditions, when he ought to keep faith in his mission. As a person, he must be a committed, stable and mature individual.

The work proceeded smoothly, so to speak, with some flattering success and occasional failures for four years. New young psychologists had been gradually joining, managing to feel like the owners of the place. There were no changes in the daily routine, with group therapy meetings in the morning and various activities in the afternoon. However, the house and things happening there gradually became increasingly messy. The community seemed to reproduce the sick mental state of some patients: erratic, chaotic and irrational. Groups were disturbed and non psychological. Staff had difficulties in thinking. There was a laissez-faire atmosphere, and one could see that tidiness, cleanliness, order, and peace were insufficient; above all, not every "owner" shared equal responsibility for the house.

It was difficult for me to change this trend, as the real obstacle to getting things straight was, in fact, inside me, in exercising the authority in my role as the leader. Brought up by an authoritarian father, I very much identified with him, particularly as he died prematurely. Consequently, the solution to my ambivalence toward him led me to develop the reaction formation of antiauthoritarianism. Therefore, to exercise the authority of a chief unconsciously meant to expose myself, and my father inside me, to my hatred projected on my subordinates. The result of this could explain why I did not exercise the right to directly reprimand staff members who were not up to standard.

Indeed, I tended to rationalize the situation, exploiting a few theories which were quite useful at times. For example, one of my teachers used to say that we, as members of a TC (staff and patients), in a way are all ill: only some are more ill than others. Therefore, I indulged in the idea that I had to respect the neurosis in each of us and to wait for the TC to cure it. In the end it would be wrong to dismiss anyone. Indeed, I went even further and exploited the same

notion for therapeutic purposes. As we are all ill, I preached, a group of staff exposed to a group of sick patients belongs to the same matrix of psychological disease. It is quite plausible then that, as a group, staff members would reproduce in their interactions the sickness of the patients' group (the mirror effect, according to S. H. FOULKES).

Actually, to examine the "mirror effect" (FOULKES 1975) of the patients' group on the staff's group dynamics indeed helps to understand the reverberation of what goes on in patients' group dynamics. An example: for a while staff complained that most patients either turned up late for therapy or slept throughout group sessions, and some even deserted the appointments altogether. What became clear in one, after group analysis, was that lately the state of staff members' alertness to the patients' behaviour had been poor. Several signals of dissatisfaction, like dirty rooms, cigarette butts strewn all over, oversleeping, etc., had not been picked up on as communications of malaise; indeed, a few staff members had been late for work and sometimes even late for therapy sessions.

However, the manner of interpreting the staff's negative performance as a mirror of what goes on in the patients' group sometimes could be used by staff members themselves as a resistance to acting as responsibly and appropriately as possible.

In other words, when staff hid their lack of responsibility or inefficiency behind the "mirror effect", they were manifesting the very same defence as their patients when avoiding responsibilities: because they are sick, i. e. in the "sick role".

Another rationalisation in place of looking more deeply at the leader's responsibility for his staff's attitude has to do with this other theory. One may imagine the staff group of a TC as the pulsating heart of a living system, with the leader in the position of pacemaker. During diastole, chaos and accompanying creativity is allowed, until the risk of cardiac arrest, so to speak, becomes a liability. At this point, the leader, who is the staff pacemaker, tightens things up through an authoritarian systolic imposition of a new set of rules (in this case, my identification with my father, then, could emerge without guilt).

### *Further Changes*

Things suddenly changed when we had to move from the villa on the Via Appia Antica to another less glamorous villa on the outskirts of Rome. Five

events impinged on the mood change in the TC:

- a) None of us, as a team wanted to face the loss of the place and hardly acknowledged that life would be changing soon for each of us.
- b) My wife was pregnant and delivered a baby the same day as the TC moved.
- c) I asked people to pay for their own coffee and telephone calls.
- d) My analyst died the same summer.
- e) The number of patients rapidly rose to 14, and so did the number of staff, with the addition of two nurses.

Out of all these changes, the most significant for the future of the institution was the changed group size. In the beginning, the TC was a small house, hosting a small group of patients who could be followed up closely by very dedicated young psychologists and educators individually trying their best within a family atmosphere. In the new place, we were part of a larger group and of an institution in all respects.

In the small TC, our efforts had the effect of strengthening the ego of our patients, helping them substitute individual defence mechanisms with more mature ones. The large group situation had less to do with an instinctual situation and more with learning. In a way, it was going in the direction opposite to psychoanalysis: instead of excluding the context in favour of the relationship, context took on capital importance. In fact, in large groups, one explores the conscious rather than the unconscious. Through dialogue a person learns to communicate and to discover humane dimensions inside himself and others, which will enrich the Self, and one becomes more mature. BATESON (1976) would say that the individual learns to learn what is important to be able to live well in that specific environment.

Since the large group provides more help to the Self of individuals rather than to their ego (DEMARÉ 1991), it also provides new super-ego cultural agencies. Therefore, while in our small TC the organization of therapy was the main concern, in the new larger TC the therapy of the organization had become the main preoccupation. Here, environment and context – i. e. the other 23 hours, so to speak – are more important than the content of each interpersonal exchange. What at the outset had been the main instrument of therapy – i. e. the group – had now become the actual object of treatment.

### *Looking at a Group Both Psychologically and Systemically*

Whichever way you look at it, due to a combination of these five events, dissatisfaction with the leadership broke out. At a psychological level, one could say that this was the result of the avoidance of feelings of depression, caused by envy and anger over the good things the couple would achieve at their staff's expenses. Alternatively, it could be observed that the transference of omnipotent fantasies toward me, like: "He can do everything" had changed into "He does not want to do things for us on purpose: he betrays us". At any rate, disillusionment and bitterness over the loss of the representation of an idealized family set in. Interestingly enough, the staff's complaints now felt very much like the same kind of complaint patients used to convey to them as workers (mirror effect displaced onto me).

From a systemic point of view, one could read the situation differently. As the result of a lack of communication among staff members, who spoke of their grievances in corridors rather than in appropriate forums for discussion, feedback into the system was lacking.

This situation actually blew up at a very stormy sensitivity meeting. A sort of subgroup leader, chosen in advance at a clandestine staff meeting, fiercely confronted and attacked me. My staff members were obviously growing up. They did not want to consider me and my wife their group conductors any longer but only as their employers; as if to say: "You are not our good mummy and daddy any more and we do not love you as parents any more: from now on we will regard you solely as our work providers."

From the psychological stance, this could be interpreted as a childish reproach for not having brought the Messiah, in BION's terms (1961). From the systemic point of view, it was necessary to clarify more precisely each one's role within the system, whose aims had also to be redefined as the institutional mission.

From then on, a few changes have contributed to improving the working condition: new job descriptions, new inner regulations, new forums for discussions, a new structure of the working week, and the introduction of sophisticated software which, after almost three years of resistance to its adoption, is now regarded as indispensable. The staff group had consolidated and for eight years no staff was to leave. Only last year, just as occurs in biology after a period of latency, five staff members left within six months. With five new junior staff members a new situation has developed, with both positive and less positive

working consequences. Interestingly enough, the patients' length of stay has been reduced to an average of 18 months.

### *Conclusion*

I have studied the institutional dynamics of this TC for ten years. The forces guiding its structure and organization depend strictly on the quality and quantity of information fed into the system and on the guidance of its leader as the main vehicle of the institution's culture. Like any living system, an institution can be healthy or sick depending on whether or not it produces new organizational patterns and a new organization to tackle problems effectively. Awareness of as many conscious and unconscious dynamics as possible is therefore fundamental to understanding and responding to environmental demands.

Institutions, in fact, may be seen as organized systems made up of subsystems, each with clear roles, clear rules, and clear tasks held together by effective communication. Under this perspective, one could regard an institution like a TC as an information-processing system with the final aim of creating new forms of order, for the benefit of anyone belonging to the system.

In particular, a TC that processes feelings may more easily approach a living system. Here, however, the importance of putting words to feelings and possibly to the "unconscious at work", to put it with the title of A. OBHOLTZER's book (1994) is more than necessary, as it impinges on the work atmosphere.

Problems may arise in a TC, as well as in institutions, for two main general reasons. From the systemic point of view, when roles and rules are not clear; when there is a scarce predictability of behaviours and consequences of rules breaking; when feedback into the system is inadequate and dialogue is interrupted; and when structure and its organization are not coordinated through effective communication.

From the psychological point of view, however, difficulties may equally crop up if people working together are not aware of their emotional involvement and of their difficulties, especially when exposed to very disturbed patients in a TC. Transference toward the institution as a whole, and to its leader, may be a source of trouble if not detected. On the other hand, less mature workers easily tend to idealize and subsequently to denigrate the organization for letting them down or for attempting to split the group. Due to unconscious envy or a sense of betrayal, every immature worker can experience bitterness and express it through moaning and complaining in private rather than in groups, accounting for sabotage to the organization's health.

A TC, though, is different from other kinds of institutions, inasmuch as its output has to do with human growth and with techniques of dealing with emotional problems. If, like a family, it creates and teaches how to solve conflicts, then just like a family it requires all its members, staff and leader included, to grow up and to do so in togetherness. This is why in the end most of us who work there love it dearly and are always ready to defend it vigorously.

## Gruppendynamik in Institutionen

Aldo Lombardo (Roma)

### *Einleitung*

In der Geschichte therapeutischer Wohngemeinschaften finden sich zwei wichtige Begebenheiten: Zum einen die Anfänge im Jahre 1797, als ein Quaker, William TUKE (KENNARD 1998) eine Zufluchtsstätte einrichtet für psychiatrische Patienten, wo diese mit demselben zwischenmenschlichen Respekt behandelt werden, den man anderen Menschen auch zuteil werden lässt. Obwohl diese Arbeit größtenteils eine unterstützende war, ist es doch das erste Mal, dass das Konzept von 'empowerment' angewendet wird. Das zweite wichtige Ereignis fand vor dem Hintergrund des zweiten Weltkrieges statt: In Jahre 1946 im Northfield Hospital in Birmingham, einem Militärkrankenhaus zur Rehabilitation von kriegsbedingtem PTSD bei Soldaten. In einem ganz besonderen Experiment wurde versucht diese Menschen schnellstens wieder in die Armee zurückzubringen, anstatt sie zuhause ohne Beschäftigung zu lassen.

Tom MAIN (BROOK 1993), der einen großen Anteil an diesem Experiment hatte, nachdem schon andere Psychoanalytiker wie BION, RICHMAN, FOULKES, BRIDGER, CLARK und andere die dort gearbeitet hatten, nannte diese Arbeitsweise, ein Krankenhaus zur vollständigen Rehabilitation des Patienten heranzuziehen, 'Therapeutic Community'. Später verbrachte RAPPAPORT (1960), ein amerikanischer Anthropologe, zwei Jahre in einer von Maxwell JONES geleiteten TWG. JONES beschäftigte sich während des Krieges mit der Rehabilitation von kranken Soldaten in einem anderen Militärhospital in Mill Hill, London und arbeitete im Henderson Hospital mit einer TWG. Er fand heraus, dass die Besonderheiten einer TWG in Demokratisierung, Realitätskonfrontation, Gemeinschaftlichkeit und gegenseitiger Toleranz bestehen. Weitere Entwicklun-

gen, Konzeptualisierung und Forschung bezüglich therapeutischer Wohngemeinschaften verdanken wir S. WHITELEY, ROBERTS, KENNARD und anderen, deren Beiträge in einer von Jessica Kingsley Book Publishers Reihe von Büchern über die Theorie und Praxis therapeutischer Wohngemeinschaften zusammengefasst und herausgegeben worden sind. Diese Konzepte, die schon in einem Krankenhauskonzept schwer anwendbar sind, werden in einer therapeutischen Wohngemeinschaft zu einer Herausforderung für alle Beteiligten.

### *Persönliche Erfahrungen*

In den letzten zehn Jahren meiner Leitung einer therapeutischen Wohngemeinschaft (TWG), habe ich versucht meine Erfahrungen zu verstehen – vor allem auch meine Fehler – im Lichte zweier klassischer Herangehensweisen an die Gruppentherapie. In der Psychoanalyse liegt der Schwerpunkt auf unbewussten Prozessen und deren Manifestation in der Interaktion und dem Verhalten der Gruppe. Bei therapeutischen Gruppen führt dies zu Erfolg oder auch Misserfolg im Auflösen von Widerständen, Abwehrmechanismen, Übertragungen, Abhängigkeiten, Bindungen usw.. Bei Gruppen, die eher auf der Verhaltensebene arbeiten, kommt noch der Umgang mit Druck bzw. innerer Anspannung hinzu.

Im systemischen Ansatz innerhalb der Gruppentherapie liegt das Hauptaugenmerk auf Regeln, Rollen, Untergruppen und Kommunikationsvernetzungen, die eine Gruppe entweder geordnet, effektiv und erfolgreich sein lassen oder Grundlage sind für jeglichen Misserfolg.

Im Lichte meiner eigenen Erfahrungen, die ich an dieser Stelle nun vorstelle, möchte ich hinzufügen, dass ich die Tatsache, dass es kein Team gibt ohne eine Leitung, am eigenen Leibe erfahren musste. Obwohl diese Leitung verschiedene Formen annehmen kann, ja sogar unsichtbar sein kann, ist es doch so wie WINNICOTT es ausdrückte: „So etwas wie ein Baby ohne Mutter gibt es nicht.“ Zudem besteht auch sicherlich die Möglichkeit, dass dort wo es eine anerkannte Leitung gibt, das Team zu einer Art von Resonanzboden wird, der die Charaktereigenschaften des Leiters verstärkt wiedergibt. Dies gilt sowohl für seine evtl. antitherapeutische Rolle im Funktionieren der Gemeinschaft, wie auch für seine therapeutische Wirkung.

### *Die Anfänge*

In England wurde ich darin ausgebildet, eine Klinikstation als ein therapeutisches Millieu zu führen. Zu Beginn meiner Arbeit in therapeutischer Praxis

fand ich bald heraus, dass die Fälle, die zu mir überwiesen wurden, oftmals für eine Einzeltherapie nicht in Frage kamen und ganz offensichtlich einer Behandlung in einer therapeutischen Wohngemeinschaft bedurften. Daher begann ich ein TWG-Projekt zusammen mit einigen jungen Psychologen, die sich eifrig darum bemühten, sich ihr eigenes Arbeitsfeld zu gestalten und auszuprobieren, was sie an der Universität gelernt hatten. Dies war mein 'Team im Embryostadium.'

Das Modell für eine therapeutische Gemeinschaft entstand vor fünfzig Jahren in England durch Maxwell JONES – demokratisch, egalitär, anti-autoritär, konfrontierend. Hier war zum einen wichtig, ein offenes sich erkundigen nach allen Einzelheiten, welche die Gemeinschaft sowie jedes ihrer Mitglieder betraf (MAIN 1946) und zum anderen ein Lernen aus dem tagtäglichen Zusammenleben (JONES 1968). Dies sollte nicht mit Wohngemeinschaften Drogenabhängiger verwechselt werden, die eine strenge Hierarchie aufweisen, heutzutage jedoch auch als therapeutische Gemeinschaften bezeichnet werden.

Die TWG befindet sich in Rom und ist gedacht für schwierige Menschen, die diagnostisch vor allem in die DSM-IV-Kategorie von Persönlichkeitsstörungen eingeordnet werden können. Es gibt 16 Plätze und etwa 16 Teammitglieder, zumeist Diplompsychologen mit Selbsterfahrung in Psychotherapie.

Der Tag ist aufgeteilt in drei Schichten innerhalb von 24 Stunden, so dass am Tag drei und nachts zwei Teammitglieder anwesend sind. Jeden Dienstag findet eine Leitersitzung statt, wo wir auch an einer sogenannten 'self-support sensitivity group' teilnehmen.

Wichtig ist es auch festzuhalten, dass meine Frau und ich diese therapeutische Gemeinschaft vor zehn Jahren in einer Villa auf der Via Appia Antica gegründet haben mit Platz für acht Patienten. Vier Jahre später sind wir in unsere heutigen Räumlichkeiten umgezogen und bieten nun Platz für weitere acht Patienten.

Die Leitung einer therapeutischen Einrichtung unterscheidet sich grundlegend von der einer Therapiegruppe. Die therapeutische Haltung eines Therapeuten kann seine Persönlichkeitsmerkmale verdecken, während die aktivere Rolle eines Leiters den Ausdruck von Gefühlen und die Darstellung der eigenen Sichtweise erfordert- Dinge, die sich unweigerlich auf die Arbeitsatmosphäre auswirken. Auch sollte betont werden wie wichtig die Fähigkeit ist, die richtigen Mitarbeiter für ganz bestimmte Arbeitsbereiche auszuwählen. In den folgenden Jahren machte ich mit der Leitergruppe wichtige Erfahrungen diesbezüglich.

Auch entdeckte ich, dass die Persönlichkeit eines Leiters nicht von seiner Rolle zu trennen ist: Hier ist Kompetenz gefragt, die Fähigkeit eine gute Arbeitsatmosphäre und Gruppenkultur zu entwickeln und zu fördern. Besonders in Stresssituationen sollte es ihm möglich sein, zu seinen eigenen Gefühlen zu stehen und den Glauben an die Ziele der eigenen Arbeit zu bewahren. Stabilität, eine gewisse Reife und die Fähigkeit zur Verbindlichkeit sollte er mitbringen.

Vier Jahre lang lief die Arbeit, von einigen Misserfolgen abgesehen, recht erfolgreich. Nach und nach schlossen sich uns einige junge Psychologen an, die sich ziemlich schnell mit der Arbeit identifizieren konnten und sich wie die 'Besitzer' fühlten. In der täglichen Routine gab es keine Veränderungen, mit den Gruppentherapien am Morgen und verschiedenen Aktivitäten am Nachmittag.

Langsam aber sicher verlotterten jedoch sowohl das Haus als auch die Dinge, die dort passierten. Es schien, als ob die Gemeinschaft den kranken seelischen Zustand einiger Bewohner widerspiegelten: unberechenbar, chaotisch und irrational. Die Gruppen waren gestört und nicht therapeutisch. Das Team hatte Schwierigkeiten klar zu denken. Es machte sich eine laissez-faire Atmosphäre breit, wo keiner mehr recht einsah, dass Ordnung, Sauberkeit, eine gewisse Struktur und der Frieden im Haus unzureichend geworden waren; mehr noch, nicht jeder der 'Besitzer' übernahm auch gleichermaßen Verantwortung für das Haus.

Es war für mich sehr schwierig, diesem Trend entgegenzuwirken. Das wahre Hindernis, das dem entgegenstand, die Dinge wieder in den Griff zu bekommen, lag in Wirklichkeit bei mir selber, im Wahrnehmen meiner Autorität in der Rolle des Leiters.

Aufgewachsen mit einem sehr autoritären Vater, identifizierte ich mich sehr mit ihm, vor allem da er auch noch sehr früh verstarb. Dies führte dazu, dass ich als Lösung für meine Ambivalenz ihm gegenüber eine Reaktionsbildung von Antiautorität entwickelte. Meine Autorität als Leiter wahrzunehmen hätte bedeutet, dass ich mich selbst und den Vater in mir unbewusst meinem Hass ausgesetzt hätte, den wiederum ich auf meine Untergebenen projizierte. Das würde erklären, warum ich nicht das Recht in Anspruch nahm, Teammitglieder, die nicht den Anforderungen entsprachen, direkt damit zu konfrontieren. In der Tat tendierte ich eher dazu, die Situation zu rationalisieren, wobei einige zu dieser Zeit nützliche Theorien dazu herhalten mussten.

Einer meiner Lehrer beispielsweise meinte, dass wir alle als Mitglieder der

therapeutischen Gemeinschaft (Team wie auch Patienten) auf eine Art krank wären, nur einige von uns wären kränker als andere. So gab ich mich der Einbildung hin, ich hätte die Neurose in allen von uns zu respektieren und zu warten bis die Gemeinschaft sie heilen würde. Am Ende wäre es falsch irgendjemanden zu entlassen. Ich ging sogar noch etwas weiter und benutze diese Ansicht auch für therapeutische Zwecke. Da wir alle krank wären, so predigte ich, gehöre das Team als Gruppe wie auch die Gruppe der Patienten zur selben Matrix psychischer Krankheit. Somit wäre es plausibel, dass das Team als Gruppe in ihren Interaktionen, die Krankheit in der Patientengruppe reproduzieren würde – im Sinne der Spiegelung gemäß S. H. FOULKES (1975).

Es ist tatsächlich so, dass man eine Spiegelung der Patientengruppe in der Gruppendynamik des Teams wiedererkennen kann. Als Beispiel sei hier genannt: Eine ganze Weile beschwerten sich Teammitglieder, dass die meisten Patienten zur Therapie entweder zu spät kamen oder während der gesamten Gruppentherapie schliefen und einige sogar überhaupt nicht auftauchten. Was sich in einer Gruppenanalyse herausstellte, war die Tatsache, dass in letzter Zeit die Aufmerksamkeit der Teammitglieder gegenüber dem Verhalten der Patienten nachgelassen hatte. Signale der Unzufriedenheit, wie zum Beispiel dreckige Zimmer, Zigarettenskippen überall verstreut, morgendliches Verschlafen usw., wurden nicht länger als Kommunikation von Unwohlsein erkannt. In der Tat war es so, dass einige der Teammitglieder zu spät zur Arbeit kamen und sich sogar zu den Therapiesitzungen verspäteten.

Dies zeigt auf, dass eine Interpretation des negativen Therapeutenverhaltens als Spiegelung der Patientengruppe von Teammitgliedern selbst auch als Widerstand gegen möglichst situationsbezogenes und angemessenes Verhalten ihrerseits verwendet werden kann.

Mit anderen Worten, als die Teammitglieder ihr fehlendes Verantwortungsgefühl oder ihre Unfähigkeit hinter dem Phänomen der Spiegelung versteckten, manifestierten sie dieselbe Abwehr wie ihre Patienten, wenn diese ihren Verantwortlichkeiten aus dem Wege gingen – sie waren ja krank bzw. in der Rolle des Kranken.

Eine andere Möglichkeit der Rationalisierung, die an die Stelle der Verantwortlichkeit des Leiters für die Einstellung seiner Teammitglieder tritt, hat mit einer anderen Theorie zu tun. Man kann sich das Team einer therapeutischen Wohngemeinschaft als das pulsierende Herz eines lebendigen Organismus vorstellen, bei dem der Leiter die Stellung des Schrittmachers innehat. Während der Diastole herrscht Chaos und die damit einhergehende Kreativität ist erlaubt

bis zu dem Punkt, wo ein Herzstillstand sozusagen unvermeidbar wird. Genau dann schreitet der Leiter ein, der ja den Schrittmacher für das gesamte System darstellt, indem er auf eine autoritär systolische Weise die Dinge mit Einführung neuer Regeln strafft (in diesem Falle könnte sich dann die Identifikation mit meinem Vater zeigen, ohne die ansonsten begleitenden Schuldgefühle).

Die Dinge veränderten sich sehr plötzlich, als wir von der Villa auf der Appia Antica in eine Villa mit weniger Ausstrahlung am Stadtrand von Rom umzogen. Fünf verschiedene Begebenheiten machten sich bezüglich der Veränderung der Atmosphäre in der TWG bemerkbar.

1. Nicht ein einziger von uns als Team wollte sich mit dem Verlust unseres Zuhauses auseinandersetzen und somit nahm auch niemand zur Kenntnis, dass sich in unserem Leben bald für jeden Einzelnen von uns einschneidende Veränderungen einstellen würden.
2. Meine Frau war schwanger und bekam das Baby am selben Tag, wo die TWG umzog.
3. Ich bat alle für ihren Kaffee und die Telefonbenutzung selbst zu zahlen.
4. Mein Analytiker starb im selben Sommer.
5. Die Anzahl der Patienten stieg innerhalb kürzester Zeit auf 14. Dasselbe galt auch für die Anzahl der Teammitglieder. Außerdem kamen noch zwei Krankenschwestern hinzu.

Bei all diesen Veränderungen war wohl für die Zukunft unserer Einrichtung die Veränderung bezüglich der Gruppengröße die wichtigste. In ihren Anfängen war die Gemeinschaft eine kleine Einrichtung. Hier konnte eine überschaubare Gruppe von Patienten betreut werden. Die hingegebenen jungen Psychologen und Erzieher konnten sich ihnen in einer familiären Atmosphäre widmen und taten alle ihr Bestes.

In der kleinen TWG hatten unsere Bemühungen die Stärkung des Ichs unserer Patienten zur Folge und halfen ihnen ihre individuellen Abwehrmechanismen durch reifere zu ersetzen. In der größeren Gruppensituation konnte weniger instinktiv gearbeitet werden, hier ging es eher um Lernprozesse. Die Richtung die das ganze angenommen hatte, war nun eigentlich eine der Psychoanalyse entgegengesetzte. Anstatt den Kontext zugunsten der Beziehung auszuschließen, gewann dieser enorme Wichtigkeit. Tatsächlich ist es so, dass in großen Gruppen eine Exploration des Bewussten und nicht des Unbewussten stattfindet. Im Dialog lernt ein Mensch zu kommunizieren und die menschlichen Dimensionen in sich selbst und anderen zu entdecken, welche sein Selbst

bereichern und ihn reifen lassen. BATESON würde dies folgendermaßen ausdrücken: Der Einzelne lernt das zu lernen, was wichtig ist, um fähig zu sein in seiner spezifischen Umgebung gut leben zu können.

Da die Großgruppe eher dem Selbst als dem Ich des Einzelnen dient, stellt diese auch dem Über-Ich neue 'cultural agencies' bereit. Aus diesem Grunde beschäftigten wir uns in unserer größeren TWG vorrangig mit der Therapie der Organisation, während in der kleineren Gemeinschaft der Hauptaugenmerk auf der Organisation der Therapie lag. Im größeren Rahmen wurden die Umgebung und der Kontext – d. h. die restlichen 23 Stunden eines Tages wichtiger als der Inhalt des interpersonellen Geschehens.

Was zu Anfang das hauptsächliche Therapieinstrument darstellte – die Gruppe, wurde nun selbst zum Objekt der Behandlung.

### *Betrachtung der Gruppe aus psychologischer und systemischer Sicht*

Wie auch immer man es betrachtet, wegen des unglücklichen Zusammentreffens dieser fünf Begebenheiten brach Unzufriedenheit mit der Leitung aus. Auf psychoanalytischer Ebene könnte man sagen, dass dies aus Vermeidung von Gefühlen der Depression resultierte, hervorgerufen durch Eifersucht und Wut auf die guten Ergebnisse, die das Ehepaar auf Kosten des Teams erzielen würde. Eine andere Erklärung wäre die Übertragung omnipotenter Fantasien auf mich, wie beispielsweise: „Er kann alles.“ Dies wandelte sich in: „Er will absichtlich nichts für uns tun: er verrät uns.“ Auf jeden Fall kam es zu Enttäuschung und Bitterkeit über den Verlust der idealisierten Familie. Interessant war jedoch, dass die Beschwerden des Teams denen der Patienten gegenüber den Teammitgliedern sehr ähnelten – eine Verschiebung der Spiegelung auf mich.

Aus systemischer Sicht könnte man die Situation anders betrachten. Als Ergebnis unzureichender Kommunikation der Teammitglieder untereinander, die ihrer Unzufriedenheit auf den Korridoren Luft machten, anstatt sie in die dafür vorgesehenen Diskussionsforen einzubringen, fehlte es im System an Feedback.

Tatsächlich explodierte das ganze eines Tages in einer ausgesprochen stürmischen Leitersitzung. Eine Art Untergruppenleiter, der im voraus in einer geheimen Teamsitzung gewählt worden war, konfrontierte und attackierte mich aufs Schärfste. Mein Team wurde ganz offensichtlich erwachsen. Sie wollten mich und meine Frau nicht länger als Leiter ihrer Gruppe anerkennen, sondern betrachteten uns nur mehr als ihre Arbeitgeber, als ob sie damit sagen wollten:

„Ihr seid nicht länger unsere liebe Mami und Papi, und wir lieben euch als Eltern nicht länger. Von nun an sehen wir euch ausschließlich als unsere ‘Brötchengeber’.“

Von der psychoanalytischen Warte aus betrachtet, könnte dies als kindlicher Vorwurf betrachtet werden: Wir brachten nicht den Messias, um es mit den Worten BIONS auszudrücken. Aus systemischer Sicht war es notwendig die Rolle jedes Einzelnen im System klarer zu umreißen. Auch die Ziele und der Auftrag des Systems selbst als Institution mussten erneut klar umrissen werden.

Von diesem Zeitpunkt an haben einige Veränderungen dazu beigetragen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern: neue Arbeitsbeschreibungen, neue interne Vorschriften, neue Diskussionsforen, eine neue Strukturierung der Arbeitswoche und die Einführung einer hochentwickelten Software, die nach drei Jahren erbitterten Widerstandes nunmehr als unentbehrlich gilt. Die Teamgruppe konsolidierte sich und acht Jahre lang verließ uns keiner von ihnen. Bis letztes Jahr, wie es auch in der Biologie nach einer Latenzperiode geschieht, in dem fünf Teammitglieder innerhalb von sechs Monaten ausschieden. Mit fünf neuen jungen Teammitgliedern hatte sich eine völlig neue Situation entwickelt, mit sowohl positiven als auch negativen Konsequenzen auf die Arbeit an sich. Interessant ist auch, dass sich die Verweildauer der Patienten inzwischen auf einen Durchschnitt von 18 Monaten verringert hat.

### *Schlussfolgerungen*

Ich habe die Guppendedynamik der von mir gegründeten TWG über zehn Jahre hinweg studiert. Die Kräfte, die ihre Strukturen und Organisation lenken, sind absolut abhängig von der Qualität und Quantität des Informationsflusses innerhalb des Systems, sowie von der Führung ihres Leiters als dem Hauptträger der Kultur der Institution. Wie jeder andere lebende Organismus auch, kann eine Institution gesund oder krank sein, abhängig davon, ob sie fähig ist, neue Organisationsformen zu entwickeln, um mit ihren Problemen effektiv umzugehen. Ein so differenziertes Bewusstsein der verschiedenen bewussten und unbewussten Dynamiken wie nur möglich, ist daher von fundamentaler Wichtigkeit für ein Verständnis und ein adäquates Umgehen mit den Anforderungen der Umwelt.

Tatsächlich können wir Institutionen als Systeme betrachten, welche aus Untergruppen bestehen, mit klaren Rollenverteilungen, klaren Regeln, klar um-

rissenen Aufgaben und zusammen gehalten werden durch effektive Kommunikation. Aus dieser Perspektive, kann man die therapeutische Gemeinschaft als ein 'informationsverarbeitendes System' mit der letztendlichen Absicht neue Arten von Ordnungsstrukturen zum Wohle aller zur Gemeinschaft Gehörenden zu schaffen.

Insbesondere eine Gefühle bearbeitende therapeutische Gemeinschaft ähnelt sehr einem lebenden Organismus. Hier ist es jedoch von äußerster Wichtigkeit, diesen Gefühlen, und wenn irgend möglich auch den unbewussten Prozessen (OBHOLTZER 1994), Worte zu verleihen, da diese sonst die Arbeitsatmosphäre beeinflussen.

Probleme können in einer therapeutischen Gemeinschaft sowie in anderen Organisationen aus verschiedenen Gründen entstehen. Aus systemischer Sicht: Wenn sowohl das Verhalten der Menschen als auch die Konsequenzen für die Übertretung von Regeln kaum vorhersehbar sind; wenn das Feedback ins System unzureichend ist und der Kommunikationsfluss unterbrochen; und wenn die Organisation und die Strukturen nicht durch effektive Kommunikation koordiniert werden.

Aus psychoanalytischer Sicht kann es zu Schwierigkeiten kommen, wenn die Menschen in ihrer Zusammenarbeit sich ihrer emotionalen Involvierung und ihrer Schwierigkeiten nicht bewusst sind. Dies gilt ganz besonders in der Arbeit mit schwerstgestörten Menschen in einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Übertragungen auf die Institution als Ganzes und auf ihre Leitung können, wenn sie unentdeckt bleiben, zu Schwierigkeiten führen. Auf der anderen Seite tendieren unreife Mitarbeiter oft zu Idealisierung der Organisation und infolge von Enttäuschung zu Entwertung oder zum Versuch einer Spaltung der Gruppe. Aufgrund von Eifersucht oder einem Gefühl verraten worden zu sein, kann es bei jedem unreiferen Mitarbeiter zu Gefühlen von Bitterkeit kommen, die dieser dann durch Jammern und Klagen insgeheim ausdrückt, anstatt dies in der Gruppe zu bearbeiten, was wiederum zur Sabotage der Gesundheit der gesamten Organisation führt.

Eine therapeutische Wohngemeinschaft unterscheidet sich jedoch von anderen Organisationen derart, dass diese sich mit menschlichem Wachstum und mit Methoden des Umgangs mit emotionalen Problematiken beschäftigt. Wenn sie, gleich einer Familie, Probleme hervorbringt und lehrt diese zu lösen, fordert sie auch, genauso wie eine Familie, von all ihren Mitgliedern, Team und Leiter eingeschlossen, erwachsen zu werden und diese Dinge gemeinsam anzupacken. Das ist der Grund, warum wir, die wir in einer solchen Gemeinschaft

arbeiten, diese von Herzen lieben und jederzeit dazu bereit sind, sie aufs energischste zu verteidigen.

Reference-literature to be requested from the author

Dott. Aldo Lombardo

Via Virbio 9

Ariccia

Italy

Aldo Lombardo, M. D., psychotherapist, endocrinologist, member of the Group Analytic Society in London, Clinical Director of two Therapeutic Communities both called Raymond Gledhill

# Zur Gruppendynamik der Aufbauphase therapeutischer Wohngemeinschaften (TWGs)

Renate Splete (Augsburg, Germany)

In the following, the initial phase of two therapeutic communities will be described. As a part of the Dynamic Psychiatric spectrum of treatment, these communities support prevention as well as aftercare for persons who mostly suffer from early pre-oedipal disturbances. Daily living together actualizes conflicts and acting-out as well as constructive and creative interpersonal potential. This is a process in which milieu-therapeutic work is regarded as an important transmitter to understand the unconscious processes in the 'here and now'. In this context, we focus on group-dynamical principles like group demarcation and leadership as being essential. Our aim is to point out that destructive aggression requires particular understanding and consideration.

Keywords: living communities, Dynamic Psychiatry, group dynamics, destructive aggression, treatment of early disturbances, milieu therapy.

## *Gruppendynamische Arbeit in therapeutischen Wohngemeinschaften*

Therapeutische Wohngemeinschaften (TWGs) haben innerhalb des Behandlungsspektrums der Dynamischen Psychiatrie einen besonderen Stellenwert: Als Übergangseinrichtungen dienen sie der Prävention, der Vor- und Nachsorge psychisch kranker Menschen, mit dem Ziel Ich-Identität und Gruppenfähigkeit zu fördern (REITZ, SCHIBALSKI, ZOHNER 1985; REITZ 1994; RICHARTZ, HESSEL 1996; REITZ, HESSEL, Splete 1998).

Theoretisch basiert das Wohngemeinschaftskonzept auf dem Humanstrukturmodell des Berliner Psychiaters und Psychoanalytikers Günter AMMON, dem Begründer der Dynamischen Psychiatrie in Deutschland. Es besagt, dass der Mensch primär ein Gruppenwesen mit einem genuinen Bedürfnis nach Identitätsentwicklung ist. Dabei handelt es sich um ein lebenslanges, dynamisches, sozialenergetisches Austauschgeschehen i. S. eines die Persönlichkeit strukturierenden Prozesses, der sich an der Grenze zwischen Individuum und Gruppe vollzieht. In diesem Geschehen kann der Einfluss der Gruppe unterstützend wie auch hindernd sein (AMMON 1976a, 2000; BURBIEL 1997). Entscheidend für die Identitätsentwicklung sind die Beziehungserfahrungen, die Menschen in den sie umgebenden Gruppen machen, besonders prägend sind die primären

Erfahrungen, die als gruppenspezifischer Niederschlag verinnerlicht werden.

Mit psychischer Krankheit geht nach dynamisch-psychiatrischem Verständnis immer auch Identitätsstörung einher, die im Kontakt und in Auseinandersetzung mit anderen im Hier und Jetzt erfahrbar wird. Dieses aktuelle zwischenmenschliche Geschehen eröffnet auch den verständnisvollen Zugang zu grundlegenden unbewussten Beziehungsmustern und Primärgruppenerfahrungen bzw. deren Defiziten. Gruppendynamische Reflexion ermöglicht über die Reinszenierung hinausgehend korrigierende Erfahrung und Neustrukturierung der Persönlichkeit i. S. nachholender Ich-Entwicklung (AMMON 1980).

Die Wohngemeinschaftsarbeit basiert auf diesem Verständnis. Ihr Ziel ist Identitätsentwicklung, Stärkung der Persönlichkeit, Förderung der Kontakt-, Konflikt-, Gruppen- und Arbeitsfähigkeit. Ihr Vorgehen ist ressourcenorientiert, es gilt konstruktive Ich-Funktionen zu aktivieren.

Wir vertreten die Ansicht, dass zur Erprobung neuer Lebensformen und zur Ausbildung eines eigenen Lebensstils ein breites Spektrum sozialenergetischer Anregung förderlich ist, weshalb Wohngruppen möglichst heterogen zusammengestellt sind.

Die sich im aktuellen WG-Geschehen manifestierenden konstruktiven, defizitären und destruktiven Persönlichkeitsanteile aller Beteiligten modellieren die Dynamik. Die so unbewusst in Szene gesetzte Gruppendynamik wird zum Orientierungspunkt, sie gilt es zu verstehen, um Arretierung und Wiederholungszwang zu durchbrechen und emanzipative Entwicklung zu ermöglichen (AMMON 1976b). Bei der Analyse des gruppendynamischen Geschehens unter dem Aspekt der Identitätsentwicklung sind Unbewusstes, Übertragung, Widerstand und Spiegelfunktionen als Gruppenphänomene zentral.

Im hier dargestellten Prozess zweier Wohngemeinschaften (Trennungs- und Neugründungsprozess) wird die Dynamik der Anfangsphase, die Auseinandersetzung mit den Gruppengrenzen, die besondere Herausforderung im Umgang mit destruktiver Aggression (AMMON 1999), die Bedeutung des Teams für den Gruppenprozess, die Hilfs-Ich-Funktion von Gruppenmitgliedern und die Sündenbockdynamik beleuchtet.

### *Die Neugründung zweier TWGs*

Im Frühjahr 1995 gründete der gemeinnützige Verein für Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie eine neue TWG mit 20 Plätzen, weil sich eine langjährige, vier Wohnungen umfassende TWG aufgrund von auslaufenden Mietverträgen um die Hälfte verkleinerte.

Die 'alte' WG war eingebettet in einen größeren Wohnkomplex im Münchener Norden, einem eher sozial schwachen und industriereichen Stadtteil. Aus dieser Stamm-WG zogen dann acht Personen in ein allein stehendes Haus mit großem Garten in einem Nobelprevort an der Grenze zu München-Land.

Die Bewohner beider TWGs hatten nahezu alle einen oder mehrere stationäre psychiatrische Krankenhausaufenthalte hinter sich. Zum beschriebenen Zeitpunkt hat die Mehrzahl der Patienten die Diagnose Borderline-Erkrankung bzw. Persönlichkeitsstörung; bei ca. 20% waren es Schizophrenie oder schizoide Psychose, nur eine Bewohnerin konnte eindeutig als neurotisch gelten. Die Geschlechterverteilung war nahezu 1:1, die Altersspanne reichte von 19 bis 60 Jahren, die Mehrheit der Bewohner war zwischen 25 und 35 Jahren alt.

Ausbildung und beruflicher Status der Patienten streuten, es handelte sich um Qualifizierung für Schulabschlüsse (Hauptschule bis Gymnasium) und unterschiedliche Hochschul- und Fachschul-Studiengänge. Ein Teil der Bewohner konnte auf längerer Berufserfahrung aufbauen, andere orientierten sich neu oder wagten überhaupt einen ersten Schritt in die berufliche Praxis, sie benötigten stützende Rahmenbedingungen.

Der Auszug aus der Stamm-WG und der Aufbau der neuen WG stellte eine besondere Identitätsanforderung dar. Es galt Altes, Vertrautes aufzugeben, sich auf Neues, noch Unbekanntes einzulassen. Der Umzug, der in der Live-Event-Forschung unter den kritischen Lebensereignissen rangiert, reaktivierte bei den Wohngemeinschaftsbewohnern traumatische Trennungserlebnisse und archaische Verlassenheit. Mit dem möglichen Entwicklungsschritt paarten sich Hilflosigkeit, Überforderung oder Konfusion. Die kritische Phase möglicher Identitätserweiterung erforderte verständnisvolle und differenzierte Unterstützung durch die WG-Leitung, wobei die Gruppenmitglieder aufgrund ihrer Vertrautheit wesentliche Hilfs-Ich-Funktionen für einander übernehmen konnten.

Im Anschluss an das Umzugsgeschehen setzte sich in der alten Wohngemeinschaft zunächst eine Auszugs- und in der neuen eine Einzugsdynamik fort. Beide Entwicklungen erforderten besonderen Umgang mit destruktivem Agieren, es gilt das kreative Potenzial der Gruppen im Sinne der Identitätsförderung lebendig zu erhalten.

## *Die Anfangsphasen der TWGs*

### **Milieutherapeutische Projektarbeit zur Entfaltung konstruktiver Aggression**

In der neuen TWG kannten sich die meisten Bewohner bereits, ein Teil war zusammen mit den Betreuern aktiv an der Haussuche beteiligt. Zunächst waren knapp die Hälfte der 20 Zimmer belegt.

Mit Ihrem Einzug verbanden die Bewohner Wünsche nach vertrauter Gemeinschaft, die gegenseitige Unterstützung und Spielraum für weitere Entwicklung gewährte. Die Aussicht auf mehr Raum und die Möglichkeit, Haus und Garten nach eigenen Vorstellungen zu gestalten, erschien besonders reizvoll. In Projektarbeiten wurden Böden gelegt, Vorraum und Bäder gefliest, Wände eingezogen, Beete angelegt etc..

Innerhalb des Wohngemeinschaftskonzeptes hat die milieutherapeutische Projektarbeit einen zentralen Stellenwert (AMMON 1959, 1994; WINKELMANN 1998, 2000). Als ganzheitlich ausgerichtetes soziales Lern- und Erfahrungsfeld, in welchem für begrenzte Zeit Lebensfeld, Arbeits- und Beziehungsebene zusammenfallen, eröffnet, Milieutherapie gepaart mit gruppenspezifischem Verständnis, wertvolle Entwicklungschancen. Menschen mit Frühstörungen und mangelnder Bindungsfähigkeit, die zum Ausagieren ('acting out') neigen, können innerhalb dieses Arbeitsfeldes in ihrer alltäglichen Konflikthaftigkeit, in ihren Defiziten und ihren Stärken besser verstanden werden, denn das, was sich um die Person herum an interpersoneller Dynamik ergibt, lässt auf die zugrunde liegende Gruppendynamik schließen und öffnet gleichzeitig den Blick für mögliche korrigierende Erfahrung.

Konkret ging es in den von Bewohnern durch Unterstützung des Teams geleiteten Projektgruppen um die Realisierung selbst gesetzter Ziele, wie beispielsweise den Vorraum zu fliesen. Unterschiedliche Fähigkeiten im fachlichen wie zwischenmenschlichen Bereich, aber auch Defizite wurden offen sichtbar. Neues gemeinsam zu schaffen erforderte Auseinandersetzung, das Erreichte verband, nützte und stimmte meistens zufrieden. Angst vor größeren Vorhaben oder überhaupt vor eigener Aktivität wurde gemildert, grandiose Selbstüberschätzung wie auch Selbstunterschätzung konnten thematisiert werden. Der Vergleich mit anderen und die Rückmeldung von vertrauten Gruppenmitgliedern dienten der realistischeren Selbsteinschätzung. Gegenseitige Unterstützung im Sinne von Hilfs-Ich-Funktionen erleichterte das Lernen, half Ängste und Widerstände zu überwinden und förderte konstruktive Aggression.

Bekanntermaßen hat der gruppenpsychotherapeutische Wirkfaktor 'interpersonelles Lernen' einen hohen Stellenwert (YALOM 1996). AMMON (1999) zufolge ist die konstruktive Aggression der Dreh- und Angelpunkt in der menschlichen Entwicklung, für ihre gelingende Ausbildung ist die Unterstützung einer Gruppe nötig. Ziel der Wohngemeinschaftsarbeit ist denn auch, Handlungsfähigkeit, 'ad gredi', in diesem Sinne zu fördern. Das wiederum kann nur gelingen, wenn Gruppengrenzen ausreichend Schutz gewährleisten, zu vergleichen etwa mit dem Explorationsbestreben des Kindes, das auch nur von einer sicheren Basis aus befriedigt werden kann (BOWLBY 1988).

Dieser Schutzraum war in der neuen TWG durch ein bereits vertrautes Team und eine sich schon länger kennende Bewohnergruppe gegeben, die Projektarbeit wirkte zusätzlich kohäsionsfördernd. In der Anfangsphase präsentierte sich uns also eine eher harmonisch aufeinander bezogene symbiotische Gruppenkonstellation, die jedoch zunehmend erschüttert wurde, weil sich in relativ kurzer Zeit die Bewohnerzahl fast verdoppelt, was eine hohe Integrationsanforderung darstellte.

### *Gruppengrenzen als Schutz- und Entwicklungsraum*

Bekanntermaßen löst die Öffnung von Gruppengrenzen neben Neugier vor allem Verunsicherung, Angst und Abwehr aus, die Bewohner begegnen den Neuen z. T. mit massiver Ablehnung. Sie sehen bestehende Positionen und etabliertes Selbstverständnis gefährdet, destruktives Agieren nimmt zu. Im Zusammenhang mit der Entstehung stabiler und flexibler Gruppengrenzen betont AMMON:

die zentrale Figur des Leiters, der ... im gruppendynamischen Prozess das destruktive Potential blockierter Konflikte auf sich zieht, um kreative und konstruktive Aggression als Grundenergie zur Bildung des zwischenmenschlichen Innenraums identitätsbewusster Gruppen frei werden zu lassen (AMMON 1976a, S. 55).

In der sich verändernden Gruppenkonstellation ist eine Aufgabe der Betreuer, den Kontakt zu erleichtern, drohendem Kontaktabbruch entgegenzuwirken und dem Geschehen und den damit einhergehenden Gefühlen sensibel und verständnisvoll zu begegnen, mit dem Ziel Gruppengrenzen, Integration und neue Erfahrungsmöglichkeiten zu sichern. Dreh- und Angelpunkt wird die Bearbeitung der aus pathologischem Wiederholungszwang heraus agierten destruktiven Aggression, sie gilt es anzusprechen, abzugrenzen, bzw. zu transformieren. Das Team der Betreuer versteht sie gruppendynamisch als Ausdruck bedrohter

Grenzen und als Ausdruck des bedrohten persönlichen Schutz-, Lern- und Entwicklungsraumes der Gruppe und führt die Auseinandersetzung darüber.

Jegliche Art von offen werdender Destruktion, ob mehr nach außen oder innen gerichtet, stellt eine kritische Herausforderung dar, die es individuell zu handhaben gilt. Auch hier wirkt Projektarbeit entwicklungs- und transformationsförderlich. Das gegenseitige Kennenlernen über das gemeinsame Handeln schafft Verbündungsmöglichkeiten auf ganz unterschiedlichen Ebenen und eröffnet korrektive Erfahrung. Diese Veränderungen setzen jedoch ein Minimum an Vertrauen in die Gruppe voraus, für das der Leiter steht. Aus selbstpsychologischer Sicht repräsentiert er das idealisierte Elternimago, d. h. Leiter und Gruppe haben Selbstobjektfunktion (ROTH, STONE 1990).

### *Das Team und Grenzen im Umgang mit destruktiver Aggression*

In der alten WG fanden ebenfalls regelmäßig Projekte statt. Die TWGler lebten hier in bereits vertrauter Umgebung. Verteilt auf zwei Wohnungen, bildeten sie eine vier und eine sechs Personen umfassende Kleingruppe. Die Anzahl der Bewohner hatte sich aufgrund der neu gegründeten TWG halbiert, die Gruppe wurde von einem neuen Team, einer Psychologin, der Autorin, und einer Sozialpädagogin geleitet.

Aus gruppensystemischer Sicht sind in dieser Formierungsphase die Leiter als zentrale Personen, die Auseinandersetzung um die Gruppengrenze und die Bearbeitung der destruktiven Aggression in der Gruppe besonders bedeutsam (AMMON 1976a, 1999).

Anfänglich begegneten die Bewohner uns mit vorsichtiger Neugier. Sie begründeten ihr Verbleiben in der Stamm-WG eher pragmatisch mit der Nähe zum Arbeits- oder Ausbildungsplatz, mit bevorstehenden Prüfungen, mit erst kurz vorher erfolgtem Einzug oder bereits geplantem Auszug. Bedürftigkeit wurde eher zurückhaltend geäußert, Einzelne missachteten in provokanter Weise die formal festgelegten Regeln. Wir diskutierten daraufhin in der wöchentlich stattfindenden Gruppensitzung Sinn und Zweck des WG-Lebens und vertraten die bisherigen konzeptionellen Verbindlichkeiten, um formal Gruppengrenzen zu etablieren. Deutlich wurde, dass viele Bewohner ihre Krankheit am liebsten leugnen würden, dass sie Diskriminierung befürchteten, aus diesem Grund keine Arbeitskollegen einladen und Außenkontakte mieden.

Therapeutische Hilfe zu benötigen beschämt, kränkt, heißt auf Beziehung angewiesen zu sein, viel lieber wäre man unabhängig und autonom. Angst und Ärger über die Veränderungen vermitteln sich.

Beschwerden über offene Rechnungen und andere 'Altlasten' der Ausgezogenen wurden lautstark geäußert, es wurde gedroht Ämter niederzulegen, das Team sollte alles regeln. Die Trennung wirkte hier spürbar nach und die Leiter waren mit der für die Anfangsphase typischen Vertrauensfrage konfrontiert. Empathisch gingen wir auf die geäußerten Gefühle ein, waren aber nicht bereit die Ämter zu übernehmen, sondern unterstützten vielmehr in Abgrenzung der Leiterabhängigkeit konstruktive Möglichkeiten der Gruppenmitglieder, die 'Schadensbegrenzung' aus der Gruppe heraus zu tätigen.

Auch wenn die Bewohner ihre Entwicklungschancen deutlich wahrnehmen, ängstigte dies oft mehr, als dass es beflügelte. Die Auseinandersetzung mit den täglichen Realitätsanforderungen kränkte oder überforderte, entsprechende Frustrationstoleranz musste erst entwickelt werden, das eigene Engagement drohte immer wieder zu erlahmen.

Im Laufe der Zeit erfuhren wir, wo die Einzelnen Unterstützung wünschten und brauchten, wo ihre Stärken lagen und welche Beziehungen untereinander bestanden. Mit fast allen TWGlern ließ sich ein verbindliches Arbeitsbündnis aushandeln. Konkret wurde durch die Unterzeichnung der ausformulierten Rechte und Pflichten eine erste Gruppengrenze und damit ein möglicher Entwicklungsraum etabliert, den wir als Leitung weiterhin garantieren sollten. Anfänglich verweigerten zwei Paare ihre Zustimmung. Sie waren während der Umstrukturierungsphase ohne Rücksprache zusammengezogen, hatten sich über das unter Mitbewohnern übliche Sexualtabu hinweggesetzt, diese Grenze ignoriert, was für Aufruhr sorgte. Diese Paarbildung deuteten wir als Widerstand (vgl. auch BION 1971): Das neue Team, die veränderte, dichtere Gruppenkonstellation reaktiviert Kontaktängste, die symbiotisch abgewehrt werden sollen. Die Auseinandersetzung darüber ermöglichte einem Paar, die Gegenleiterposition aufzugeben, auch sie akzeptierten nun die mit der Gruppe und uns getroffenen Verbindlichkeiten und Zielsetzungen. Beim zweiten Paar scheiterten wir mit unseren Bemühungen, es reagierte aus paranoischer Angst heraus zunehmend destruktiv. Die notwendige Grenzsetzung unsererseits wirkte nicht vertrauensfördernd, sondern verstärkte die Feindseligkeit und die Kampf-Flucht-Dynamik. Die Frau agierte zudem sehr selbstdestruktiv (Medikamenten- und Alkoholabusus).

Anfangs waren es die konzeptionellen Verbindlichkeiten, wie die Teilnahme an Gruppensitzungen und Projekten, die Erarbeitung einer Tagesstruktur etc., die das Gegenleiterpaar negierte oder völlig willkürlich handhabte und sich dadurch der Gruppe gegenüber in eine Außenseiterposition brachte. Die Wei-

gerung der Bewohnerin einen stationären Entzug zu machen, um ihr weiteren Verbleib in der WG zu sichern, verschärfte die Spaltung. Zusätzlich wurden dann ambulante Therapie und psychiatrische Hilfe abgelehnt. Im Verlauf dieser sich immer krisenhafter zuspitzenden Entwicklung verringerte sich das anfängliche Verständnis und Mitgefühl der Bewohner. Damit fielen weitere Hilfs-Ich-Möglichkeiten weg. Angst und Wut nahmen zu, denn das Paar funktionierte die Gemeinschaftsräume zu Privaträumen und zum Kaninchenstall um, bezahlte kommentarlos keine Rechnungsanteile mehr und zeigte sich zunehmend gewaltbereit. Sie prügeln sich und drohten Mitbewohnern und Nachbarn. Es kam zu mehreren Polizei- und Notarzttrufen. Die Bewohner flüchteten und zogen sich auf engem Raum in die zweite Wohnung der Stamm-WG zurück. Trotz intensiver Supervision und hilfreicher Vernetzung mit Vorstand, Psychiater etc., sahen wir schließlich keine Möglichkeit mehr, die beiden zu integrieren. Zum Schutz der Gesamtgruppe kündigten wir, waren aber behilflich eine alternative Wohnmöglichkeit, die keinerlei Gruppenfähigkeit oder Therapiebereitschaft voraussetzte, zu finden. Gruppendynamisch hatte sich die Position des Paares mit zunehmender Eskalation von der Gegenleiterposition zur Sündenbockposition entwickelt.

AMMON zufolge ist der Sündenbock Repräsentant der Abwehr von Gruppenangst. Aufgabe des Teams ist, sich mit ihm zu verbünden, was in unserem Fall nicht gelingt. Dennoch arbeiten wir mit der Gruppe dahingehend, dass das Phänomen Gewalt, d. h. die destruktiv-aggressive Abwehrhaltung nicht isoliert, sondern als Gruppenproblem zu betrachten ist, das jeden Einzelnen in unterschiedlichem Maße betrifft.

Das Paar drückte dies stellvertretend für alle aus, es wurde gruppendynamisch entlastet, als sich die Auseinandersetzungen auf die jeweils eigene Gewaltbereitschaft konzentrierten.

Angstabwehr, Identifikation mit dem Aggressor, Projektion und mangelnde Abgrenzungsflexibilität konnten so deutlich werden, und ein aufgrund hoher narzisstischer Kränkbarkeit zu Gewalt neigender Bewohner distanzierte sich von seinen bisher außerhalb der WG geradezu zwanghaft herbeigeführten Schlägereien um vermeintliche Ehre. Er musste fortan seine damit verbundene Leidensgeschichte nicht weiter destruktiv ausagieren.

Die offen werdenden Aggressionsprobleme sollen die Bewohner außerhalb der WG in einer ambulant therapeutischen Situation bearbeiten. Dieses Splitting zielt darauf, die Wohngruppe von einem Zuviel an negativer Übertragung und damit einhergehender Destruktivität zu entlasten.

Trotz des sich stabilisierenden Arbeitsbündnisses blieben die Gruppengrenzen in der alten WG als ein die Entwicklung sichernder Schutzraum 'löchrig'. Zum einen verhinderte die prekäre Gesamtkonstellation längere Zeit Neuaufnahmen von Bewohnern, zum anderen waren die Auszüge seit langem vertrauter Bewohner noch nicht verschmerzt.

Auch wenn das Herauswachsen aus der Betreuung grundsätzlich positiv, als Ausdruck emanzipativer Entwicklung bewertet werden kann, heißt es doch für die Bleibenden, sich fortlaufend zu trennen. Neben Gefühlen von Trauer, Neid und Eifersucht entsteht Verunsicherung, ob die TWG aufgrund der aktuellen Unterbelegung existenzfähig bleibt. Alte Verlassenheitsgefühle werden reaktiviert, pathologischer Rückzug nimmt zu. Die sich auf zwei Wohnungen verteilende geringe Bewohnerzahl löst eher eine Kleinfamiliendynamik aus. Es gilt, negative Übertragungsbereitschaft mit drohendem Überhang an Destruktion weiter abzugrenzen.

Um dennoch korrektive, entwicklungsfördernde Gruppenerfahrungen zu gewährleisten, vernetzten wir uns mit der neuen WG und planten das Weihnachtsfest gemeinsam.

Die Verbündung gelang, sie wurde noch enger, weil wir aufgrund längerer Erkrankung einer Leiterin zunächst notgedrungen WG-Sitzungen und Projekte gemeinsam durchführten. Dieses Setting wirkte sich kreativierend auf das Gruppengeschehen aus. Die WG-Kultur verbesserte sich: Konstruktiv rivalistisch unterbanden die Bewohner nun viel eher sich anbahnende Endlosdiskussionen über unabgewaschenes Geschirr oder ausstehende Stromgeldanteile. Selbstverständlicher wurde Verantwortungsübernahme eingefordert, Lösungen lagen schneller auf der Hand, ganz besonders dann, wenn das Problem in der eigenen WG gerade nicht aktuell war.

Wünsche nach befriedigenderem Miteinander wurden geäußert, kontaktlose Vereinzelung und mangelnde Fürsorge wurden kritisch hinterfragt. Feste wurden geplant, sie erforderten die Beteiligung aller, um die vielen Ideen in die Tat umzusetzen und Angst vor Öffentlichkeit besser durchstehen zu können. Alles in allem wurde es ein aufregendes und vergnügliches Gruppenerlebnis, bei gutem Buffet, Gesangs-, und Gedichtdarbietungen, mit Basar, Action-Painting, abendlicher Trommelsession und Tanz. Diese Erlebnisse wirkten sich konstruktiv auf das weitere WG-Leben aus.

Auch die Gründung von Interessengruppen, z. B. Literatur-, Sport-, Lern- oder Kochgruppen sind als über den WG-Alltag hinausgehend identitätsfördernde und Sozialenergie spendende Lern – und Erfahrungsfelder zu sehen.

Hier wird gelebt und so interessiert kommuniziert, dass Krankheit, die häufig das zentrale Kontaktangebot ist, zurücktritt.

Wir unterstützten die eigenverantwortliche Übernahme solcher Gruppen durch die Bewohner und reflektierten mit ihnen deren Entwicklung, denn nur zu oft drohte die anfängliche Initiative in blinder Wiederholung von Lebensverboten zu versiegen, z. B. wenn Neid und destruktive Rivalität nicht ausreichend bewusst und therapeutisch bearbeitbar wurden.

### *Schlussbemerkungen*

Wir versuchten deutlich zu machen, wie destruktive und konstruktive Aggression zum Dreh- und Angelpunkt im Gruppengeschehen der Wohngemeinschaften wurden. Ihre spezielle Handhabung sollte den Entwicklungsraum Gruppe zum Schutzraum für nachholende Entwicklung transformieren. Dies war zentrale Aufgabe der Teamleitung, die unter gruppenspezifischem Gesichtspunkt milieutherapeutische Arbeit leistete. Dabei standen Unbewusstes, Widerstand und Spiegelphänome im Mittelpunkt. Wesentlich war aber auch sich als Leiter berührbar zu zeigen.

Ziel der TWG als einer temporär gewährten Übergangseinrichtung ist es, psychisch Kranke in ihren Entwicklungsmöglichkeiten zu fördern. Die Förderung der Entwicklungsmöglichkeiten beinhaltet, dass im sozialenergetischen Feld einer Gruppe pathologische Arretierung und Wiederholungszwang verstehbar und behandelbar werden im Sinne einer emanzipativen Entwicklung.

Wir wollten dabei den positiven Einfluss eines identitätsstiftenden anregenden Umfeldes aufzeigen, waren aber auch auf gruppenspezifische Prinzipien und weitere Einflussfaktoren im Gruppengeschehen, wie Gruppenzusammensetzung und -größe, Hilfs-Ich-Funktion, therapeutisches Splitting u. a. m. eingegangen.

In der hier beleuchteten Anfangsphase der TWGs spielten Gruppengrenzen und Team eine zentrale Rolle. Den Gruppenprozess selbst kennzeichnete ein ständiges Auf und Ab, in ihm spiegelte sich das Pendeln zwischen Destruktion und kreativer Entwicklung, das es immer wieder auch über die Anfangsphase hinaus gemeinsam zu reflektieren und mit Hilfe der Bewohner entwicklungs-förderlich auszuloten galt.

## Group Dynamics of Therapeutic Communities in an Initial Stage

Renate Splete

Group dynamics and milieu therapy are essentials in Günter AMMON's concept. Already in the 1960's he pointed out the general importance of analytical group dynamics and mentioned several group-dynamical principles (AMMON 1959, 1976a, 2000). Some of them are the group demarcation, dealing with aggression, the role of the group leader, focusing on group processes with the aim of identity development, and the understanding of unconscious processes in the "here and now". The author describes these principles as being essential in the initial phase of two therapeutic living communities. As part of the treatment spectrum of Dynamic Psychiatry, these group-dynamical principles are capable of contributing to prevention as well as to aftercare for persons who mostly suffer from early pre-oedipal disorders.

Daily living together actualizes conflicts and acting-out as well as constructive and creative interpersonal potential, a process in which milieu-therapeutic work is regarded as an important transmitter. In this context we focus on group dynamics, and our aim is to point out that destructive aggression requires particular understanding and consideration. In the following, the initial phase of two therapeutic communities in Munich will be described.

### *The foundation of two new living communities*

One living community had already existed for several years when it had to reduce the number of its members, because the contract for two out of four apartments had been terminated. A new living community at a different place in the city was founded with new and some of the 'old' members, altogether twenty individuals. In both living communities, men and women are equally distributed. The members are between 19 and 60 years old. Educational and professional status vary from secondary school to university education. Some of the members have longer professional experiences, while others are in the process of professional transition and therefore need a supportive context. The groups are composed heterogeneously, since a broad spectrum of social-energetic inspiration is necessary for the development of an individualized life style.

The described processes of separation from the old and foundation of a new living community create a challenge for the individuals' identity development.

In such processes, group-dynamical principles become apparent. They include working with group demarcations, the meaning of the staff, the supportive ego-function of group members for others, scapegoat dynamics and dealing with destructive aggression (AMMON 1999).

Moving to a new living place – listed as a critical life event in live event research – activated in some members reactions such as traumatic separation experience, archaic feelings of abandonment, feelings of helplessness, high stress and confusion. In order to successfully pass through this critical phase of possible identity enlargement, what is required is differentiated support by the staff along with the assumption of mutually supportive ego-functions by the members.

*The initial phase: Milieu-therapeutic project work for developing constructive aggression*

In the new living community the members knew each other, and they decided actively for a new beginning. Mutual support, space for further development and the prospect of creating the new building and garden according to their own ideas stimulated the members' motivation. In the milieu-therapeutic projects, the members realized their ideas with the support of the staff: for example they renewed the bathrooms, changed walls, etc. Various construction capabilities, interpersonal skills as well as conflicts and deficits among the members became apparent. The interpersonal dynamics caused by an individual can be regarded as a key to understanding the underlying group dynamics as a whole as well as offering the space for a possible corrective experience. The project requires an active approach, including confrontation: it connects the members to each other, induces pride, and helps overcome resistance; furthermore, feedback contributes to a realistic self-evaluation. According to AMMON (1999), this 'ad gredi' in the sense of constructive aggression is essential for human development. The successful formation of constructive aggression needs the protection of a group, which is the task of the staff members.

The initially harmonic group constellation was shattered by the suddenly doubled number of community members within a short time. Existing positions, established self-understanding, a personal space of protection, as well as learning and development seemed to be threatened. Defence of anxiety and destructive acting-out increased. The staff actively encouraged a discussion of these themes with the aim of securing the group demarcation, integration and further possibilities of experience.

### *The staff and limitations in dealing with destructive aggression*

The old living community was under a new leadership consisting of a psychological psychotherapist (the author) and a social worker. Both staff members had to win the confidence of the group members. The members live in two separate apartments. They consider their staying in the old community in a pragmatic way: namely in terms of closeness to their places of work and education, having moved in recently or already planning to move out. Feelings of being in need of something or somebody are shameful and are therefore denied. There are feelings of insecurity, fear and anger about the changes and separations. The members raise indirectly the question of confidence towards the staff. Questions about the group demarcation are discussed – for example the sense, meaning and way of living in the community. The staff explain the basic concept of the living community. This way, it was possible to establish a basic work alliance with almost all members. With clear delineation of the rights and duties, a group demarcation can be established and a future space for development can be secured.

One couple remained in the counter-leader position. In the transmission phase, they did not keep the taboo of sexuality among community members, but instead moved in together. They did not follow the rules of the community, such as participation in group meetings and projects or establishing a day structure. The woman abused alcohol and medication and refused inpatient treatment for this problem. Both reacted in a hostile manner towards the necessary steps of setting limits undertaken by the staff. At the end, they refused any outpatient psychotherapy or psychiatric treatment. During this critical development, the feeling of empathy among the community members decreased; important supportive ego-functions were getting lost. The couple became increasingly violent towards each other and threatened members and neighbours. The police and emergency service came several times. Finally, the couple received the termination of their contract after having found an alternative living opportunity which did not require any readiness for group capability or psychotherapy.

In terms of group dynamics, the formation of a couple and fight-flight dynamics (BOON 1971) are considered as reactions to a change of group constellation under a new leadership. Fear of contact is defended in a destructive-aggressive way and prevents integration; the contact bridge towards the group members breaks. The couple shifts from the counter-leader position into the position of the scapegoat. According to AMMON, the scapegoat is the represen-

tative of the defence of group anxiety. The staff's task is to form an alliance with him. This was not possible in the case of this group. Nevertheless, the staff was working with the group in order to understand the phenomenon of violence as a problem of the group as a whole. The discussion concentrated on the individual readiness for violence; in this way, the couple was supposed to be released from the scapegoat position. The individual's own defence of anxiety, identification with the aggressor, projection and lacking flexibility of demarcation can be recognized. Those problems of aggression which become more visible can be worked through within the outpatient treatment outside the therapeutic community. The aim of this splitting is to release the living community from too many negative transference feelings.

Due to the difficult situation at that time, it was impossible to acquire new members. At the same time, some members moved out. Although the termination of membership in a living community is regarded principally as the expression of an emancipatory development towards independence, this means a constant separation process for the remaining group members. The question arose among those who stayed as to whether the living community could continue to exist due to the small number of members, a situation which also threatens the financial basis. Feelings of abandonment and pathological withdrawal increased among the members. The small number of members induced a higher likelihood of negative transference feelings towards the sort of group dynamics which often occurs in small families. In the living community, the staff members were faced with the task of setting limits towards an increasingly destructive development.

In order to strengthen an identity-promoting environment, the staff actively worked together with the new living community by organizing common parties, projects and groups of various interests such as literature, sports and cooking. The usually central topic of "illness" as a contact bridge among the members became less interesting through these activities. The staff supported the members who took over active responsibility for the projects. Often the members' initiative at the beginning of such projects threatened to disappear due to unconscious repetition of life restraints – for example, if envy and destructive rivalry are not sufficiently worked through psychotherapeutically.

The described ups and downs of the group process have lasted beyond the initial phase, a situation which reflects the oscillation between destruction and creative development. The staff members' central task at this stage of the group-formation process has been reflection and balancing.

## Literatur

- Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry. Topeka, KS.
- (1999): Gruppendynamik der Aggression. Eschborn: Klotz.
- (1976a): Was macht eine Gruppe zur Gruppe? In: Ammon, G. (Ed.) (1976): Analytische Gruppendynamik. S. 55-63. Hamburg: Hoffmann u. Campe.
- (Ed.) (1976b): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. *Dyn. Psychiat.* 9: 317-348.
- (1980): Ich-strukturelle und gruppendynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik. *Dyn. Psychiat.* 13: 429-488.
- (1994): Milieu Therapy. *Dyn. Psychiat.* 27: 24-30.
- (Ed.) (2000): Handbuch für Dynamische Psychiatrie. Bd. 1. Eschborn: Klotz.
- Bion, W. (1971): Erfahrungen in Gruppen. Stuttgart: Klett.
- Bowlby, J. (1988): Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Heidelberg: Dexter.
- Burbiel, I. (1997): Das Humanstrukturmodell. *Dyn. Psychiat.* 30: 145-55.
- Reitz, G. (1994): Living Communities in the Spectrum of Treatment of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry. *Dyn. Psychiat.* 27: 90-94.
- Reitz, G., Hessel, T., Splete, R. (1998): Rehabilitation and Prevention. The Meaning of Living Communities in the Spectrum of Treatment of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry. – Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongress der World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR) – unveröffentlichtes Manuskript / unpublished.
- Reitz, G., Schibalski, W., Zohner, A. (1985): Freie und therapeutische Wohngemeinschaften der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. In: Wild und verschlafen. Jugend nach 1960. Weingarten: Drumlin.
- Richartz, B.; Hessel, T. (1996): Der mehrdimensionale Ansatz dynamisch-psychiatrischer Nachbehandlung. *Dyn. Psychiat.* 29: 249-255.
- Roth, B. E.; Stone, W. (Ed.) (1990): The difficult Patient in Group. (= Monograph 6. American Group Psychotherapy). Madison, WI: Int. Universities Press.
- Winkelmann, U. (1998): Ambulante Milieuthérapie. *Dyn. Psychiat.* 32: 8-26.
- (Ed.) (2000): Aggression mal konstruktiv. Ambulante Milieuthérapie in Theorie und Praxis. Eschborn: Klotz.
- Yalom, I. D. (1996). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. München: Pfeiffer.

Renate Splete  
Martin-Luther-Pl. 2  
86150 Augsburg  
splete@t-online.de

Renate Splete, Dipl.-Psych., ist Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin und Gruppenpsychotherapeutin, in eigener Praxis tätig, spezialisiert in Gruppendynamik, Milieu-, Imaginations- und Traumatherapie. Nach dem Studium in Zürich und München praktische Erfahrung in Einzel- und Gruppenpsychotherapie im Strafvollzug und in der Leitung therapeutischer Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie. Weitere Tätigkeit als Einzel- und Teamsupervisorin und Dozentin am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP).

Renate Splete, psychological psychotherapist, psychoanalyst and group psychotherapist in private practice, specialized in group dynamics, milieu-, imagination- and trauma therapy. After studying psychology in Zürich and Munich, psychotherapeutic work with prisoners and leadership of Dynamic Psychiatric therapeutic communities. Single and team supervisor and teacher in the Training and Research Institute of the German Academy of Psychoanalysis (DAP) in Munich.

# The Ghost in the Machine: The Matrix in the Milieu.

Rex Haigh (Mortimer, UK)

This paper compares three models of care: *medical*, *administrative*, and *therapeutic*. Using the example of therapeutic community practice, it looks at how the *principles*, *culture*, and *structure* of therapeutic community work can be described as a developmental progression: from infantile *attachment* to *containment* through relationship, then *communication*, *involvement* as ‘finding one’s place amongst others’ and, finally, personal *agency* as the goal of emotional development.

Keywords: therapeutic communities, day by day clinic, attachment, containment, communication, involvement

## *Introduction*

What I want to present to you today is some thoughts about what is therapeutic in a therapeutic community: what they share. When some visitors came to Winterbourne a couple of weeks ago, they asked me: “What is a therapeutic community exactly?” – and I found myself saying something like “a place where the whole experience of being part of it can make a difference to somebody’s life afterwards”. And the way I think of these things it is particularly the relationships in it that make the difference – it is as if they come to realize that life need not be like they expect it to be, or as it always has been. I think it is only if we can find a way of describing these relationships – and including a member’s relationship with him or her self – that we can start to work out what really matters. And funnily enough, I think it ends up quite simple – and actually very challenging to a lot of contemporary mental health practice.

Before I begin to look at what happens in these relationships, I just want to spend a few moments on what might be called a problem of context, or perhaps of paradigm. In a way, this is about considering all the relationships which come into play: not just between patients, or between us and patients. It also includes our relationship with the unit or institution we work in (like the West Ham Central Mission, or Greenwoods, or like us with the NHS), and the socio-political system that is a part of.

This gets horribly complicated if we try to define them all, but they do have a major impact on the work. Why are so few TCs in existence now, for example?

I would say that the answer has to lie in the institutional environment, and – even more importantly – in our response to it. In the Northfield experiments, BION blew it because what he did was too radical and didn't take into account the system he was part of – the strict military hierarchy. We must not repeat his mistake, which is perhaps something that TCs have done in the past.

So a therapeutic community approach, indeed any psychotherapy of any depth, cannot be considered as a reified item of treatment isolated from its context. It is not like a drug which is administered under the guidance of some sort of expert, nor is it a box that can be filled in as an item of 'care'. In mental health I think it fundamentally challenges other notions of 'care', and exposes the vacuum at their centre as something rather insubstantial and empty. In other words, care is ultimately meaningless unless in the context of a relationship which really matters.

Since I have been in medicine – and I first trained as a GP and completed that about ten years ago – I think there are three sorts of 'care' that are identifiable, and I shall call them *medical*, *administrative* and *therapeutic*.

By 'medical', I mean the whole box of tricks that modern medical science and technology has brought us: coronary artery grafts, cloning genes and embryos, prevention of cancer by screening, powerful antibiotics, numerous other things and – in our own field – potent antidepressants. I'm not including the art of medicine – bedside manner, listening, allowing healing to take place naturally – which I would put into the 'therapeutic' category of 'care'. I want to say that the medical model by itself is rarely enough. And for people whose lifelong experience – and deeply felt expectation – is of arbitrary use of power over them, inadequate or perverted care, and life without much meaning, 'medical care' can feel at best useless and at worst like yet more abuse. It seems hardly surprising that these people 'act out', and often end up running rings round us – I don't blame them.

Administrative care seems to be what we are now in the era of. It may be more democratic and less authoritarian than a strict medical model, but I think it gives spurious legitimacy to a rather cold and faceless authority. This works through the stranglehold it has got with words like 'accountability', 'transparency' and 'fairness'. It is the consequence of the paranoid-schizoid mentality of a repressive culture – the 'something must be done about it' tendency. Rather than tolerate anxiety and risk through relationship, a defence is used. The defence is usually called a 'policy' or a 'procedure' – some bureaucratic device

to put a distance between the awfulness of some peoples' existence and the limited and meagre resources available to care. This 'administrative care' I am talking about has names like 'case management' or 'CPA' or 'supervision register'. It reduces the person in need of care to the passive subject of some unfathomably complex Kafka-esque machine. It encourages dependency, and strips those who give care and those who need care of their autonomy. It distorts relationships (never allowing them to be open in a therapeutic way) and produces quite justifiable opposition and resistance in those upon whom it is imposed – staff and patients, I think. It ignores most of the therapeutic principles which I am going to spend most of this talk defining and explaining. Of course it is completely justified for a thousand reasons (many to do with resources and risk) – but all of those reasons are there because it is politically based on the paranoid position of 'covering our backs' rather than the more difficult 'depressive' (mature) position of tolerating uncertainty, anxiety and risk – and engaging in the hard struggle of really changing things. I have got some hope that New Labour are better at this than the previous lot.

So, onto the third paradigm of care, which I am calling therapeutic. This is more to do with love than with technology or procedure, and I am very glad to see MELVYN's title for this afternoon – 'Turning Hate into Love' – because that is what I am on about as well, I think. Of course, it is what we intuitively mean by 'care' – like when we say 'take care' or 'Dr. so-and-so cares about his patients'. It is the ghost of my title – compared to the machine, which might be seen as the bureaucracy, or that medical box of tricks. It seems to be about other people mattering, and the relationship in which that happens. It signifies a depth of mutual respect, a tolerance of good-enough-ness, and a way of being with the other person that transcends roles or hierarchies or power – although they may also be there. It is what I think we are in a particularly good position to do when we work with a therapeutic community framework, although that can be in places other than on a TC.

I have recently been involved in some discussions with people running CMHTs on therapeutic community principles – I think it is still a long way off – but it does remind me of the astonishing service that is run on TC lines at the Open Therapy Centre in Athens. For example, if a patient or relative phones the unit in the midst of some sort of crisis – not unlike any mental health crisis we would have in this country – the way they respond is like a breath of fresh air to me: about how things can be done, in way that cares without undue bureaucracy or medicalisation. A 'flying squad' of four assemble themselves

from within the main TC at the Open Therapy Centre – and that will be two community members and two staff. They go to the house where the crisis is happening, and spend maybe half a day there doing an assessment. Then they make decisions with the family about who needs help, and how it can be arranged. And that might mean immediate admission to appropriate parts of the therapeutic day programme for one or more members of the family – and, without more ado, it happens. They have no beds, the team includes psychiatrists who can prescribe medication, and they have shown better outcome results than the alternative state services who run inpatient facilities. Patients are charged on a ‘pay-what-you-can-afford’ basis.

For people who we deal with, technical medical care is often just what they don’t need – expensive investigations and physical treatments that aren’t addressing the real problem. Of course those things are needed in their place, but this is not their place. Indeed, it does mean that a great deal of money is spent wastefully on investigations and procedures which everybody knows are extremely unlikely to be of lasting benefit. Recent research work at the TC in Leicester – Francis Dixon Lodge – has shown how much money can be saved by definitive treatment in a TC. They haven’t finished all the work yet, and they are presenting some of it at the Annual Meeting of the Royal College of Psychiatrists in Bournemouth next month, but one figure I remember is that *psychiatric bed use* is reduced to about one third of its previous level after admission to their TC – comparing the three years before and the three years after admission.

I think there is a very interesting research principle here as well. ‘Economic’ research – looking at health care usage – is generally viewed as coarse and inexact. However, in our work I think it fits very closely with the theory. Disturbed attachment (of which I will say more later) lies behind most lifelong emotional problems – and seeking care (almost randomly and unquenchably) is a very rational response to that. So who can be surprised that these people try and seek care wherever they can? Is it unexpected that they frequently attend their GPs, and if they don’t feel cared for there, they cut their arms or take overdoses or numerous other things – all of which cost the NHS dearly but make little difference to them? And the response is no less surprising – labels to keep them at a distance: ‘attention-seeking’, ‘personality disorder’, ‘heart-sink’, ‘multi-agency family’. But to step back, the ‘symptom’ of unrequited care-seeking, is exactly what we would expect of somebody who never received it in the first place. So ‘economic research’ measures exactly what we

are hoping to make a difference to: if somebody feels well cared for, they will not make unreasonable demands of all around them. And we hope that the relationships in TCs can be 'taken inside' people in a way that lasts for the rest of their lives.

To come back to 'administrative care', I am sure many areas of practice have been made more efficient by the managerial approach I have just been so rude about. But if that is seen as the main approach for mental health problems, I fear we are going to throw the baby out with the bathwater. If we don't find a way to value and use our relationships with those we try to help, we become machines and we lose our humanity as well as our professionalism.

I have mentioned a couple of political points, and I do think this is political. It is the politics of how we are with each other – I can't remember who said something like 'the personal is the political', but that is exactly what it is about. Do we want to live in an anxious, brittle, almost borderline state where nothing feels safe – or do we want to aim for real change in the way we look at the world? That is a personal question as well as a political one – and I think we create an artificial outer or inner world if we try to separate the two. We live in the inner world we create – and we deserve the outer world we get.

*To start with an anecdote.*

*In about 1980 I remember being sent to a strange place. I was a medical student, and we were often sent to strange places – from theatres where the surgeons wear space suits and do operations by remote control to rural GP surgeries where Dr. Finlay would have been at home; from rooms where babies are born to rooms where corpses are dismembered. This one was even more different, though.*

*I had been warned by previous students that this acute psychiatric admission ward, in Oxford, was not somewhere to wear the normal jacket and tie. So I kitted myself out in a big red sweater and jeans, and I arrived there on a bicycle a couple of minutes after the suggested 8.30, and I was casually pointed in the direction of a large dilapidated room where I soon had to forget any ideas I had of hospital hygiene. I squeezed into the room to be confronted with a large circle of chairs – perhaps 40 people – where it wasn't possible to tell the consultant from the cleaner. I had to find my own chair and pull it up next to a large restless man who just looked at me and laughed. "What's your diagnosis then, eh? You must be manic like me with a jumper like that." He trumpeted this at what felt like 120 decibels, and I just wanted the ground to swal-*

*low me up. There was an excruciating silence (probably all of twenty seconds) before everybody introduced themselves.*

*After my initial culture shock of joining a therapeutic community, I went on to thoroughly enjoy it. I found something completely different about the way people were with each other – I learnt my psychiatry the same as other students who were on traditional wards, but I also got an inkling of something that is very hard to define or put in words. It was something about being allowed to be yourself, about playfulness, and creativity.*

Now, seventeen years later, I am the consultant on a TC (I am not sure if you could tell me from the cleaner), and I am still trying to work out just what 'it', this intangible quality, is. When I teach medical students and junior doctors, and all sorts of others, about TCs, the one thing they all know (if they know anything at all) is what has been called RAPOPORT's four 'Articles of Faith': permissiveness, reality confrontation, democratisation, and communalism. The trouble is that I am not happy any longer they really describe what happens on many TCs. I have been to several different TCs, some of which I shall mention later, and tried hard to squeeze their practice into words like 'permissiveness' and 'democratisation', without feeling that those words were doing justice to what was happening.

Last year was an important anniversary for the TC movement, and RAPOPORT's description of what was happening at the Henderson in the 1950s was obviously a revolutionary idea, which caught on and carried an idea to us across nearly five decades. But I don't think it connects with what is round at the moment – or perhaps goes deep enough – to move forward with for the next 50 years of TCs, particularly if we have to earn respect and credibility in the worlds of our managers and our psychotherapy colleagues. Our managers want accountability and value for money – and quite a lot of work is going into showing just that at the moment. The world of psychotherapy is developing fast, particularly with accreditation and training, and we need to show that therapeutic communities are a method of treatment that has common ground with them – and we are not just anarchically refusing to look at the theory underpinning our work.

Parallel to that, at the Association of Therapeutic Communities, we are starting a process of thinking and researching where therapeutic communities are now – with Europe in mind, and with the future in mind. And also with the way we communicate with each other in the midst of an information revolution. In this paper I am offering some of my own thoughts to get that process

going. I don't want these to be considered as any sort of final definition, but as part of a process of making a robust case for what we are doing now in the field of therapeutic communities, and will be doing when we enter the next decade.

Chomsky wrote about the 'deep structure' of language – how words in our mouths are connected to meaning in our heads. In this talk I am going to try and tease out some of the 'deep structure' of community – perhaps how emotions experienced in an environment are connected to meaning in our heads. I'll include the empirical description of RAPOPORT's 'Community as Doctor', use some of the concepts of object relations theory and borrow from the ideas of group analytic psychotherapy.

It is a journey through five linked ideas – five concepts which say something about the essential qualities of a therapeutic environment. The way I have put them together is also a progression, a developmental progression – from the vulnerability and nakedness of *a t t a c h m e n t*, through both maternal and paternal aspects of *c o n t a i n m e n t* to the intercourse of *c o m m u n i c a t i o n*. Then onto the adolescent struggle of *i n v o l v e m e n t* (or perhaps *i n c l u s i o n*) and the adult and empowered position of *a g e n c y* – finding the *s e l f* which is the seat of action, and for our patients to deploy their own power and effectiveness.

I see each of these 5 *principles* having an inside and an outside, perhaps an illusion and a reality, and I'll try to explain that with TC practice particularly in mind. The inside, or the illusion, is the feeling of what being there is like – and I am going to call that the '*culture*' of a milieu. The outside, the brute reality, is what actually happens to enact the principle and carry the culture – and I am going to call that the '*structure*' of the environment.

I am going to take each of the five principles in turn, look a little at where they come from in psychotherapeutic theory and try to understand what they mean for the members of our communities. Then I'll look at what we do – in terms of the nuts and bolts of TCs – to respect, uphold and maintain them.

As I have said, this is a developmental journey: to some extent it's my own journey through groups and psychotherapy theory and TCs. But I hope it is also a universal journey, and one that will find a resonance in all of us who work with people who are casualties of emotional development, and who use our own emotional processes in that work.

To start with the first of the five principles, attachment.

### *Attachment*

At a community in Wiltshire, boys about twelve years old with severe behavioural disturbance, and backgrounds in disturbed and chaotic families, are admitted for treatment. On arrival, they join 'primary households' where the aim is to form a secure attachment, promote regression and symbolically work through the early deprivation.

*Large pubescent boys who might have histories of violent criminal activity are fed, put to bed and nurtured as if they were infants. For example, their teeth are cleaned for them, and they are given a milky drink and biscuit at bedtime. This fundamental process of forming a deep and robust emotional attachment, usually to the community as well as to an individual carer, is the foundation upon which subsequent therapeutic work is based.*

All individuals start their lives attached: umbilically, within the mother and with the blood of one flowing right next to the blood of the other. At birth, this attachment is suddenly and irreversibly severed: it is the first separation and loss, with many others to come later.

For the baby who is fortunate, the physical and physiological bond will be smoothly and seamlessly replaced with an emotional and nurturant one, which will grow and develop until various features of that too are invariably broken, lost and changed in the inevitability of development. This secure early attachment gives the infant a coherent sense of worth and identity, and protects against being later overwhelmed by life's ups and downs.

For a less fortunate baby, who might be born with greater needs, or for whom the process does not go well, the emotional bond is not secure. BOWLBY describes problems resulting in anxious attachment or avoidant attachment; BALINT's 'Basic Fault' is about a lack of fit between mother and baby – the bond is not secure, and nor is the infant. This is not just environment, or *nurture*, for it also depends on the *nature* of both mother and child. If the deficiency of emotional development is severe and incapacitating, psychiatrists will often come to a diagnosis of personality disorder when the patient has reached adulthood.

When disturbance is this fundamental, the first task of treatment is to reconstruct a secure attachment, and then use that to bring about changes in deeply ingrained expectations of relationships and patterns of behaviour. The culture in which this attachment needs to happen is one where community members can clearly feel a sense of belonging – where membership is valued and where

members themselves are valued. This might all sound rather pleasant and cosy, but in the real inner worlds of TC members, it is not so easy.

What we so often find in working with these people is that attachment is powerfully sought, but strongly feared. This is the struggle between FAIRBAIRN's libidinal and antilibidinal egos: the one desperate and needy, and the other angry and rejecting. Not enough stable ground has developed between them, and the demands of reality almost always meet the emotional responses of anger, shame, humiliation and pain.

Stuart WHITELEY described this for patients at the Henderson Hospital in the FOULKES Lecture two years ago, and echoes Maxwell JONES in outlining how the internal representation of the community changes. If successfully attached, it is generally idealized and enjoyed for a limited time only: what he calls the 'therapeutic honeymoon'. The impingement of reality and the natural course of development demands that this view soon becomes more complex, and various elements of the community can be felt as powerfully good or powerfully bad things, opening up the possibility of vigorous attack as well as opportunity for comfort. These destructive urges can get the whole range of primitive mental mechanisms working, predominantly using denial, splitting, projection and projective identification. They can represent a deeply unconscious need to spoil, steal or envy what is good.

At these times, a community must offer consistency, clarity and reliability so the emotional turmoil can be held without wreaking havoc, and permit the reparative and healing tendencies which develop through insight and time to aid movement towards the depressive position. Stuart WHITELEY sees this as the main therapeutic task, described as facilitating *dis-illusion* from the symbiotic fusion fantasy of the early attachment: growing up and leaving home.

The struggle to attach or not is often the very meat of the therapeutic process: can intimacy be tolerated, perhaps even used and enjoyed, or is it just too terrifying? Many never join, or drop out, because the fear of letting others know them is too great. Those who fall into membership like a warm duvet will not manage to stay in that inter-uterine state for long: as Whitely says, we have to help to facilitate their dis-illusion.

The structural requirements of this mean we need to pay great heed to joining and leaving. The joining process is all about referral and assessment, and how prospective members of a community are dealt with. The very first contacts with people will have significant impact on how they feel about attaching to a community – much of this will be in a complicated interplay with their

expectations of what to expect of relationships – but a successful TC does need to present itself as a place worth belonging to. Being realistic about difficulties and doubts is necessary, but an early alienating experience in joining a TC will trigger persecutory feelings and defensive actions.

Leaving is very important. It represents loss of a very important attachment, and the successful negotiation of it is a very important part of the whole process of being there in the first place. Communities often arrange it with rituals and gifts, but the real sense of sadness and loss need to be experienced, for it is by being fully aware of the pain of detachment that the intensity and meaning of the attachment before can be understood and made mutative. It's usually an intense mixture of anger, desolation, yearning and hope: the end of something very important but also the beginning of the rest of life starting in a different place.

We can tell when somebody has left well: we too will feel that mixture of sadness and optimism, perhaps with our professional parts able to take stock from a slight distance and be objective. Or perhaps that bit comes later.

That is all I want to say about attachment – the culture is about belonging, and the struggle to belong; the structure is about joining, staying and leaving.

The next principle I want to outline is another primitive and non-verbal one: containment.

### *Containment*

*Richard was 25 when admitted to a day TC. He had a long history of stealing cars, drunken brawls and short-lived violent relationships. His mother was alcoholic, and his father physically abusive; as a child he spent many years in care.*

*Outpatient individual and group therapy had failed, for Richard never stayed for longer than a few sessions. He professed considerable motivation when assessed by the members group for admission to a therapeutic community. However, once admitted, he was belligerent, spiteful and threatened violence. He was accused of stealing money and on several occasions went out drinking heavily at lunchtime: he came very close to being discharged.*

*This behaviour would not have been tolerated in any other setting, and he was repeatedly and vigorously confronted about it in the daily community meetings and several crisis meetings that were called on his account. His small group also explored the underlying motives, and he came to see that it was maintaining a lifelong pattern of expecting rejection, feeling a victim and being*

*socially isolated. Slowly, over many months, he gained insight into what he was doing as he did it. He became liked and developed close relationships before discharge.*

Therapeutic communities are sometimes thought of as being disturbed and chaotic places: criticised for condoning behaviour that would not be acceptable anywhere else. The theory behind this high level of tolerance is that this acting out is a *consequence* of patients' constitutionally impoverished ego strength, and the work of a therapeutic community is an attempt to change it, rather than suppress and deny it. This underlies the idea of 'permissiveness'. Permissiveness and tolerance mean powerful affects can be expressed in action, without repression. It has important therapeutic leverage as it goes on to make us look at the underlying distress, without the projective processes of recrimination (which generally underlie a more punitive regime).

I think permissiveness, and tolerance, are important – but I think something more important and fundamental lie behind them. Our community is quite intolerant of many things – for example self-harm – and there is no permissiveness about it at all. That is not the staff who are intolerant, but the members. To make the place feel safe, self-harm is simply not allowed – the members are much more vigilant in policing that than we are as the staff: limits are drawn around what it is possible to *contain*. I am saying that it is perhaps more fundamental for a place to feel safe than it is for anything to be allowed. And that safety is what is experienced in the culture of a community when it is well-contained.

A balanced internal representation of containment is both maternal and paternal. The maternal element is safety and survival in the face of infantile pain, rage and despair. All those are certainly permitted, and this in itself may be a mutative new experience for community members, whose usual expectation will be to face hostility, rejection and isolation. Now they have the new experience of not having these powerful primitive feelings denied and invalidated.

The paternal element is about limits, discipline and rules. (I am sorry to characterise these so stereotypically – I know maternal and paternal functions are much more mixed up than that, but I am trying to distil the archetypes to make the point clear.) Again it is safety – but safety through knowing what is and is not possible and permitted. The same as knowing the limits, or enforcing the boundaries.

The relentless regressive pull of the community, by continual and inescapable deep involvement and challenge, will act as a 'pressure cooker' for these

feelings and the actions they precipitate. The acting out is of primitive affects which could be described as psychotic anxieties (concerned with existence and identity) or being powerfully in touch with what BION called 'nameless dread', and very effectively generated in his experimental groups. In a TC, the community must provide the stability to contain these overwhelming and primordial anxieties. Then, when the high emotion and incapacity to think has subsided, can the digestion, understanding and healing begin.

So I am not saying that acting out should never be permitted – a community certainly does need to contain severe disturbance to be able to tolerate and then digest violent emotions and still feel safe. However, the size of the stage on which they are played is not limitless – and members need to know where those edges are to feel safe.

If BION talked about the turbulent and primitive internal experience of the process, WINICOTT is describing the sensuous and nurturant qualities of the environment. It is the difference between 'containing' and 'holding' – one is mostly inside, and one is mostly outside. By the structure of our support network, we try to provide six hour holding and 24 hour containment, through members not being physically together (unless absolutely necessary) but in phone contact with each other.

Sooner or later, a gap opens up between mother and infant and it is safe enough to explore, and gain a sense of autonomous identity. This is WINNICOTT's 'transitional space'. It is here that the infant plays with new emotions, relationships and ideas. The therapeutic community can recreate this only when underpinned by secure attachment, and with the safety of sufficient containment. In a therapeutic community, this space can be designed with a richness, intensity and variety that would be much harder to create in other therapies. The place must feel safe, so risks can be taken. It will also contain a large variety of people with different experiences, views, expectations and attitudes. It is as if all human life is here – for relationships to be made with, to be played with, and to get into trouble with. Much as it is for a secure infant on its early explorations.

To summarise containment: if it is done successfully, the culture – the internal part – feels like one of safety despite disturbance. The external part, the structure, is more about holding: both maintaining the boundaries with or whatever procedures are needed, and providing the sensuous, nurturant environment that a therapeutic space must be.

So far, I have talked about qualities which are predominantly preverbal. The

third principle I want to discuss is communication, in which we start to rely more and more on putting things into words.

### *Communication*

At an open day of a therapeutic community in Birmingham based on a re-parenting model of transactional analysis, all visitors were given a name badge on arrival. They were also given a choice, of whether or not to stick a little green spot onto their name badge. If they did so, it implied that they were willing to have anything they said 'openly and caringly' challenged by residents, staff or other visitors. Reciprocally, if the visitor with the green spot were to feel confused or not understood, he or she was obliged to challenge others in order to clear up any misunderstanding.

All twenty-odd visitors for the day elected to wear the green spots. Many challenges were made and although there was substantial disagreement, acrimony and bitterness were largely avoided.

RAPOPORT'S 'reality confrontation' is a behavioural formulation, and it describes the practice of:

... continuously presenting patients with interpretations of their actions as seen by most others, in an effort to counteract their tendency to use massive denial, distortion, withdrawal or other mechanisms that interfere with their capacity to relate to others in the normal world.

Thomas MAIN wrote that the *culture* of a unit is more decisive in bringing about change in human relationships, than is the structure. He wrote of the 'culture of enquiry' as one "where personal, interpersonal and inter-system problems can be examined, and impulses, relationships and defences can be arranged, expressed and studied socially". In his FOULKES lecture, Stuart WHITELEY'S extended the term to include other words like a 'culture of commentary' and a 'culture of questioning'.

I think 'enquiry' is rather dry and cerebral, 'commentary' loses the importance of the subjective experience, and 'questioning' is somewhat inquisitorial. I want to try calling it a culture of *openness* to embrace all these ideas, and widen it further.

This openness is antithetical to the paranoid position: persecutory fantasies are immediately and deliberately reality-tested. If somebody – staff or community member – feels any anxiety about not knowing something, then there is an understanding that it is reasonable to challenge others, and try to understand it.

This refers to the exposure of interpersonal material which is usually left

unspoken, or shut away – beyond scrutiny or question. Amongst other things, it includes the questioning of motives, the relentless challenging of defences, and inquisitiveness about observable relationships. The defining characteristic is the expectation and demand that communication is more open, more deep and more honest than happens in everyday situations.

However, a *demand* on participants for open communication is simply not enough: they must want it, and feel safe about doing it. That requires some certainty that the community will accept and digest what one has to say rather than defend and reject it. This is an absolute requirement of the ethos, and it is an intangible quality that must be present in the atmosphere. It mostly depends on establishing the first two conditions: attachment and containment – for it is only when a member belongs and feels safe that they can start to look at and think about potentially difficult and painful experience.

I think this is what FOULKES implied when he wrote, “Working towards an ever-more articulate form of communication is identical to the therapeutic process itself” – so the therapeutic process is not just one of communication, but the struggle to get into a position to be able to communicate. In this way the ‘mumbling symptom’ – which is autistic and cut-off – can start to be articulated and understood, and so lose its power to isolate and distress. It is both through trying to communicate it, and through the very process of establishing the network of relationship in which that can happen.

The term that group analysis uses for this is the matrix. The commonest definition is:

... the hypothetical web of communication and relationship in a given group. It is the common shared ground which ultimately determines the meaning and significance of all events and upon which all communication and interpretations, verbal and non-verbal, rest.

And it is in the matrix that a depth of connectedness can exist where hidden, split-off and dark experience can be examined and integrated.

Dylan THOMAS, the Welsh poet, spoke of this dark experience, and perhaps how poetry could do more than psychoanalysis:

Poetry, recording of the stripping of individual darkness must, inevitably, cast light on what has been hidden far too long, and, by so doing, make clean the naked exposure. FREUD cast light on a little of the darkness he exposed. Benefiting by the sight of the light and the knowledge of the hidden nakedness, poetry must drag further into the clean nakedness of light even more of the hidden causes than FREUD could realise.

A *culture of openness* describes the condition, in groups or communities, where this is best accomplished. In our use of this model, most of the process of establishing this culture runs through the whole service. We provide booklets, reading lists and a considerable amount of information about ourselves as soon as people are referred to us. We communicate openly with referrers and welcome professional visitors. Openness is an expectation which people know about before they join.

This openness is something unremarkable for therapeutic sessions which are carefully structured, but much of the time in a TC does not give us that protection which outpatient therapists can have. It is easy and reasonable to have a 'therapeutic demeanour' in a group, but much harder to know just 'how to be' when sitting together at lunch, or playing a game together. It is important that staff do these things, for openness gets undermined by splitting if the therapists of the groups seal themselves in a separate therapeutic space, and refuse to immerse themselves in the rough and tumble of the everyday milieu. Expecting this degree of openness can be a considerable challenge to staff: therapeutic boundaries are much more complex than in once weekly therapy, and there are many strong pressures on them. A very high level of training is needed, and a good supervision ratio – especially for the more vulnerable staff members.

So far the three principles together – attachment, containment and communication – could apply to several forms of psychotherapy. The next two are special features that give therapeutic communities something extra. I believe they take the developmental sequence into adulthood – and real life – in a way other therapies do not.

### *Involvement*

At a 'psychospiritual' community in the West Midlands, catholic clergy from around the world, with a variety of problems, are resident for about a year. It is the custom for various members of staff to say words of welcome to each new member during the daily Mass, and lead prayers for them and their primary therapist.

The daily Mass is held at noon, and all members of the community are expected to attend. It is not the same as the community meeting, which is held separately. Most residents and staff find that the Mass is the focal point of their day, and describe it in terms which suggest it is a transcendent place where integrative and communal feelings predominate, but where hostilities and destructive impulses are neither denied nor discussed.

It is seen as a therapeutic element, inseparable from the whole experience of the community, which can be used, discussed and understood – in the other therapeutic settings – as residents and staff feel is useful.

Maxwell JONES coined the term ‘living-learning experience’ and that is what this principle represents. Everything that happens in the community – from the washing up, to the games of trivial pursuit, to the requests for leave – can be used to therapeutic effect. A disagreement in the ward kitchen can be more important than a therapeutic exchange in a group; it is as much part of the working day for a junior doctor to go swimming with the community as it is for him to formally assess patients’ mental states.

One of the limitations of psychoanalysis has been described as ‘the other 23 hours’, meaning the time during which the patient can be as neurotic, disturbed or distressed as he or she likes without it necessarily being brought into the therapy. Peter Fonagy describes the analytic importance of ‘holding in mind’ for borderline patients – which is the production of an almost tangible realisation in the patient that the analyst is mindful of him or her for those other 23 hours.

In a residential therapeutic community, this holding in mind is made utterly tangible: no longer a fantasy, but reality. For 24 hours a day, all interaction and interpersonal business conducted by members of the community ‘belongs’ to everybody. The expectation will be to use it and understand it as part of the material of therapy. Not in isolation, but in the real and ‘live’ context of the interpersonal relationships all around.

In an outpatient analytic group, it is not normally possible to see so much of the ‘ground’ against which the ‘figure’ is defined, but in a therapeutic community it is literally impossible to get away from it. Involvement of all aspects of a group member’s experience, or the living learning culture, is another reflection of the surrounding and context being an indispensable part of the relevant material. If group analysis is seen as a conjunction of psychoanalytic and sociological theory, this part of it is a direct descendant of the Frankfurt School. To quote from FOULKES:

Each individual – itself an artificial, though plausible, abstraction – is centrally and basically determined, inevitably, by the world in which he lives, by the community, the group, of which he forms a part. The old juxtaposition of an inside and outside world, constitution and environment, individual and society, phantasy and reality, body and mind and so on, are untenable. They can at no stage be separated from each other, except by artificial isolation.

Margaret THATCHER stated that there is no such thing as society; WINNICOTT said there is no such thing as a baby and FOULKES is saying here that there is no

such thing as an individual. THATCHER is often seen as a figurehead of the movement towards individualism: but this is all about groupism, or 'communalism', which is of course one of the words that RAPOPORT used back at the beginning.

Picking up the political context theme for a moment more, it is interesting how Clinton and Blair have been influenced by the thinking of ETZIONI and his 'communitarianism' movement. His book, 'The Spirit of Community' (1995), describes a wish for more social cohesion, less vigorous individualism and a moral agenda which emphasises interdependence through responsibilities, rather than isolation through each demanding their rights.

In a therapeutic community, we take this interdependence to the limit. Each has a different but vital contribution to make to the health of the whole. "*The group constitutes the very norm from which each member may individually deviate*": the aggregate of all the individual elements produces a thing with its own qualities and a whole that amounts to more than the sum of its parts. This is the exact opposite of an individualistic view and the richness and variety of the web of relationships between the members, with all the rights and responsibilities that implies, is itself a creative and reparative force – in other words, the matrix.

To come back to practicalities, involvement and the continuous effort of looking at the context in which things are happening, is hard work. 'Dragging in' much material which patients would rather avoid will clearly meet resistance: like for the teenager who fights against structure and control, but also knows that he or she wants and needs it. Individuals will vary in how much structure they need, and communities about how much is demanded. This demand for involvement can be by peer pressure, by rules or sometimes by direct staff intervention, and it often provokes resistance; the negotiation of that conflict can form a central plank of the work.

At our community, involvement is largely ensured through the way our timetable works. We are a day unit with a sandwich structure, with a community meeting at both ends of the day. Each community meetings has an agenda tailored to the preceding and following activities. We have several specific items which ensure that all information shared is shared by all. One of us (staff or member) will chair the meeting and read the agenda items, including items like 'small group news', 'comments on yesterday' and most importantly 'issues to mark'. This last one is always extensively used – and it ensures that everything that has happened during the day – or overnight – is 'mopped up' and included.

All that happens within the day is part of the therapy – whether it is spoken or not, interpreted or not, analysed or not. Sometimes it just needs to be acknowledged and held.

### *Agency*

Jyorti, 19, was in a residential community; two weeks before she was due to leave, she went off to her room after the morning community meeting and cut her wrists. She came back to her small group bleeding; she was taken to the local casualty department by two other residents and had her wrists cleaned and sutured. She threatened to kill or harm herself in several other ways over the next few days, and would not talk about what she was doing, or how she was feeling.

An emergency meeting was called and immediate discharge was discussed. However, it was decided against and the residents organised a rota to stay with her at all times. Residents took it in turns to sleep on a mattress outside her open bedroom door. Calmly but decisively she was not allowed to make any further attempts at harming herself.

She was discharged as planned to local rented accommodation, and for several weeks she received a visit most days from residents who were willing to go there. She maintained contact with the community and attended follow-up.

In 1941 at Mill Hill Hospital, Maxwell JONES found that soldiers suffering from ‘effort syndrome’ were found to be more helpful than the staff at helping each other. At Northfield, BION’s experiment was stopped after six weeks when he showed scant regard or respect for unspoken aspects of the military culture, and he was replaced by MAIN, FOULKES and Harold BRIDGER.

These two locations are the start of therapeutic communities, and the point I want to make is that both made fundamental challenges to the nature of authority. They were ahead of their time – and I think many social changes since have undermined our notion of traditional authority. This is part of post-modernism, and the deconstruction of authority has made us re-evaluate how it is now carried and administered. Examples of this change easily come to mind – in doctors (who always knew best, in the old days), politicians (who nobody believes nowadays), perhaps advertising (which knows how to subtly persuade us better than most) and even the Royal Family (who used to be beyond question).

But for therapeutic communities, this challenge to authority was there at the beginning. It is not unlike JUNG’s idea that the patient’s unconscious knows

better where to guide the therapy than does the analyst's expertise. It fits with the commonly accepted notion that most therapeutic impact comes from work the patient does, rather than the therapist. It also has a strong tradition in the teachings of Harry Stack SULLIVAN and the interpersonal theorists, as well as KOHUT, where any reifications are seen as authoritarian, distancing and inimical to the establishment of a satisfactory therapeutic space.

In group therapy terms, it is completely at odds with the early models of individual work in the group (by the therapist) and EZRIEL's techniques involving only group-level interpretations of the group. In both of these there is an underlying assumption that the therapist 'knows best' or at least knows what is going on: information which the group members cannot know, or which is delivered to them under close control of the therapist.

With the principle of agency, things are different. Authority is fluid and questionable, it is not fixed but it is negotiated – and the resulting culture is one of empowerment. An asymmetry and difference between therapist and patient is accepted, but an automatic assumption of 'superiority' is rejected: members acknowledge that *anybody* in the group might have something valuable to contribute to any other member. This is the essence of therapy *by* the group.

It may sound that the therapist needs to do little, with the patients running the treatment quite satisfactorily themselves. Indeed this may be true when the group or community is in the mode of being a 'work group', rather than at a 'basic assumption' stage. However, getting a group to this stage is in itself a major task. Again, it involves the establishment of secure attachment, facilitating open communication and ensuring the capacity for containment – all beset with difficulty and likely to continually resisted and undermined. Particularly in a therapeutic community, the regressive pull and powerful primitive anxieties will make this task often incomplete and only partially successful.

In other circumstances, the role of doctor or therapist might demand obedience or dependence, with a 'false-self' quality where true affects concerning a relationship have little bearing on the conduct of both participants. In a therapeutic community where the culture is truly open this will soon be subject to an uncomfortable scrutiny and deconstructed – for staff/patient relationships need to be grounded on something deeper than etiquette, seniority or custom.

Thomas MAIN wrote about 'hierarchical promotion' as a process where ideas or practices get 'promoted' from *ego* functions (where they are considered and thought about) to *superego* functions (where they have become automatically). He warns us that this process is usually comfortable, familiar and usually inevi-

table; however, it disallows thought and puts whole areas of experience beyond question. It needs to be guarded against if a culture of enquiry is to be preserved, and great and continuing vigilance is needed to stop things being blocked by it. It is similar to KIERKEGARD's opening thoughts about existentialism, when he muses about how his contemporaries have made life easier by building railways and bridges, and he sees his essential task to make life harder.

For staff, there are easy ways to do things, without thinking or feeling too much, and there are harder ways to do things. This means *trying to understand* disturbed individuals' experience and action, and of avoiding a much easier standard response, which might be dismissive or punitive, or a stock therapy phrase like "what do you think?". It also means respect must be earned as much through qualities of 'being with' as of 'doing to'. Intrinsic authenticity and demeanour will weigh more heavily than extrinsic authoritarianism and rank. Only through this process of experiencing parts of real relationships, beyond the resolution of the transference neurosis if you like, can agency develop. Then action and feeling can have a clear connection to a true core self, and they are not held by a role or prescribed behaviour.

On our community, the best example of our adherence to this principle is our support system, which gives our members the regular opportunity to be very responsible for each other and very effective at it. A couple of months ago we had a very good example: one of our patients had been going through a very hard time in his therapy as well as things that were happening outside, and he was acutely suicidal. The community knew this, and at the last community meeting of the day he arranged to phone somebody in the evening – which he did, and was helped by it to some extent. However, by 2am he was feeling very desperate, with strong thoughts of self-harm, considerable quantities of alcohol and paracetamol at home, and he felt that he was not sure that he could keep himself safe. So he phoned back, and the person who took the call phoned round and mobilised two other community members to go round with her to his house and stay there until it was safe to leave. This could have been the next morning's community meeting, but it was in fact about 6am. If she had mobilised the normal professional support networks (normally the GP – we have no staff on call), it is likely he would have been admitted to hospital and the treatment alliance could well have been broken irreparably. I also believe that other members of the community are actually better at offering what is needed at a time like this than a tired GP or hard-pressed junior doctor would – and

probably better than we would be. And for those who did the supporting, there is the powerful feeling that they did something that really mattered for somebody else.

That sort of *agency* – where somebody is part of a live and intense process or relationship that really makes a difference – is worth infinitely more than a risk assessment, or a procedure, or a protocol. It means that authority must always remain negotiable – authority, and perhaps power and control with it, is something that exists *between* people rather than *in* individuals or policies.

In this we must not lose sight of the reality of authority – for this is not anarchy or wholesale delegation of responsibility or an unreal world with no outside references. In reality, we all work within a framework in which we are accountable for what we do: I think this is where BION's experiment fell apart, for he challenged authority head-on, and those in power would not tolerate it. BRIDGER, MAIN and FOULKES challenged it by quietly demonstrating a better way – and they survived, and sowed the seeds for radical re-evaluation of the nature of authority in therapy, and the development of a whole field of creative group relations. What we need to do now is repeat *their* approach, and not BION's: but with biological determinism and bureaucratic tyranny, rather than military discipline and lack of compassion, as the targets of the challenge.

In *day to day* clinical practice, part of this process is an unwillingness to accept the elements of expectations of relationships that are not real. Analytically, I think this is refusal to take on projections: not an active process of defending against them, but a constant questioning of, and curiosity about, them – which often unearths important 'superego' pathology.

As staff, we often find ourselves giving decisions back to the community to make – 'it's up to you' or 'it's your community' (although we will often make our own opinions on a matter quite clear). In many ways it would be much easier to accept the projections of dependency and make the simple decisions, but then no power would be given back, and we as staff would be the agents of action in the community. It is this process of refusing to accept members' individual or group dependency which makes people empowered – through having to search for their own agency – both as a community and as individuals within it. Most of the time, it feels like hard work – but there are plenty of occasions when the collective power of the community transcends what any one person could do. It is easy to forget what a radical and subversive idea it is to give real power to the people.

This goes much further than the original 'flattened hierarchy' of democratisa-

tion. Rather than being a fashionable idea, or a policy which is imposed on a unit, it absolutely demands a deep recognition of the potential intrinsic worth of each individual. It is not a 'harmony theory' that says we simply have to find this power within people – for it includes powerfully destructive, envious and hateful dynamics which exist in all of us and are sometimes beyond reach. However, working this way does presuppose the possibility of a considerable degree of intimacy, which is an intimacy which is safe, open and healing rather than frightening, dark and abusive.

### *Doubts and difficulties*

I am aware that the way I have painted this picture is that it is possible, it can be done, it is really quite exciting. However, although I do believe those things, I want to sound a strong note of caution. This work is not for the fainthearted. Although all of us doing it can sometimes stand back and see the benefits and changes it is making to people, more often than not we feel tired, overwhelmed and anything but benevolent to our community members. These are people with very primitive and very serious disturbances – most could be diagnosed 'borderline personality disorder' or the fashionable 'SPD' (severe personality disorder). They have very damaged sense of self, 'no good object inside' as some analysts might say, and can barely relate except in a powerful transference.

The normal rules of therapy cannot stand. I have already explained some of this, but in some ways all we are left with is the absolute boundaries of the therapeutic setting (like the starting and finishing times of the groups and the day, and conducting ourselves professionally and ethically) and the reality of being together in intense transference relationships for six hours per day, five days per week. In fact, it often feels that the only reality is the subjective one of 'what it is making us feel like'. Interpretations are intellectualisations and usually miss the point anyway, most classical theories seem like artificial constructions which are out of place here and all that matters is 'how to be' with others.

This soon becomes a terrain where all certainty becomes blurred and objectivity vanishes into a mist of contextual factors. But this is what it can feel: the only hard and fast rule is that there are no hard and fast rules, the only way to find a way through is to experience and learn from the struggle of trying to find a way through. You can't work out which way round the map goes, the text book makes no sense and there aren't even words to describe some of the

things you are up against. I believe this is what Ronnie LAING meant when he wrote:

The greatest psychopathologist has been FREUD. FREUD was a hero. He descended to the 'Underworld' and there met stark terrors. He carried with him his theory as a Medusa's head which turned these terrors to stone. We who follow FREUD have the benefit of the knowledge he brought back with him and conveyed to us. He survived. We must now see if we can survive without using a theory that is in some measure an instrument of defence. (LAING 1968)

The only way to escape this bind is by building up, layer upon layer, an internal representation of what matters – and allowing that to be modified and changed by any perturbing influence – rather than accepting any dogma, or taking anything as an article of faith. I believe that this is as relevant for a psychotherapist in training as the patient undergoing treatment; it is the same process as mathematical physicists have described in building models of the universe: they use the word 'bootstrapping'.

The ability to tolerate doubt and uncertainty are closely linked to this – and knowing that we do not know many answers.

### *Conclusion*

I want to finish off by thinking about what we are recreating by trying to set up a milieu with these five qualities. This is coming back to what I said at the beginning about it really being quite simple – although some of the concepts involved in getting here are complex, the overall picture is not a difficult one to grasp.

In a way I think that the five principles I have described, and the subjective experience of them which I have called the cultures, are the fundamental requirements for healthy emotional development for all of us – perhaps *Primary Emotional Development*. Although we all start with slightly differing needs, it is something that goes seriously wrong with these five things in an infant's or child's environment when it is abused, or deprived, or traumatized or suffers a severe loss. And that results in a multitude of different symptoms and diagnoses, which all have a *disturbed emotional development* as one of their main causes.

So *Secondary Emotional Development* is what we try to do by recreating them in a therapeutic community – perhaps in other therapies too. We are trying to provide a psychic space in which the things that went wrong or got stuck in primary emotional development can be re-experienced and re-worked in this artificially created 'secondary emotional development'. It can never be quite

the same as first time round, or quite as good and nurturant, but we try to make it as good as we can get.

I also want to suggest that with insufficient care given to establishing a healthy matrix for this, a milieu can be anti-therapeutic: with a culture that discourages attachment, that does not feel safe or containing, with perverse and distorted communication, unspoken rules about what is and is not admissible, and power based on arbitrary criteria. I have certainly worked in places like that. In other words, secondary emotional development is being distorted, hampered or obstructed – not facilitated or aided.

And for milieu that can be anti-therapeutic, or anti-growth, this can be as much true of a school, office, company, hospital ward or CMHT as of a family or therapeutic community: any setting where a group of people are emotionally engaged in some sort of developmental task. This is therefore not a business about weird and unruly hospital units – it about everyday life, and struggling to try and meet needs that everybody has.

## Der Geist in der Maschine

Rex Haigh (deutsche Fassung Klaus Hardtke)

In diesem Beitrag vergleiche ich drei Modelle der Betreuung: das medizinische, administrative und therapeutische Modell. Am Beispiel der praktischen Arbeit in den therapeutischen Gemeinschaften zeigt sich ein Prozess fortschreitender Entwicklung: von der kindlichen Bindung (attachment) über die Sicherheit durch Beziehungen (containment) zur Kommunikation über das sich Einlassen, um einen Platz in der Gruppe zu finden und schließlich als Ziel der emotionalen Entwicklung die verantwortlich handelnde Persönlichkeit (personal agency).

Das wichtigste Agens für die Entwicklung in therapeutischen Gemeinschaften sind die Beziehungen zwischen den Menschen. Dabei sind es nicht nur die Beziehungen zwischen den Bewohnern und den Mitarbeitern, sondern auch die Beziehungen zur Institution, zu der die therapeutische Gemeinschaft gehört, und zum umgebenden gesellschaftspolitischen System.

Jedes therapeutische Handeln wird nur wichtig im Kontext einer bedeutsamen Beziehung.

Die 'medizinische Trickkiste', die uns die moderne medizinische Wissenschaft und Technologie beschert hat, kann daher nie ausreichend sein, sondern kann schlimmstenfalls sogar als Misshandlung erlebt werden.

Das *administrativ organisierte Behandlungs- und Betreuungsschema* ist die Ära, in der wir uns befinden. Es scheint demokratischer und weniger autoritär, reduziert aber den auf Betreuung angewiesenen zum passiven Subjekt einer unfassbar komplexen KAFKAesken Maschine (z. B. durch das 'Case Management'). Diese Behandlung verfälscht Beziehungen und erzeugt gerechtfertigten Widerstand bei jenem, die ihr ausgesetzt sind, Personal und Patient.

Das dritte Paradigma ist die *therapeutische Betreuung*. Ihr Ziel ist es, Hass in Liebe zu verwandeln und weniger Technik oder bürokratische Verfahren. Sie ist von tiefem gegenseitigen Respekt geprägt, das die Hierarchien oder Rollen übersteigt. Diese Art des therapeutischen Arbeitens ist der 'Geist' aus dem Titel verglichen mit der Maschine, die die Bürokratie und die medizinische Trickkiste verkörpert. Wenn wir keinen Weg bei denen finden Beziehungen wertzuschätzen, denen wir zu helfen versuchen, erschaffen wir Maschinen und verlieren unsere Menschlichkeit genauso wie unsere Professionalität.

Diese Forderungen sind von hoher politischer Brisanz. Das Persönliche ist vom Politischen nicht zu trennen. Sonst erschaffen wir eine künstliche Trennung von Außen- und Innenwelt und damit borderline-ähnliche Zustände.

Ich stelle fünf miteinander verbundene Ideen vor, fünf Konzepte, die über die essentiellen Qualitäten eines therapeutischen Umfeldes eine Aussage treffen. Ich beschreibe sie in einer sich entwickelnden Stufenleiter: von der Verletzlichkeit und Nacktheit der frühkindlichen Bindung (attachment) über die mütterlichen und väterlichen Beziehungsaspekte, der durch sie vermittelten Sicherheit (containment), bis zum Umgang mit verbindender Verständigung (communication). Dann weiter der pubertäre Kampf einer intensiven Beteiligung (involvement) und schließlich die erwachsene und befähigte Position einer Verantwortung für sich und andere (agency): das Ich zu finden, den Sitz der Handlungen, ermöglicht unseren Patienten das Entfalten ihrer eigenen Stärken.

Nach meiner Sicht hat jedes dieser fünf Prinzipien eine Innen- und eine Außenseite, vielleicht eine Illusion und eine Realität, und ich versuche das besonders mit meiner Erfahrung mit therapeutischen Gemeinschaften im Hinterkopf zu erklären. Das Innen oder die Einbildung, ist das Gefühl, wie das Dasein ist, ich nenne das 'die Kultur eines Milieus'. Das Außen, die konkrete Realität, ist, was tatsächlich passiert, was die Grundsätze in Kraft setzt, und die 'Kultur' transportiert – ich nenne das die umgebende 'Struktur'.

Ich nehme mir jedes dieser fünf Prinzipien abwechselnd vor, sehe mir an, woher sie in der psychotherapeutischen Theorie kommen und versuche zu verstehen, was sie für die Mitglieder unserer Gemeinschaften bedeuten. Dann

schaue ich mir an, was wir in der Praxis tun, um diese Prinzipien aufrechtzuerhalten und zu stützen.

Es ist dies eine Entwicklungsreise: in einem gewissen Maße ist es meine eigene Reise durch Gruppen und psychotherapeutische Theorien und therapeutische Gemeinschaften. Ich hoffe aber auch, dass es eine universelle Reise ist, eine Reise, die Resonanz findet bei jedem von uns, der mit Menschen arbeitet, die Opfer fehlgeleiteter emotionaler Entwicklung sind und die unsere eigenen emotionalen Prozesse dieser Arbeit nutzen.

### *Bindung*

Alle Lebewesen beginnen ihr Leben im Mutterleib mit Bindungen. Bei der Geburt ist diese Bindung plötzlich und unwiederbringlich aufgelöst. Dieser ersten Trennung werden noch viele folgen. Für das Baby wird normalerweise die physische Bindung sanft und nahtlos durch eine emotionale ersetzt. Diese sich entwickelnde frühe Bindung gibt dem Kind das Gefühl von Wert und Identität und schützt später vor dem Auf und Ab des Lebens.

Wird keine sichere emotionale Bindung aufgebaut, ist vielmehr das Defizit dieser emotionalen Bindung sehr schwer, entwickelt sich oft eine Persönlichkeitsstörung.

Liegt so eine fundamentale Störung vor, ist es Aufgabe einer Behandlung eine sichere Bindung zu rekonstruieren und diese dann zu verwenden, um Veränderungen bei tief verwurzelten Beziehungsdefiziten und Verhaltensmustern zu initiieren. Bei therapeutischen Gemeinschaften müssen die Mitglieder ein 'Dazugehörigkeitsgefühl' bekommen, sie werden geschätzt und schätzen die therapeutische Gemeinschaft.

Deswegen muss eine therapeutische Gemeinschaft Konsistenz, Klarheit und Zuverlässigkeit anbieten, damit das emotionale 'Chaos' aufgehalten werden kann ohne verheerenden Schaden anzurichten und reparative und heilende Tendenzen zugelassen werden, die sich durch Einsicht und Zeit entwickeln.

Die strukturellen Erfordernisse einer therapeutischen Gemeinschaft hierfür bedeuten, dem Prozess der Aufnahme und der Entlassung große Beachtung zu schenken.

Die 'Kultur' handelt von der Zugehörigkeit des Mitglieds und seinem Kampf dazuzugehören. Die 'Struktur' handelt vom strukturierten Aufnahme und Entlassungsprozess.

### *Sicherheit (containment)*

Therapeutische Gemeinschaften sollten einen hohen Toleranzlevel haben. Antisoziale Verhaltensweisen der Mitglieder sind Konsequenzen der nicht entwickelten Ichstärke und die Arbeit des Teams besteht gerade im Versuch dies zu ändern. Erlaubnis und Toleranz sind kraftvolle Aspekte mit bedeutendem therapeutischen Einfluss, wenn projektive Prozesse gegenseitiger Anschuldigungen unterbleiben.

Grenzen werden gezogen und Regeln gesetzt von den Gemeinschaftsmitgliedern, um einen 'sicheren Platz' zu gewährleisten. Wer immer mit Feindseligkeit, Ablehnung und Isolation aufgrund seines Verhaltens konfrontiert war, macht in der Gemeinschaft neue Erfahrungen: die ursprünglich kraftvollen Gefühle werden nicht abgelehnt oder entwertet, sondern zugelassen und verstanden. Eine therapeutische Gemeinschaft soll sicherlich ernsthafte Störungen des Gemeinschaftslebens einzubinden in der Lage sein, auch gewalttätige Emotionen zu tolerieren und dann zu verdauen und sich immer noch sicher zu fühlen. Allerdings ist diese Plattform nicht grenzenlos: die Mitglieder müssen wissen, wo die sicheren Grenzen sind.

Sicherheit ('containment') ist dann erfolgreich, wenn die 'Kultur' sich sicher anfühlt, trotz Störungen. Die 'Struktur' unterstützt die Grenzen mit notwendigen Verfahren und bietet ein einfühlsames pflegerisches Umfeld, einen therapeutischen Raum.

### *Verständigung*

Es genügt nicht von den Mitgliedern einer therapeutischen Gemeinschaft eine offene Kommunikation zu fordern. Sie müssen diese selbst wollen und sich sicher fühlen, wenn sie dies tun. Dies bedeutet, dass die Mitglieder akzeptieren, was einer zu sagen hat und es nicht zurückweisen oder verteidigen. Das ist unverzichtbar und muss in der gesamten Atmosphäre einer therapeutischen Gemeinschaft fühlbar sein. Voraussetzung hierfür ist allerdings, dass Bindung und Sicherheit gegeben sind, bevor sich ein Einzelner wagt schwierige und schmerzvolle Erfahrungen zu machen.

Der Kampf Kommunikationsfähigkeit zu erreichen, ist an sich schon ein therapeutischer Prozess. So wird das autistische 'Mumbling Symptom' (FOULKES) verstanden und bearbeitet und verliert seine Macht zu isolieren und zu quälen. Der Versuch zu kommunizieren und der Prozess ein Netzwerk von Beziehungen aufzubauen, in dem Kommunikation gelingen kann, ist therapeutisch wirksam.

Um eine Kultur der Offenheit zu verwirklichen, veröffentlichen wir möglichst viel Informationen über unsere Einrichtung und Arbeit, kommunizieren offen mit den Einweisern unserer Patienten und heißen unsere professionellen Besucher willkommen.

Die drei beschriebenen Prinzipien lassen sich bei jeder Form von Psychotherapie anwenden. Die nächsten beiden sind jedoch speziell und treffen nur auf therapeutische Gemeinschaften zu. Ich denke sie gehören in den Entwicklungsstand des Erwachsenseins und des realen Lebens, in einer Art wie es andere Therapien nicht vermögen.

### *Intensive Beteiligung (involvement)*

Alles, was sich in der therapeutischen Gemeinschaft ereignet, vom Abwasch bis hin zur Entlassungsbearbeitung, kann als therapeutischer Effekt benutzt werden. Ein Missverständnis in der Gemeinschaftsküche kann wichtiger sein als ein therapeutischer Austausch in der Gruppentherapie. Jede Interaktion und zwischenmenschliche Angelegenheit eines Mitglieds 'gehört' jedem der Gemeinschaftsmitglieder. Das sollte benutzt und als Teil des therapeutischen Materials verstanden werden, nicht isoliert, sondern im Kontext der umgebenden Beziehungen.

Jeder ist Teil einer Gruppe, einer Gemeinschaft. Eigen- und Gruppeninteressen können widerstreiten. In der therapeutischen Gemeinschaft reizen wir diese gegenseitige Abhängigkeit aus. Jeder leistet einen jeweils anderen aber lebenswichtigen Beitrag zum Wohle des Ganzen. Dabei bestimmt die Gruppe die Norm, von der jedes Mitglied individuell abweichen kann. Die Anhäufung aller individuellen Elemente schafft etwas mit ganz eigener Qualität und das Ganze zählt mehr als die Summe seiner Einzelteile. Und das ist genau das Gegenteil einer individualistischen Betrachtungsweise, sondern die Bandbreite eines Netzes von Beziehungen der Mitglieder, die selbst eine kreative und reparative Kraft darstellt.

Diese intensive Beteiligung herzustellen, bedeutet harte Arbeit, therapeutische Gemeinschaften brauchen sie aber. Die geforderte intensive Beteiligung kann durch Gruppendruck erzeugt werden, aber auch durch aufgestellte Regeln und manchmal auch durch direkte Interventionen der Mitarbeiter.

### *Verantwortung für sich und andere*

Das Prinzip der Verantwortung und der daraus resultierenden Kultur ist das der Befähigung. Die Ungleichheit und Unterschiedlichkeit zwischen Therapeut

und Patient wird anerkannt, aber die automatische Annahme einer vorgegebenen Überlegenheit des Therapeuten wird verneint. Die Mitglieder einer therapeutischen Gemeinschaft haben begriffen, dass jeder in der Gruppe etwas wertvolles für ein anderes Gruppenmitglied beitragen kann. Das ist der Kernpunkt der Gruppentherapie. Das klingt so, als ob der Therapeut wenig dazu beitragen muss. Das mag bei einer gut laufenden Gruppe so sein. Aber hierzu benötigt man das Herstellen einer sicheren Bindung, die Eröffnung der Möglichkeiten einer offenen Kommunikation und genügend Sicherheit – all das Schwierigkeiten ausgesetzt, wie kontinuierliche Zurückweisung und Unterminierung. Gerade bei einer therapeutischen Gemeinschaft gefährden regressive Rückfälle und starke Ängste diese Ziele.

Das Team muss versuchen Erlebnisse und Handlungen der Patienten zu verstehen und sie nicht abzuweisen oder gar zu bestrafen. Das bedeutet, dass Respekt erworben werden muss durch Qualitäten des 'Mit-dabei-seins' als durch des 'Tun-müssens'. Alleine durch den Prozess des Erlebens von Teilen realer Beziehung kann sich die Verantwortung für sich und andere entwickeln. Dann kann Handlung und Gefühl eine klare Verbindung zum innersten Kern haben und sind nicht Ausdruck einer Rolle oder einer vorgeschriebenen Verhaltensweise.

In unserer therapeutischen Gemeinschaft – es handelt sich um eine Tagesklinik – ist das beste Beispiel dieses Prinzip zu verwirklichen unser Unterstützungssystem. Dies gibt den Mitgliedern die Möglichkeit gegenseitig verantwortlich zu sein und es ist sehr effektiv. Jeder kann jeden zu jeder Zeit anrufen und um Hilfe bitten. Die Probleme werden dann in der nächsten Sitzung in der Gruppe besprochen.

Wir als Team finden uns oft in der Situation Entscheidungen den Gemeinschaftsmitgliedern zu überlassen, weil 'es sie angeht' oder es 'ihre Gemeinschaft' ist, obwohl wir unsere Meinung schon gebildet haben. Es ist viel einfacher, Projektionen und Abhängigkeiten zu akzeptieren und dann einfache Entscheidungen zu treffen. Aber dann kommt keine Resonanz und das Team muss doch handeln. Es ist dieser Prozess des sich Scheuens, um die individuelle oder gruppenbedingte Abhängigkeit der Mitglieder zu akzeptieren, der die Leute befähigt – ihre eigene Verantwortlichkeit zu suchen – als Gemeinschaft und als einzelne in ihr. Die meiste Zeit scheint das harte Arbeit zu sein, aber bei vielen Gelegenheiten bringt die gemeinsame Kraft der Gemeinschaft herüber, was eine einzelne Person alles vermag.

### *Zweifel, Schwierigkeiten, Schlussfolgerungen*

Was ich beschrieben habe, ist möglich, kann gemacht werden und ist aufregend. Doch möchte ich warnend hinzufügen: diese Arbeit ist nichts für Verzagte. Besonders Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind schwer zu 'haben', zu behandeln.

Die normalen Therapieregeln können nicht gelten, klassische Theorien erscheinen uns wie künstliche Konstrukte, die hier nicht angebracht sind, denn alles, was zählt, ist, wie man miteinander umgeht.

Daher: die einzige Regel ist, dass es keine festgeschriebenen Regeln gibt. Der einzige Weg, einen Weg zu finden, ist, zu erfahren und zu lernen, vom Kampf einen Weg zu finden.

Die Fähigkeit Zweifel und Ungewissheit zu ertragen sind mit diesem Gedanken eng verknüpft, und ebenso zu wissen, dass wir nicht viele Antworten kennen.

Ich schließe mit dem Gedanken, was wir wiedererschaffen, wenn wir versuchen ein Milieu mit den oben beschriebenen fünf Qualitäten einzurichten.

Diese sind Erfordernisse einer gesunden emotionalen Entwicklung für uns alle. Ich nenne es frühkindliche (primary) Entwicklungsphase. Wenn nun die Entwicklung in der Baby- oder Kleinkind-Phase schwer gestört wird, entwickelt sich eine ganze Anzahl von verschiedenen Symptomen.

Wir versuchen in unserer therapeutischen Gemeinschaft diese fünf Qualitäten nachzuholen in einer Art 'zweiten' (secondary) Entwicklungsphase. Wir versuchen einen psychischen Raum anzubieten, in welchem die Dinge, die in der frühkindlichen Entwicklungsphase schlecht gelaufen sind, wiedererlebt und durchgearbeitet werden können in dieser künstlich erschaffenen 'zweiten Phase'.

Aber ich muss auch darauf hinweisen, dass bei Nichtbeachtung der von mir beschriebenen Prinzipien eine Behandlung unwirksam ist. Dann ist die 'zweite Phase' selbst gestört, ein Hemmnis oder Hindernis, nicht unterstützend oder helfend.

### *Literature*

Balint, M. (1968). *The Basic Fault*. London: Tavistock.

Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups and other papers*. London: Tavistock.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: 3 Volumes*. London: Hogarth Press.

Etzioni, A. (1995). *The Spirit of Community*. London: Harper Collins.

Fairbairn, W. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Routledge & Paul.

- Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment* with A. Bateman. Oxford: University Press.
- Foulkes, S. H. (1964). *Therapeutic Group Analysis*. London: Allen & Unwin.
- Jones, M. (1968). *Social Psychiatry in Practice*. Harmondsworth: Penguin.
- Laing, R. D. (1968). *The Divided Self*. Harmondsworth: Penguin.
- Main, T. (1990). Knowledge, Learning, and Freedom from Thought. *Psychoanalytical Psychotherapy* 5: 59-78.
- Rapoport, R. N. (1960). *Community as Doctor*. London: Tavistock.
- Whiteley, J. (1995). Attachment, Loss, and the Space Between: Personality Disorder in the Therapeutic Community. 18th S. H. Foulkes Annual Lecture (1994). *Group Analysis* 27(4): 359.
- Winnicott, D. (1965). The Capacity to be Alone. In: *The Maturation Process and the Facilitating Environment*. London: Hogarth.

Rex Haigh

1 St. Marys Rd.

Mortimer, Berkshire RG7 3UE

UK

Rex Haigh: Consultant Psychiatrist in Psychotherapy, National Institute for Mental Health in England. Haigh was Chair of the Association of Therapeutic Communities from 1998 until 2004, is now co-editor of the *International Journal of Therapeutic Communities* and is founder and project lead of the Community of Communities. He was a general practitioner in Cornwall, psychiatrist in Oxford, psychotherapist in Birmingham, undertook group analytic training in London, and was consultant at Winterbourne TC in Reading from 1994 to 2003. Since then, he has been undertaking research and development work in the field of personality disorders with Nottingham University, the Royal College of Psychiatrists Research Unit, the Department of Health and the National Institute for Mental Health in England. He is currently involved in setting up two new NHS therapeutic communities, in Nottingham and Aylesbury.

# Psychiatrie-Patienten brauchen mehr als die Regelung ihrer sozialen Verhältnisse

Bernard Stritih (Ljubljana, Slovenia)

The paper outlines the development of the concepts of our work, from its initial emphasis on non-authoritarian group leadership to its present orientation, characterized by the participation of a group of adult psychiatric patients in our projects, as well as by a more intense focus on group work, milieu therapy and existential supportive therapy.

In our summer camp projects, we try to understand the young persons in accordance with each individual's interpretation of his or her conduct. Regarding the group of psychiatric patients, our efforts have gone primarily into helping average adults to better comprehend and accept the patients, so that the latter do not feel left out and constructive social energy can emerge.

Keywords: social work, youth work, milieu therapy, psychiatric patients, solution-focused, resources.

Stichworte: Sozialarbeit, Jugendhilfe, Milieu-Therapie, Patienten, lösungsorientiert, Ressourcen.

## *Einleitung*

In den 1970er Jahren begannen wir in der Fakultät für Sozialarbeit an der Universität Ljubljana mit der Entwicklung neuer Arbeitsmethoden mit Kindern und Jugendlichen, die für die damalige Zeiten nicht üblich waren. Wir waren davon überzeugt, dass eigentlich nur die Gesellschaft krank ist, die einigen Kindern keine normale Kindheit ermöglichte und diese schrittweise in eine Zwangslage drängte: entweder ein 'Rad' in unserer Gesellschaftsmaschinerie zu werden, was man Normalität und normales Leben nannte, oder aus der Gesellschaft herauszufallen.

Im Laufe der langjährigen Arbeit erkannten wir auch im Rahmen von schmerzlichen Erfahrungen, dass dieses Dilemma nicht so einfach zu lösen war, wie es zu Beginn schien. Als wir uns der Frage von psychischer Gesundheit näherten, als wir versuchten mit Patienten der Psychiatrie zusammen zu leben, beobachteten wir, dass es uns nicht möglich war, einige ihrer Verhaltensweisen und Gefühlsreaktionen anzunehmen und zu verstehen; wir begaben uns in ein Labyrinth von Erklärungen, Theorien und Therapien. Wir erkannten, dass zahlreiche psychiatrische Anstalten Sackgassen waren, die nirgendwohin

führen. Auf der anderen Seite stellten wir fest, dass es viele professionelle Erklärungen möglich machten über Erscheinungen nachzudenken, die abstoßend und vorher unerklärlich schienen. Wir machten die Erfahrung, dass man Personen, die innerlich sehr unkonzentriert und gespalten sind, helfen kann, so dass sie mit uns leben können.

Einige unserer ehemaligen Mitarbeiter wurden in den letzten Jahren Initiatoren neuer zivilgesellschaftlicher Organisationen, der Einrichtung neuer Hilfsdienste und Sozialarbeit für Menschen mit psychischen Schwierigkeiten, für Kinder mit besonderen Bedürfnissen oder verhaltensauffällige Kinder, für traumatisierte Menschen u. a..

Gleichzeitig kamen wir auch zu der Überzeugung, dass wir mit unserer Praxis- und Forschungsarbeit neue Wege für die professionelle Sozialarbeit vorbereiteten. Uns wurde immer bewusster, dass in den Hilfeprozessen sowohl für Kinder als auch für erwachsene Patienten mit ernsthaften Störungen, verschiedene Fachgebiete gleichgewichtig zusammenarbeiten müssen.

Mit einigen Kollegen arbeitet der Autor schon seit Jahrzehnten neben unserer regelmäßigen Tätigkeit an der Fakultät für Sozialarbeit innerhalb der ehrenamtlichen Organisation 'Odnev' ('Echo') zusammen. Schon von Anfang an wurden neue Arbeitsmethoden für die Kinder entwickelt. Dieser Verein ist materiell sehr schlecht gestellt, aber sein Vorteil gegenüber anderen Institutionen und einigen anderen Organisationen liegt in unserer Offenheit für die Zusammenarbeit mit Sozialdiensten, Schulen und psychiatrischen Einrichtungen, wie auch mit den Familien der Kinder und Jugendlichen.

Anfangs gingen wir von gänzlich naiven Hypothesen aus, dass wir z. B. in Ferienkolonien für Kinder ein Umfeld schaffen wollten, in dem wir die Kinder nicht bestrafen und sie zu nichts zwingen werden. Somit würden Kinder mit verschiedenen Störungen konstruktiver und glücklicher werden, symptomatische Störungen würden verschwinden, dachten wir. All dies geschah nicht, stattdessen entdeckten wir bei den Kindern zahlreiche Defizite und Ängste. Wir mussten die Kinder vor subjektiv empfundenen Bedrohungen durch ihre Umgebung und vor allem vor gegenseitiger Gefährdung schützen (gewalttätigen Drohungen, Betrug und Verführungen) und in ihnen Ängste vor unbeherrschten Verhaltensweisen und Selbstverletzungen anderer nehmen.

Bei Aktivitäten zeigten sich sowohl Fähigkeiten wie auch Widerstände. Kinder und Jugendliche brauchen in realen Lebenssituationen meistens spezifische (persönliche) Hilfestellungen.

Später begannen wir mit der Pfadfinderorganisation zusammenzuarbeiten,

verlagerten unsere Ferienaktivitäten in die Natur und lebten mit improvisierten Koch- und Hygieneinstallationen in Zelten. Die gesamte Arbeit im Zeltlager verrichteten wir mit den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen gemeinsam. Trotz zusätzlicher Arbeit wurde das Zusammenleben nicht schwieriger sondern aktiver und entspanner.

Unsere Zusammenarbeit mit der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) begann im Jahre 1982. In den achtziger Jahren kamen wir mit der Klinik Mengerschwaige und der Word Association for Dynamic Psychiatry (WADP) in Kontakt, die damals von Günter AMMON geleitet wurde. Wir erhielten neues Wissen und zahlreiche Anregungen zur Gestaltung des therapeutischen Milieus. Wir fassten Mut und nahmen auch Psychiatriepatienten auf.

Auf Tagungen der DAP und der WADP berichteten Miran MOŽINA und der Autor mehrmals über unsere Aktionsforschungsprojekte. Von Seiten der WADP erhielten wir wertvolle professionelle Unterstützung in Form von Supervision. Mehrmals besuchten uns Dr. Gertraud REITZ, Thomas HESSEL aus München, Dr. Marijke RUTTEN SATIS aus Nijmegen und der Sozialpädagoge Heinrich KLEYLEIN aus der Klinik Mengerschwaige.

Als sich unsere ehrenamtlichen Mitarbeiter fragten, warum wir uns den Projekten ehrenamtlicher Arbeit mit Kindern und Erwachsenen am Rand der Gesellschaft angeschlossen haben, bot sich die folgende Antwort an: weil niemand in der Gesellschaft ein besonderes Wissen noch ein Monopol im Bereich seelischer Gesundheit oder seelischer Krankheit haben kann. Die seelische Gesundheit eines Einzelnen kann man nicht getrennt von der seelischen Gesundheit der Gesellschaft betrachten. Genauso wenig kann jemand anstelle eines anderen darüber entscheiden, wer oder wie man seine Ansprüche in der Gesellschaft geltend machen kann.

Eine erfolgreiche Mitarbeit des Fachgebiets Sozialarbeit hängt nicht nur von der persönlichen Hingabe und der Aufopferungsbereitschaft der Sozialarbeiter ab, sondern es werden auch klare und genügend spezifische Konzepte benötigt. Die Besonderheit des Ansatzes der Sozialarbeit werde ich mit Hilfe des Modells von HECKHAUSEN aufzeigen, das die Schaffung einer mehrdimensionalen Begriffsmatrix ermöglicht, in der verschiedene Fachgebiete ihren Platz finden.

### *Hilfe diesseits und jenseits des Rubikon*

In der folgenden Abbildung ist das Rubikon-Modell nach HECKHAUSEN schematisch dargestellt.

Nach HECKHAUSEN, GOLLWITZER und WEINERT (1987) sehen die psychologi-

schen Welten bzw. Vorgänge diesseits und jenseits des Rubikon sehr verschieden aus und werden von unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten bestimmt. (GRAWE 1998, S. 61)

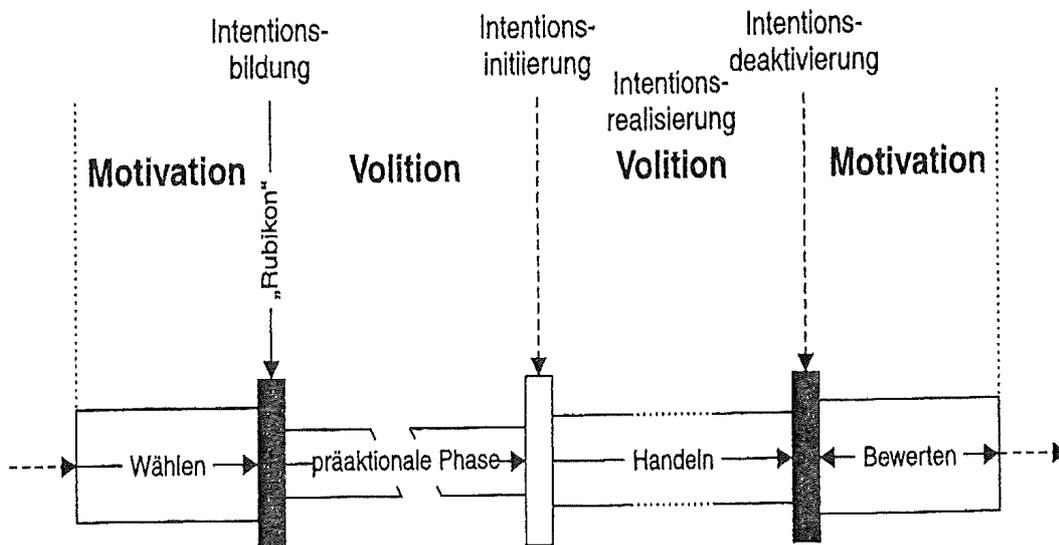


Abbildung: Das handlungspsychologische Phasenabfolgemodell ('Rubikonmodell') von HECKHAUSEN. (HECKHAUSEN, GOLLWITZER, WEINERT 1987, S. 180; leicht verändert)

Mir ist dieses Modell in unserem Zusammenhang eingefallen, weil wir mit verschiedenen Therapieformen auf verschiedenen Ufern des Rubikon zu arbeiten scheinen. Lösungsorientierte Sozialarbeit hat ihre Wirkung auf der rechten Seite des Rubikon. Die Schlüsselbedeutung für die Sozialarbeit ist, wie wir uns in den Prozess der Realisierung dieser Intentionen mit geeigneten Maßnahmen einbeziehen können. Es werden zunächst bestimmte Ziele festgelegt und präzisiert, die als Realisierung bereits mitgebrachter Intentionen des Patienten angesehen werden können, wie z. B. nach der Entlassung aus dem Krankenhaus unabhängig von seinen Eltern in einer Wohngemeinschaft zu leben. Ob und wie dieser Wunsch erfüllbar ist, ist nicht so einfach wie das Ausführen verschiedener Anträge im Verwaltungsverfahren. Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass dieser Wunsch für den Patienten und seine Familie verschiedene Bedeutungen hat, die gegensätzlich sein können und somit zu einer Gefühlsambivalenz aller, die bei der Verwirklichung dieses anscheinend schlichten und sehr berechtigten Wunsches involviert sind, führen kann. Deshalb sollte sich ein Sozialarbeiter im Prozess der Hilfeleistung bemühen zu verstehen, was zwischen den einzelnen Mitgliedern einer Familie vor sich geht. Dabei ist es sehr nützlich, dass der Sozialarbeiter die Gruppendynamik berücksichtigt und die Rolle des Mediators bzw. eine hermeneutische Funktion übernimmt. Dies bedeutet nicht nur die Unterstützung des Patienten bei einer konkreten Entscheidung,

sondern auch das Streben nach Anerkennung von Rechten zur Äußerung eigener Lebensvorstellungen und zum Formen eigener Entscheidungen in Verbindung mit dem Alltagsleben und der Arbeit.

Als Beispiel für neue Überlegungen und Suchweisen neuer Ideen in der psychiatrischen Sozialarbeit dienen Ideen von Mitarbeitern der Klinik Menter-schwaige, die diese in der Broschüre zum 25. Jubiläum der Klinik herausgegeben haben (Festschrift 2004). Für dieses Team überschreiten die Hilfestellungen bei der Regelung sozialer Verhältnisse die bisherigen Vorstellungen von der Regelung objektiver Verhältnisse für das Leben und die Arbeitsbeschaffung für ehemalige Patienten. Hier seien einige Schlüsselgedanken zusammengefasst: Hier werden Träume, Utopien, kreative Ideen, die dann anhand von Dialogen zwischen allen, die von der Verwirklichung der Ideen betroffen sind, an die Realität angeglichen. Wo auch immer es möglich ist, greift Sozialarbeit die Vorstellung von Patienten, Angehörigen und anderen Beteiligten auf und unterstützt Eigeninitiativen beim Suchen solcher Lösungen, die wenigstens vorübergehend für alle Seiten akzeptabel sind. Es geht um den Neu- oder Wiederaufbau eines Lebensfeldes, das mit ausreichenden Haltefunktionen versehen ist, und somit die Rückfallquote der Patienten erheblich reduzieren kann. (vgl. Festschrift 2004, S. 59)

Als wir mit einer Gruppe Mitarbeiter des Krankenhauses Hrastovec die Wohngemeinschaften der Klinik Menter-schwaige besuchten, erhielten wir konkrete Vorstellungen davon, dass wir auf der rechten Seite des Rubikon eines Patienten, eine große Vielgestaltigkeit an Tätigkeiten entdecken können: von Dingen, die wir als alltägliche Verrichtungen bezeichnen, verschiedenen Arbeitsweisen und Schulungen, bis hin zur Geselligkeit, zu therapeutischen Erholungsaktivitäten und Unterhaltung. Besonders wichtig scheint es, dass sich alle bemühen, ein Lebensumfeld zu schaffen, in dem die Bewohner nicht auf ihre Träume und utopischen Vorstellungen verzichten, sondern diese kreativ zum Ausdruck bringen und in ihr Lebensumfeld einbauen.

### *Selbstdeutungen der Patienten als Basis für Integrationserfolg*

Als wir vor dreißig Jahren mit alternativen Arbeitsmethoden mit Kindern und Jugendlichen begonnen haben, waren wir fasziniert aber gleichzeitig erschrocken darüber, wieviel Energie und Ausdauer diese Kinder bei ihren destruktiven Aktivitäten hatten. Wir hofften, dass sich die Kinder beruhigen würden, wenn wir ihnen keine sinnlosen Grenzen setzten. Als dies nicht geschah und es schien, als würde sich die Destruktivität noch steigern, begannen wir mit tägli-

chen Verhandlungen zwischen Erziehergruppen und Kindern über Tätigkeiten, die dringend notwendig für die Grundhygiene und einen gemeinsamen Lebensrhythmus sind.

Dabei waren wir sehr erstaunt darüber, dass die Patienten im Allgemeinen zufriedener wurden, dass die Konfliktbereitschaft zurückging und die Bereitschaft der Kinder an verschiedenen Tätigkeiten teilzunehmen anstieg. Wir bekamen den Eindruck, dass sich damit, dass wir eine zufriedenstellende Regelung verschiedener Einzel- und Gruppenaktivitäten gefunden hatten, auch die innere Unruhe der meisten Patienten legte.

In den folgenden Jahren nahmen wir auch Kinder und Jugendliche mit schwereren psychischen Problemen auf: Kinder mit verschiedenen Arten von Autismus, mit Essstörungen, Kinder und Jugendliche, die sich an der Grenze zur Psychose befanden. Wir waren davon überzeugt, dass wir in der Lage waren, Gruppen im Sinne von allgemeinen Grundsätzen der Gruppendynamik zu führen.

Jedoch hat sich all dies nicht bewährt – Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen blieben verhältnismäßig isoliert und ihr Verhalten zeigte auf eine grundlegende Ambivalenz. Die größte Sorge bei diesen Kindern bereitete uns ihre Autodestruktivität. Unsere Beobachtungen und Erfahrungen waren einerseits dieselben, wie sie die Familien und Schulen dieser Kinder schilderten, jedoch erkannten wir auch Dinge, die weder die Familie noch die Schule entdeckten: einige Kinder hatten ein sehr gutes Erinnerungsvermögen und Feingefühl, sie sahen viele Ereignisse in unserem Zeltlager anders, so als würden sie alles, was erschreckend und negativ war, besser sehen als andere. Überraschend war eine gute Teilnahme dieser Kinder und Jugendlichen bei der Auf- führung fantastischer psychodramatischer Szenen.

Die besorgniserregendsten und schmerzhaftesten Erfahrungen mit unruhigen Kindern und Jugendlichen waren die zumeist überraschenden Sprünge vom guten Befinden zur Destruktivität (Ausbrüche, Aggressivität, Hoffnungslosigkeit: 'niemand hat mich gern'). Mehrfach schien es so, dass der sichere Halt dieser Kinder und Jugendlichen darin lag, dass weder jemand das Recht hatte, ihnen die schlechten Gefühle wegzunehmen noch sie versuchte zu trösten.

Wir machten oftmals die Erfahrung, dass für uns die einzige Möglichkeit von den Kindern akzeptiert zu werden darin bestand, diese ihre negativen Gefühle zu akzeptieren. Dabei mussten wir sehr auf die zwischenmenschlichen Grenzen achten, obwohl diese Kinder und Jugendlichen sich selbst gegenüber normalerweise kein Mitgefühl hatten. Bei aller Beachtung und Achtung korrekter Ab-

grenzungen erhielten wir mehrfach mächtige Beschwerden, z. B.: „Du zwingst mich ...“ oder: „weil Du denkst, ich hätte zu wenig gegessen, kann ich gar nichts mehr essen!“ oder: „Warum drängt ihr mich alle?“ In solchen Fällen war es meistens nicht angebracht, sich zu entschuldigen und noch weniger nützlich, die Person von unseren guten Absichten zu überzeugen. Es scheint, als wäre es in schlimmen Fällen von (auto-)destruktivem Verhalten vor allem notwendig zu zeigen, dass wir dieses Ereignis ernst ‘genug’ nehmen. Dabei zeigte sich oftmals, dass solche Vorfälle eine Doppelbedeutung haben:

- Einerseits stellen sich die Gleichaltrigen ständig gegenseitig auf die Probe und wetteifern um die Anerkennung anderer und somit um die Platzierung auf der Stufenleiter der Macht und des Einflusses.
- Der zweite Aspekt ist eine unkontrollierbare Ungeduld und eine innere Unruhe. Das Kind oder der Jugendliche hat kein Vertrauen entwickelt, dass er anderen etwas bedeutet, dass er in der Gruppe seinen Platz hat und in der Gemeinschaft eine gewisse Anerkennung besitzt, die tagtäglich wachsen kann. Das Kind oder der Jugendliche verhält sich so, als könnte er beim Spiel ‘Mensch ärgere Dich nicht’ die Regeln nicht beachten und würde im Moment, in dem er nicht der Beste ist, das Spiel umwerfen.

Die Aggressivität eines Kindes ernst nehmen, bedeutet, auf die klassischen Ansätze der Bestrafung und das Erzeugen schlechten Gewissens zu verzichten. Man muss sich ernsthaft nach dem Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen fragen, in dem der Ausbruch geschah und das Kind oder den Jugendlichen bei der konstruktiven Verwirklichung seiner Ziele zu unterstützen versuchen.

Hierbei fanden wir auch eine Unterstützung in der Fachliteratur. W. R. WENDT beschreibt die Entstehung neuer Bewegungen für die Rechte von Randgruppen der Bevölkerung, die sich in allen entwickelten Gesellschaften, z. B. in der damaligen ‘Heimkampagne’ in der Bundesrepublik Deutschland, verbreitet haben. Sie erregte Aufmerksamkeit, förderte die Artikulation von Interessen und die Wahrnehmung von Rechten (WENDT 1995, S. 339).

M. DORNES führt Autoren an, die auch ein anderes Verständnis für psychologische Dynamiken von Aggressivität bei Kindern und Jugendlichen ermöglichen: Diese postulierten, dass es von Anfang an zwei Aspekte im Aggressionstrieb gäbe, die miteinander koexistieren: einen konstruktiven und einen destruktiven. WINNICOTT (1950); LANTOS (1958), GREENACRE (1960), SPITZ (1965), SOLNIT (1972) u. a. (s. PARENS 1979, Kap. 2) haben dargelegt, dass Aggression eine Lebenskraft ist, ein Motor, der vielen Aktivitäten zugrunde liegt.

(M. DORNES 2001, S. 247)

Den Grad der Effizienz ich-strukturellen Arbeitens und den Fortschritt der Therapie kann man daran messen, wie sehr sich ein Patient jederzeit konstruktiv aggressiv mit seinen Partnern und mit seiner Umgebung auseinandersetzen gelernt hat. (AMMON 1998, S. 121)

Trotz immenser Schwierigkeiten, die wir bei der Arbeit mit Kindern, die besondere Bedürfnisse haben, erlebten, hat sich unsere Arbeit fortgesetzt. Unter anderem haben wir erkannt, dass wir zu Beginn zu einfache Vorstellungen davon hatten, was es heißt, Kindern mit besonderen Bedürfnissen zu helfen. Anfangs haben wir erwartet, dass sich diese Kinder mit unserer Hilfe, den Verhältnissen in der Schule und Familie anpassen werden. Außerdem dachten wir, dass sie erkennen werden, wie sinnlos ihre Ängste sind. Tatsächlich erreichten wir jedoch nur, dass das Umfeld mit unserer Unterstützung mehr Verständnis für diese Kinder entwickelt hat. Man könnte sogar behaupten, dass sich die Schulen in vielen Fällen an einzelne Kinder angepasst hat. Bei den Kindern selbst haben wir beobachtet, dass sie mehr Sinn für Humor entwickelten und sie ihre Destruktivität besser kontrolliert haben.

Bei Kindern, die zu passiven Verhaltensweisen neigten, stellten wir fest, dass sie gelernt haben, ihre Abneigungen und Ängste konstruktiver zu äußern, indem sich in vielen Fällen die Angst vor der Angst und ihr Schamgefühl verringert hat. Innerhalb der Familie erhielten diese Kinder eine andere Rolle, sie wurden selbstbewusster, erfinderischer und aktiver bei verschiedenen Hausarbeiten, z. B. Kochen, Aufräumen, Einkaufen u. ä..

### *Entwicklung von Selbst-Beschreibung und Selbst-Verständnisses der Patienten*

In den neunziger Jahren schlossen sich unseren Sommerzeltlagern auch Studenten mit psychiatrischen Erfahrungen an. Das Zusammenleben mit diesen war keinesfalls einfacher, doch weil sie ihre Probleme klarer artikulieren konnten, trugen sie auf ihre Art und Weise zu einer Intensivierung der gesamten Atmosphäre bei.

Wir haben entdeckt, dass es möglich ist, psychotische Erwachsene in Gruppen von ehrenamtlichen Mitarbeitern zu integrieren. Natürlich war das keine leichte Aufgabe. Als Sozialtherapeuten mussten wir mehr mit 'normalen' Kindern und 'normalen' Ehrenamtlichen arbeiten als mit Patienten, weil wir ein Netzwerk des Vertrauens aufbauen mussten, in das auch die Patienten einbezogen werden. Wir mussten ständig Missverständnisse zwischen den Patienten

und den 'normalen' ehrenamtlichen Mitarbeitern lösen. Ständig reflektierende Arbeit im therapeutischen Team war notwendig, da wir stets die selbstorganisierten Gruppenprozesse stimulieren mussten.

Bei der alltäglichen Arbeit war es für die so genannten 'normalen' Teilnehmer des Zeltlagers am schwierigsten zu verstehen und zu akzeptieren, dass wir von den Patienten nicht erwarten können, dass ihre Symptome einfach verschwinden. Somit führte eine Verbesserung der Lebensqualität nicht unbedingt zu einer Verringerung der Symptome. Es gilt aber auch umgekehrt, dass jemand trotz starker Symptome seine Lebensqualität verbessern kann. Um dies zu erreichen, reichen Medikamente und die Erfüllung grundlegender Lebensbedürfnisse nicht aus.

Es kam zu einer interessanten Erscheinung. Parallel zu unserer Gegenüberstellung mit ernsthafteren Schwierigkeiten unserer Mitarbeiter, vergrößerte sich deren Arbeitseifer. So erhielten wir die Bestätigung der Idee Günter AMMONS von der Sozialenergie, die er so beschreibt:

Sozialenergie entsteht durch Kontakt, Auseinandersetzung, Geborgenheit, Verlässlichkeit, Liebe, durch Forderungen an die Identität, durch Forderungen und Aufforderungen zum Tun, zur Tätigkeit und zur Aufgabe. Gerade die Bedeutung der Verlässlichkeit möchte ich an dieser Stelle noch einmal hervorheben als vom Analytiker zu erwartende grundlegende Eigenschaft. Der Patient muss sich auf seinen Analytiker verlassen können, erst dann ist eine Beziehung tragend, die Auseinandersetzungen standhält und in der auch Anforderungen gestellt werden können.

Menschen, die nicht oder zu wenig gefordert werden, sind verlassene Menschen mit Sozialenergiedefiziten. Durch Sozialenergie entwickelt sich ein Mensch, kann er wachsen und sich verändern, seine Identität ausbilden wie auch die Ich-Struktur als Ganzes. (AMMON 1988, S. 281)

AMMONS Konzept der Sozialenergie war für die Beurteilung des Geschehens in der gesamten Gruppe wertvoll, das unübersichtlich und manchmal sogar furchterregend wurde. Als wir versuchten das Konzept der Sozialenergie in unseren Projekten anzuwenden, bemerkten wir den Unterschied zwischen Psychotherapie und Sozialarbeit innerhalb der Psychiatrie. AMMONS Betonung auf der Verlässlichkeit des Therapeuten basierte auf seinen Erfahrungen innerhalb der klinischen und ambulanten Umgebung des dynamisch psychiatrischen Netzwerkes. Der Therapeut hat eine sehr klar definierte Rolle; er arbeitet mit Patienten, die diese grundlegende Regel akzeptieren. Das gesamte therapeutische Feld ist nach Prinzipien strukturiert, die auf dieser Theorie basieren und die von einem breiten sozialen Umfeld anerkannt sind. Die wichtigste Aufgabe des Analytikers ist den Patienten zu verstehen und ihm zu helfen nicht nur sich

selbst besser zu verstehen und anzunehmen, sondern auch sein Leben zu verändern.

Der slowenische Autor Slavoj ŽIŽEK (1999) meint, dass das Schlüsselproblem aller Menschen die Kluft zwischen innerem Bild der Welt (Subjektivität) und der Realität.

Es wäre gefährlich, uns als Ziel zu setzen, den Patienten davon zu überzeugen, dass das, was er sieht und fühlt, nicht die Realität ist oder wenn wir versuchten, ihm auf eine überzeugende Art und Weise etwas zu vermitteln, das seine Wahrnehmung die Realität 'verschönern' könnte. In der Tat hat AMMON in seiner Zeit Therapieformen entwickelt, die die traditionellen Vorstellungen überschritten. Schon in den achtziger Jahren entwickelte sich ein Netzwerk von Wohngemeinschaften, die neue Möglichkeiten für Hilfesuchende aber auch neue Arbeitsaufgaben für Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Psychologen und andere Fächer darstellten.

B. MESEC hat bei den Bemühungen, die aktuelle Definition der Sozialarbeit zu vervollständigen, geschrieben:

Wenn der Sozialarbeiter mit dem Klienten arbeitet, berücksichtigt er die Freiheit des Menschen, seine Autonomie und seine Selbstbestimmung: Der Klient soll selbst über sein Schicksal entscheiden, nicht wir oder jemand anderes (außer in Ausnahmefällen). Unsere Aufgabe ist es, diese Autonomie, wenn sie gefährdet ist, mit legalen sozialen Interventionsmaßnahmen im Rahmen öffentlicher Befugnisse, zu schützen; im Rahmen des Beratungsprozesses sollten wir den Klienten bei selbstständigen Entscheidungen, die sich auf sein Leben beziehen, unterstützen.

Weiterhin schreibt er, dass:

... ein Sozialarbeiter bei der Familienarbeit mit seiner Fachkenntnis helfen müsste, damit die Autonomie jedes Einzelnen nicht beeinträchtigt wird. (MESEC 2005, S. 7)

Bei der Arbeit mit Patienten kann es zu ernsthaften Schwierigkeiten kommen, wenn es uns nicht gelingt, korrekt genug zu beachten, wie der Patient versteht, was in seiner inneren Welt passiert.

Für die Arbeit mit Patienten ist es wichtig zu wissen, dass eine Person, die voller Ängste ist, Menschen außerhalb der Psychiatrie benötigt, mit denen sie eine Art Grundvertrauen in andere menschliche Wesen und schließlich in sich selbst entwickeln kann. Als Günter AMMON in den achtziger Jahren seine Gedanken über Sozialenergie äußerte, galt noch die traditionelle Art der Organisation psychiatrischer Dienste. Damals schien es, dass ausschließlich Psychiater über alle Schlüsselfragen, über die Therapie und den Lebensstil der Patienten entscheiden konnten. In solchen Organisationsstrukturen war für gewöhnlich

der Psychiater derjenige, der sich selbst in der Rolle des Experten sah – derjenige, der Bescheid wusste. Der Patient konnte im Psychiater eine Garantie sehen, die es ihm ermöglichte, die Kluft zwischen Realität und innerer Welt (Subjektivität) zu überschreiten, wie ŽIŽEK (1999) schrieb. Anders gesagt, kommt es zu derartigen persönlichen Entscheidungen, mit denen auf sinnvolle Art und Weise den Rubikon überschreiten kann, wie es HECKHAUSEN in seinem Modell beschreibt.

### *Aufgabe der Sozialarbeit*

Blaž MESEC beginnt bei der Bestimmung des Aufgabenbereiches der Sozialarbeit mit einer negativen Behauptung:

Die Aufgabe der Sozialarbeit ist nicht die Lösung aller Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen, sondern die Lösung sozialer Probleme, die folgendermaßen definiert werden: Nöte Menschen bei der Befriedigung grundlegender materieller Bedürfnisse; Streben nach einer Erwerbstätigkeit, nach grundlegenden Fähigkeiten, nach einer Ausbildung und Erziehung, nach der Fürsorge im Falle von Unselbstständigkeit und nach einem funktionierenden sozialen Netzwerk. (MESEC 2005, S. 6)

Diesem können wir zustimmen, die Aufgabe der Sozialarbeit und der sozialen Psychiatrie ist nicht, alle Schwierigkeiten in zwischenmenschlichen Beziehungen zu lösen. Zugleich können wir aber behaupten, dass der Tätigkeitsbereich der Sozialarbeit genau in der Unterstützung beim Lösen und der Aufrechterhaltung (Entwerrung, Beruhigung, Versöhnung) derjenigen Beziehungen liegt, die die Patienten in eine unselbstständige Lage stoßen und zerstörerisch auf ihr funktionelles Netzwerk wirken könnten. Jedoch ist die Unterstützung bei der Lösung von Beziehungsschwierigkeiten eine sehr undankbare Aufgabe; wenn wir sie versuchen zu verwirklichen, können wir uns schnell in unlösbare Widersprüche verwickeln.

LACAN behauptet bei der Diskussion über den Abschluss der Analyse, dass „von uns etwas erwartet wird, das man ganz einfach als Glück bezeichnen muss.“ Weiter erwähnt LACAN ARISTOTELES und HEGEL und führt uns somit mit Hilfe von abstrakten Ideen zu der Einstellung, die für uns heute selbstverständlich ist, die wir aber oftmals vergessen. LACAN schreibt:

Ich behaupte, dass in unseren Augen die Dialektik des Herrschers aus geschichtlichen Gründen wertlos ist, die vom geschichtlichen Moment abhängt, in dem wir leben und die sich in der Politik folgendermaßen äußern: Niemand kann zufrieden sein, ohne dass alle zufrieden sind ... Bei ARISTOTELES existiert eine Art Glücksdisziplin ... er führt Wege an, über die er gewillt ist, jeden zu geleiten ... diese Tugend erlangen wir mit mesótēs, die noch lange nicht nur

das richtige Maß ist ... sondern etwas, das dem Menschen ermöglichen muss, dass er sich das aussucht, das ihn auf eine vernünftige Art und Weise dazu bringt, sich selbst zugute zu verwirklichen. (LACAN 1988, S. 294)

Eine neue Organisation verschiedener Tätigkeitsbereiche der Sozialarbeit mit Patienten ist heutzutage eine dringende Forderung einer entwickelten Gesellschaft. Damit verbunden sind neue Anforderungen an die Instrumente und Prozesse der Sozialarbeit und anderer Fachbereiche, die innerhalb eines Verbundsystems und unabhängig von den jeweiligen Institutionen erfolgen müssen. Als Antwort auf die neuen Anforderungen der Praxis formulierte HEINER (2001) den Bedarf an spezifischen Diagnosetechniken, die aus der Theorie der Sozialarbeit bzw. Sozialpädagogik resultieren und praktischen Anforderungen dieses Faches dienen sollen. Neue Therapieformen können sich auf der Grundlage einer Orientierung und Gestaltdiagnostik, die partizipativ handlungs- und prozessorientiert sein muss, entwickeln und z. B. dazu dienen, mit dem Betroffenen gemeinsam ein Verständnis seiner Lebens- und Problemsituation und einer individuellen Behandlung zu entwerfen. (HEINER 2001)

Im Kommentar über AMMONS Definition der Sozialenergie habe ich geschrieben, dass die wichtigste Aufgabe des Analytikers ist, den Patienten zu verstehen und ihm zu helfen, nicht nur mit dem Ziel, dass dieser sich selbst besser versteht und annimmt, sondern dass er auch sein Leben verändert. In der heutigen Zeit könnte man das Grundprinzip der sozialen Psychiatrie auch genau umgekehrt formulieren: dem Hilfesuchenden helfen, sein Leben so zu verändern, dass sie dabei neue Ressourcen bei sich selbst und in ihrer ökosozialen Nische entdeckt; hierbei verbessern sich auch die Möglichkeiten, dass der Patient sein Umfeld und sich selbst besser versteht. Erst wenn der Hilfesuchende Vertrauen fasst, dass die Helfenden glaubwürdige Partner im Verhandeln über die individuelle Hilfeplanung sind, wird er andere mit deren Subjektivität annehmen. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass der Patient sich damit abfindet, was in ihm selbst, d. h. auf der linken Seite des Rubikon, vorgeht.

Dabei darf man diejenigen Ideen der traditionellen Richtungen der Psychotherapie nicht vergessen, die von der Wichtigkeit zwischenmenschlicher Beziehungen und Bedeutung der Verlässlichkeit von Beziehungen in sozialen Netzwerken sprechen. Der Patient muss jemanden finden, dem er seine 'magische Hoffnung' anvertraut, die er außerhalb seiner selbst, in der Realität seines sozialen Kontextes findet.

Dazu sei P. WOLMER nach A. RUHS zitiert:

Ich kann mir den Umgang mit psychotischen Menschen nicht anders vorstel-

len, als dass sie als Subjekte wahrgenommen und behandelt werden. Das bedeutete den Verzicht des Therapeuten auf eine allwissende und stets deutende Position, aber die Bereitschaft zuzuhören, ihre Andersartigkeit zu akzeptieren, sie nicht nach eigenen Normen formen zu wollen, sondern ihnen, mit dem Risiko, dass sie in ihrer Struktur verbleiben, was akzeptiert werden sollte, die Möglichkeit zu bieten, den Mangel zu entdecken oder sich wieder mit ihm anzufreunden, die verschüttete Geschichte wieder lebendig werden zu lassen, das Leiden mitzuteilen. (A. RUHS 2001, S. 92)

Bei der Entwicklung der Vorstellungen davon, wie den Patienten in Wohngemeinschaften ein anderes Leben zu ermöglichen ist, als es die klassische Klinik leistet, können uns die bisherigen theoretischen Erläuterungen als heuristische Hilfsmittel dabei dienen, immer wieder die Kluft zwischen den Vorstellungen eines guten Lebens durchschnittlicher Menschen (hierzu gehören Fachleute und ehrenamtliche Mitarbeiter) und den Vorstellungen davon, was wir den Patienten bieten können, zu überschreiten. Das heißt auch, dass wir bei Patienten stets damit rechnen müssen, dass sie unser Angebot ablehnen. Wenn sie es jedoch annehmen und in eine Wohngemeinschaft einziehen, werden sie diese mitgestalten und in etwas umgestalten, das als gemeinsames aller Beteiligten, der Fachleute, der ehrenamtlichen Mitarbeiter und der Mitbewohner gelten kann.

Mit Hilfe eines Bildes, das AMMONS Patientin Juanita gemalt hat, können wir erschließen, dass die Abbildung des Therapeuten (Sarastro) im Mittelpunkt den Wunsch Juanitas nach Sehnsucht und Begehren symbolisiert, der sich in eine Besessenheit mit der Vorstellung steigern kann, dass sie etwas besonderes erleben könnte.<sup>1</sup>

Schon am Anfang unserer Arbeit im Zeltlager machten wir die erschütternde Erfahrung, wie schnell sich die Freude am Feiern in eine wütende Enttäuschung umwandeln kann. In der Psychiatrie ist diese Gefahr bekannt

Bei unserer bisherigen Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und jüngeren Patienten haben wir erkannt, dass es genau an diesem Punkt notwendig ist, Möglichkeiten für besondere Erlebnisse zu schaffen. Solche Gelegenheiten ergeben sich bei verschiedenen Feiern, bei der Entwicklung besonderer Rituale und bei der Ermöglichung verschiedener Erholungsarten, Ausflüge und Hobbys. Für

---

<sup>1</sup> Hierbei können wir vom altgriechischem Begriff 'kairos', wie auch von LACANS 'Jouissance', von JUNGs Auffassung vom 'Treffen mit dem Numinosen' und von AMMONS Erfassung der Übertragung bei archaischen Ich-Krankheiten, ausgehen. Diese aufgezählten Konzepte sprechen alle von einer Erlebnismodalität, bei der sich das Glück jeden Moment in Grauen umschlagen kann.

den Fachmann sind diese Aktivitäten oftmals belastend, wenn sie jedoch gelingen, können alle Teilnehmer Momente des Glücks erleben. Es scheint, als wäre das Leben zeitweilig einfacher und in das Leben des Hilfesuchenden kehrt Begeisterung zurück, wenn sie etwas finden, wofür es sich zu leben lohnt. Dieses Lohnenswerte können Gegenstände (Talismane), Tätigkeiten, die die Person übernehmen und als Auftrag ausführt, wie das Pflegen von Pflanzen, Tieren oder Menschen sein, die in diesem Augenblick für den Patienten eine besondere Bedeutung bekommen. In Momenten gemeinsamen Feierns, auf Ausflügen und bei Aktivitäten verschwinden in der Tat die Unterschiede zwischen Patienten, Betreuern und ehrenamtlichen Mitarbeitern. Das sind Augenblicke, die richtige Freundschaft aufweisen und alle Mitglieder der Gruppe verbinden.

ŽIŽEK hat einen Gedanken aufgeschrieben, der uns im Moment eines gemeinsamen glücklichen Ereignisses helfen kann, nüchtern zu bleiben:

Womöglich besteht wahre Freundschaft genau in dem Wissen darum, wann man aufhören muss, darin, dass man eine gewisse Schwelle nicht überschreitet, einem guten Freund nicht 'alles erzählt'. Nur unserem Psychoanalytiker erzählen wir alles, doch aus eben diesem Grund wird er auch nie unser Freund werden können.

[Bei] künstlichen Gruppen, wie es Wohngemeinschaften, Selbsthilfegruppen o. ä. sind, gilt, dass nach jedem gemeinsamen Ereignis ein selbstreflektierendes Gespräch nötig ist, in dem sich auch die Vielfalt aller intimen, persönlichen Erlebnisse zeigt. Deswegen ist die Dauer einer solchen Gruppe in der Regel begrenzt. (Žižek 1999, S. 117)

Es ist interessant, dass wir bei unseren Arbeitsmethoden mit Kindern und Jugendlichen genauso eine Kluft überqueren mussten, die ŽIŽEK in seinen Ausführungen beschreibt. Wenn wir uns keine idealisierte Vorstellung einer 'freien Erziehung' und ähnliche Idealisierungen alternativer Therapien geschaffen hätten, wären wir wahrscheinlich das Risiko nicht eingegangen, vom Schönreden, Lesen und Artikelschreiben in die Ungewissheit eines Zusammenlebens mit schwierigen Kindern (das war der erste Schritt, den wir vor dreißig Jahren taten) und Patienten (das war der zweite Schritt vor zehn Jahren) einzutreten.

### *Summary*

The paper first explores the roots and development of the fundamental concepts with regard to a unique form of sociotherapeutic work with children and adolescents who manifest a variety of behavioural and emotional problems. The general project has been evolving in Slovenia over the last forty years, and in the past decade has included working with adult psychiatric patients as well.

Since 1994 the individual projects have been run by the Association for Voluntary Work and Psychosocial Assistance, called “Odmev” (‘echo’).

The beginnings of our work in 1975 included radical demands for freedom which, at that time, were spreading across the United States and Europe and which, in a modified form, were brought to Slovenia as well. Our initial standpoint was quite naïve, yet this innocence had the power to draw people together. Contrary to similar activities in Western countries, we have always worked in cooperation with mental-health and educational institutions.

Our understanding of behavioural and emotional disorders in children and adolescents was very different from the one current in schools and supporting institutions. As a result, these problems were revealed to us in a different light than within a school or the Children and Parents Counselling Office. That perspective led us to develop a unique type of coexistence with the children and of sociotherapeutic help that we offered to them. Our mission was mainly to ensure safety and to monitor the relational processes in small groups. Due to our cooperation with the institutions, we have had to continually evaluate the effects of our activities on children and adolescents, and to help schools, primarily, to develop useful plans for dealing with individual pupils and students.

The fact that our movement has continued for thirty years with little financial aid shows that we have found constructive ways to deal with the behavioural characteristics of participants in our projects (children, adolescents, and volunteers).

Due to ongoing cooperation with the Faculty for Social Work in Ljubljana, special attention has been given in our projects to developing certain forms of social work. In conceptually defining our approach, we have recently begun to make use of the Rubicon model. More specifically, of Klaus GRAWE’s application of the model to differentiating psychotherapeutic approaches. Deriving its name from the Rubicon river, which historically has been a symbol for fateful decisions, the model can be seen as a turning point where an individual, upon his or her own volition, crosses over from the inner psychological processes of experiencing him- or herself, his or her needs and wishes, to engaging actively in the social systems. In classical psychoanalysis, attention was focused on the person’s inner psychological space – i. e. on the left side of the Rubicon. In the present days, however, concepts emerging from behavioural and cognitive psychology are gaining ground. Their focus is on the issues that concern solving specific problems of everyday life, and as such are oriented towards the right side of the Rubicon.

Learning from the theory and practice of Günter AMMON, we realized that both approaches are possible as well as necessary. A lot of effort needs to be invested into helping the patients find what they feel is a satisfactory way of life – i. e. working on the right side of the Rubicon. At the same time, posterior development of deficient ego functions and personal identity needs to be supported as well – the left side of the Rubicon. The development of our concepts was greatly influenced by what we learned about the supported housing work which was under way in Munich as early as the 1980s.

The inclusion of a number of adult psychiatric patients in our projects during the past ten years had an effect on the general atmosphere at our summer camps, as well as on the communication between all the participants. In our experience, in order to improve the quality of life of psychiatric patients it is not necessary to fight against the symptoms that persist despite the patients' use of medication. Interestingly, we discovered that, despite having to cope with serious psychiatric disorders, the work efforts of these volunteers in our projects were in no way reduced. If people try to understand each other and are seriously committed to accepting different (disturbed) ways of behaviour and experience, constructive social energy is enhanced.

Common to all forms of help offered to the psychiatric patients in the field of social work and social pedagogics is a respect for the individual's freedom, autonomy and self-determination. However, serious problems may arise if we do not succeed in adequately appreciating the patients' own understanding of what is going on in their inner world, or of that which only they know is happening with them. For the psychiatric patients, living in supported housing arrangements, which twenty years ago were rare exceptions, is now becoming a general need. As is argued in the paper, this need is not as easily fulfilled as it may seem. In this domain, social work and social pedagogics have been given new assignments – which in turn calls for more autonomy in the diagnostics carried out by social workers. They are supposed to gain, together with the patient, a new understanding of the patient's everyday life, with the purpose of helping the patient to find orientation and to cooperate (as a client) in designing an achievable plan for his or her future life. In assessing the realistic life possibilities open to the psychiatric patients, the social workers should keep in mind the following basic assumptions:

1. in the process of planning the future, important members of the patient's social network should also be involved;
2. decisions should be reached on the grounds of negotiations among equal

parties (in which the patient needs to be given sufficient support of a professional or volunteer); and

3. the characteristics of the individual and his or her social context are to be earnestly taken into account.

In our opinion, these many years of working with children, adolescents, and adult psychiatric patients have given us enough experience to be able to caution social workers as well as the general public that fulfilling the psychiatric patient's basic needs does not suffice. The paintings of Juanita, Günter AMMON's patient, offer an illustrative example of the nature of these people's longings. Moreover, the words of LACAN might also be brought to mind, warning psychoanalysts that the goal of psychoanalysis should be the achievement of a better quality of life. Or, comparatively, of experiencing moments of happiness. Also pertinent in this regard is the concept of the Slovenian philosopher Slavoj ŽIŽEK emphasizing the gap between reality and the real as the central issue. A subject constructs reality by adding a minimal amount of idealism to it so that he or she may bear the real. For both groups – children or adolescents, and the psychiatric patients – the ideal may act as a dangerous illusion. Therefore, the forms of our work with them are also designed in such a way as to ensure that all the participants experience sufficient security.

### *Literatur*

Ammon, Günter (Ed.) (1988). Vorträge 1969–1988. München: Pinel.

Festschrift (2004). 25 Jahre Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaike. München.

Grawe, Klaus (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Mesec, Blaž (2005). Očaranost z močjo. Referat na 2. slovenskem kongresu socialnega dela, Portorož ..

Žižek, Slavoj (1999). Liebe deinen Nächsten? Nein, danke!. Hamburg: Volk und Welt.

Weitere Literatur beim Autor.

Universität Ljubljana – Fakultät für Sozialarbeit

Dr. phil. Bernard Stritih

Topniška 33

1000 Ljubljana – Slowenien

Tel: +386 15 34 81 91 – Fax: +386 12 80 92 70 – E-Mail: [bernard.stritih@fsd.uni-lj.si](mailto:bernard.stritih@fsd.uni-lj.si)

Dr. phil. Bernard Stritih ist Psychologe, Psychotherapeut und Dozent.

## Buchbesprechung

The Large Group Re-Visited: The Herd, Primal Horde, Crowds and Masses. Edited by Stanley Schneider and Haim Weinberg. Foreword by Malcolm Pines. International Library of Group Analysis 25. London, New York: Jessica Kingsley. 256 Seiten, EUR 37,90.

Die Würdigung des gesamten Buchs, das der wachsenden Bedeutung von Großgruppen für die Befähigung zum persönlichen und sozialen Wandel als auch für das Verständnis von Gesellschaft und Kultur seine Entstehung verdankt, und das die Herausgeber Haim WEINBERG und Stanley SCHNEIDER über 25 Jahre nach dem von Lionel KREEGER herausgegebenen Sammelband 'The Large Group: Dynamics and Therapy' im Sinne einer Fortsetzung als auch als einer Bestandsaufnahme des bis her auf diesem Wissensgebiet Erreichten verfasst haben, ist ein schier aussichtsloses Unterfangen. Deshalb möchte ich mich mit der Besprechung einzelner Artikel dieses Sammelbandes, allen voran dem Artikel von Rolf SCHMIDTS begnügen. Dieser folgte mit seinem Aufsatz einer Einladung von Malcolm PINES zur Mitarbeit an diesem Buch. Mit dieser Einladung verband Malcolm PINES auch seine besondere Wertschätzung für die in diesem Artikel zur Darstellung kommende Arbeit, die in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik geleistet wird. Die besondere Hervorhebung des Artikels 'The In-patient Large Group Meeting' geschieht auch aus der Erwägung heraus, dass dieser Aufsatz als Leitfaden für die Auseinandersetzung mit einzelnen Themen- und Problemstellungen, die in diesem Buch abgehandelt werden, dienen kann.

Wenn ein Gedanke die ständigen Bemühungen von Rolf SCHMIDTS zutreffend beschreibt, dann ist er in dem Titel des Buches inbegriffen: 'Revision', aber auch ständige Neuschöpfung und Neuinszenierung von Großgruppenprozessen ist ein Anliegen, das Rolf SCHMIDTS in seiner ganzen Laufbahn als Psychoanalytiker und Psychiater begleitet. Die zahlreichen Literaturangaben, die dem Artikel beigelegt sind, bezeugen das. Von diesen ist der mit G. SANDERMANN 2001 veröffentlichte Aufsatz 'Mythen, Erzählungen und Geschichten im großgruppen-dynamischen Prozess einer Klausurtagung – zur Integration von Untergruppen' besonders erwähnenswert nicht nur, weil mit diesem Aufsatz über die jahrzehntelange praktische Auseinandersetzung hinaus auch die theoretische Aufarbeitung des Verlaufs und der Dynamik von Klausurtagungen ihren Anfang nimmt, sondern weil er unterstreicht, dass Mythos und Ethos die vermittelnden Instanzen und Eckpfeiler der Großgruppenbildung sind, in der

über die Spiegelung der familiären Einflüsse hinaus das Individuum unmittelbar zur Wirkungsgeschichte von gesellschaftlichen Prozessen Zugang findet. Dabei scheinen Großgruppen auf Klausurtagungen besonders geeignet zu sein, das Spannungsfeld von Mythos und Aufklärung zu untersuchen.

Die Großgruppe, wie sie uns in der Klinik begegnet, erlaubt das Studium von Bindungen und Traumatisierungen in einem unablässigen, gleichsam natürlichen Kontext, mit dem Vorteil, dass u. a. auf eine artifiziell hergestellte 'strange situation' verzichtet werden kann, wie sie der Bindungsforscher für seine Experimente benötigt.

Die Arbeit im Buch 'The Large Group Re-Visited' im Konzert mit anderen, früheren Arbeiten von Rolf SCHMIDTS, wie die bereits 1978 veröffentlichte über 'Die Psychodynamik des Ausagierens im Rahmen einer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik', darf als ein Beitrag gewertet werden, innerhalb der jetzt die psychiatrische und psychotherapeutische Zunft dominierenden Diskussion über seelische Traumata.

Gerade der Aufsatz 'The In-Patient Large Group Meeting' macht deutlich, dass mithilfe der Großgruppe sich die Chance eröffnet, die ethischen, rechtlichen und ja sogar politischen Dimensionen zur Geltung bringen zu können, ohne die eine Aufklärung und eventuelle Wiedergutmachung im Falle seelischer, tiefgreifender Verletzungen ein aussichtsloses Unterfangen zu bleiben droht. Die im stationären Bereich eingesetzte Großgruppe stellt eine therapeutische Alternative dar, wenn man sich nicht mit einer nach szientistischen Spielregeln herbeigeführten Anpassung begnügen will.

Durch das hier verwendete Fallbeispiel wird sichtbar, dass der kreative, den Wiederholungszwangs überwindende und auf eine offene Zukunft weisende Prozess, den Psychotherapie ebenfalls darstellen muss, und der sich bei dieser Gelegenheit bei Patient und Therapeut bereits abzeichnete, einer weiteren Unterstützung bedurfte, weil er offensichtlich bedroht war durch tief verborgene, erst in der Großgruppe sich zeigende Ängste vor einer sich wiederholenden Erfahrung von Neid, Missgunst von Seiten anderer und von diesen Ressentiments verbergenden Inszenierungen der zwanghaften Regelung, dissoziierenden Verurteilung und bürokratischer Vereitelung. Rolf SCHMIDTS zeigt, wie im Rahmen der Großgruppe – paradoxerweise gegen den 'ungläubigen' Widerstand der Beteiligten – gleichsam die Berechtigung ('authorization') eingeholt wird, den erfolgreichen Abschluss einer milieuthérapeutischen Arbeit vor den Augen aller und mit der Vorbereitung eines von allen gewählten Komitees als Fest zu feiern, um ganz real und nicht nur symbolisch die Erinnerung an das so

erstmalig Erfahrene zu sichern, und um ein wiederholtes durch regressive Ängste hervorgerufenen Scheitern zu bannen.

Welch bedeutende Rolle dem Begriff der Gerechtigkeit dabei zukommt, wird vom Autor besonders hervorgehoben:

„Understanding and accepting are crucial to putting things right; instead of exercising social control and ascribing a judgement of unworthiness, the valuable and meaningful experience that conflicts can be communicated opens up a personal experience of justice.” (S. 185)

Beim Lesen anderer Artikel begreift man, welche entscheidende Entdeckung Rolf SCHMIDTS da beschreibt, indem er AMMON folgend sich von einem althergebrachten Triebmodell löst und von dem damit verbundenen, gleichsam induzierten, ‘Schrecken’ vor größeren Gruppierungen.

Denn für viele Autoren, die eine Aussage über Großgruppenprozesse treffen wollen, bleiben FREUDS Ausführungen über ‘Massenpsychologie und Ich-Analyse’ weiterhin maßgeblich, was nur allzu verständlich ist, weil mit dieser Arbeit erstmalig der Versuch unternommen wurde, die Beteiligung von unbewussten Prozessen an der Gruppenbildung systematisch zu beschreiben. Allerdings legte FREUD den Schwerpunkt auf die Bedrohung der Autonomie des Ichs durch das suggestive Versprechen einer Entlastung von Beschwerlichkeiten eines eigenverantwortlichen Tuns, das von der Masse ausgeht. Der Mensch wird von den Chimären der Angst, der Schuld und der Scham am Gebrauch seiner Vernunft gehindert und anstatt sich diesen zu stellen, sucht er Erlösung in der Masse. Der Einfluss der Masse wird folglich im Zusammenhang mit Affektsteigerung und Denkhemmung beschrieben.

Earl HOPPER greift diesen Gedanken in seinem Artikel ‘Aspects of Aggression in Large Groups Characterised by (ba) I:A/M’ wobei er den Vorgang der Vermassung, den FREUD offensichtlich bei seiner Analyse vor Augen hatte, in sein Modell von einer zusätzlichen vierten Grundannahme aufnimmt. Die Formel ‘(ba) I:A/M’ beinhaltet die Anfangsbuchstaben der englischen Begriffe ‘basic assumption, incohesion, aggregation und massification’. Die von ihm in der Nachfolge BIONS konzipierte, das Gruppengeschehen beeinflussende unbewusste vierte Grundannahme (ba = basic assumption), welche besonders in traumatisierten Gruppen oder Gruppen mit überwiegend traumatisierten Menschen auftritt, ist die der Zusammenhanglosigkeit (incohesion), die subjektiv wahrscheinlich als Verlorenheit erlebt wird. Dieser sich den Teilnehmer mehr unbewusst aufdrängende und peinigende Eindruck wird durch eine sich in der ganzen Gruppe ausbreitende Erstarrung (aggregation) oder durch auf eine Ver-

schmelzung abzielende Vermassung (massification) abgewehrt. Pate bei dieser Formulierung hat wahrscheinlich die zweite Grundannahme BIONS gestanden, wonach die Gruppe sich mittels der Vorstellungen von Kampf und Flucht vor einer inneren und äußeren Bedrohung schützen will.

Die Gruppen unter dem Einfluss der vierten Grundannahme können entweder in einen Aggregatzustand mit niedriger Moral und voller Verzweiflung verfallen oder sie verschmelzen zu einer Masse, die sich mit einer manischen Pseudo-Moral aufrecht hält. Personifiziert werden diese Prozesse durch Gruppenteilnehmer, die sich entweder durch einen 'krustazeen'-artige, kontaktabweisende oder durch eine 'amöben'-artige, verschmelzungssüchtige Charakterabwehr auszeichnen.

Earl HOPPER zeigt in seinem Artikel vor dem Hintergrund dieses Modells, in welcher Weise verschiedene Äußerungsformen destruktiver Aggression zu bewerten und zu verstehen sind und gibt demzufolge wertvolle Hinweise zur Einordnung bestimmter gruppenspezifischer Erscheinungsformen. Bezugspunkt aber bleibt für das Modell der vierten Grundannahme der Begriff des Traumas oder, bezogen auf größere politische Gruppierungen, der des 'gewählten' Traumas, wobei er sich auf die 1991 in der dritten Ausgabe der Zeitschrift 'Mind and Human Interactions' veröffentlichten Arbeit VOLKANS 'On Chosen Traumas' bezieht.

Neben anderen Autoren stützt sich Otto F. KERNBERG in seinem Artikel 'Socially Sanctioned Violence: The Large Group as Society' ebenfalls auf die Analysen VOLKANS, in denen die Beschreibung internationaler Verwicklungen unter dem Gesichtspunkt klinischer Fragestellungen erfolgt. Nach einer eingehenden Analyse der paranoiden und narzisstischen Abwehrstrukturen, in welche nicht organisierte Gruppen zwangsläufig zurückfallen, widmet Kernberg sein Augenmerk auf historisch determinierte, gesellschaftliche Auseinandersetzungen. KERNBERG zitiert VOLKAN, wenn er sagt, dass das gemeinsame historische Erbe, zumal wenn bedeutsame soziale Traumata involviert sind, ein bestimmender Teil des narzisstischen Gleichgewichts des Individuums werden können. „Social trauma coalesces with personal trauma and narcissistic frustrations, and these may reinforce each other.“ (S. 137)

Die gewaltsame Wiederherstellung oder gar Wiedergutmachung eines sozialen Unrechts wird nach Meinung von KERNBERG zur gewaltsamen Wiederherstellung des narzisstischen Traumas verwendet, wobei die eigenen narzisstischen Traumata in die Wiedergutmachung des sozialen Traumas miteinbezogen werden können und eine nachträgliche Rationalisierung erfahren und auf diese

Weise abgespaltet werden können. Meiner Meinung nach setzt sich KERNBERG damit dem Verdacht einer vorschnellen Pathologisierung des Bedürfnisses nach Wiedergutmachung und gerechter Beurteilung aus. Das passiert ihm, weil er von der Überzeugung ausgeht, dass der Ursprung von Gewalt und ihrer gruppenspezifischen Auswirkung in einer letztlich destruktiven Triebbestimmtheit zu suchen ist und nicht in einer destruktiven Verformung einer ursprünglich konstruktiv ausgerichteten Aggression. Wenn man grundsätzlich davon ausgeht, dass „the unconscious potential for primitive aggression available in different degrees in every individual may be activated rapidly in regressive group processes“, dann setzt man sich leicht der Notwendigkeit aus, regressive Prozesse, wenn nicht gar einschränken zu müssen, dann aber gleich aufdecken zu müssen, auch auf die Gefahr hin, dass das in einer pejorativen Weise erfolgt und die Chance eines wirklichen Verständnisses und Verstanden-Werdens vertan wird.

Scheinbar unter dem Eindruck von FREUDs Vorstellungen der Urhorde und der Ermordung des Urvaters, welche dieser in ‘Totem und Tabu’ entwickelte im Zusammenhang mit seiner Sorge um den Fortbestand, der Tradierung seiner Erkenntnisse und um die Weitergabe und Kodifizierung seiner Lehre an seine Schüler (vgl. Mario ERDHEIM 1991), lässt sich Joseph TRIEST in seinem Beitrag ‘The Large Group and the Organisation’ zu der Formulierung hinreißen: „the relation between the large group and its leaders is therefore described as a balance of terror.“

Nicht verschwiegen werden soll, dass demselben Joseph TRIEST das Buch eine wundervolle Anekdote verdankt, die er zwar von Watzlawik entlehnt hat, die aber beweist, dass man sich ohne Schrecken auf die konstruktive Absicht und auf die von Vernunft geleitete Besinnung einer Menschenmenge verlassen kann, wenn man nur diese Eigenschaften durch die richtige Ansprache zum Zuge kommen lässt.

Ob nicht der Mythos manchmal dem Machterhalt dienen muss, und nicht immer in aufklärerischer Absicht vorgetragen wird, auf dieses Problem geht der Artikel von Rolf SCHMIDTS nicht ausdrücklich ein. Rolf SCHMIDTS hat dies im Rahmen seiner von ihm geleiteten Klausurtagungen sehr wohl und nicht nur einmal getan. In dem in Frage stehenden Artikel sind einige Bemerkungen enthalten, die dem Begriff der Regression den ‘mythischen’ Schrecken nehmen können. SCHMIDTS ist der Meinung, dass es sinnvoller ist den Begriff unter dem Vorzeichen einer progressiven Entwicklung zu sehen, die auf einer sehr wohl archaischen Ebene des seelischen Funktionierens im Sinne der Orientie-

rung an Grundannahmen beginnt, um dann aber „by means of group-dynamic work on the emotional networking of individuals“ diese Entwicklung zu einem Zusammenhalt der gesamten Gruppe zu führen. Erst dieser Zusammenhalt ermöglicht der Gruppe im Sinne eines ‘containment’ (BION 1971) zu fungieren und befähigt sie mit Konflikten umzugehen und eine Veränderung herbeizuführen.

Den bis lang zitierten Autoren, vor allem KERNBERG, kann man nicht vorwerfen, das Problem der Gerechtigkeit übersehen zu haben. Zumindest sieht KERNBERG sehr wohl, dass dieselben regressiven Prozesse, welche bei Traumatisierten, aus ihrem narzistischen Gleichgewicht geworfenen durch nicht organisierte Gruppenbildungen zu gewalttätigen Reaktionen führen, auch bei sozial ‘sanktionierten’ und organisierten Manifestationen eines brutalen, sadistischen Verhaltens einer dominanten Mehrheit gegenüber einer verfolgten Minderheit auftreten können, welches darüber hinaus auch noch gerechtfertigt werden im Sinne der Ideologie der ‘herrschenden’ Mehrheit. Aber meines Erachtens dringt er nicht zu einer Konzeption eines Gerechtigkeitssinn durch, der den grundsätzlich als konstruktiv zu denkenden Bestrebungen, die Menschen von Anfang an besitzen, entspricht und entsprechen will, und welcher es ist, der die eigentliche von KERNBERG beschworene, die Kränkungen überwindende und eine Versöhnung herbeiführende, Trauerarbeit in Bewegung setzen kann.

Bei der Besprechung dieses Buches war es mir wichtig, den ethischen Aspekt herauszustellen, der das Durchführen von Großgruppen sinnvoll macht, neben anderen ebenso berechtigten Gründen und Motiven. Die Erörterung der anderen wertvollen Beiträge, die aber, da bin ich mir sicher, ist, alle, wenn auch mehr oder minder ausdrücklich formuliert, von diesem Thema durchdrungen sind, habe ich dabei leider vernachlässigen müssen. Viele Autoren beschäftigen sich mit den Auswirkungen von national geprägten, teils kriegerischen Auseinandersetzungen und mit Fragen, wie diese den Verlauf von Großgruppenveranstaltungen beeinflussen, und was Großgruppen zur Lösung dieser Konflikte beitragen können. Diese Artikel verschaffen noch einen zusätzlichen Einblick in die Brisanz der Frage nach der Entstehung, Verwendung und Rechtfertigung von Gewalt und der Notwendigkeit, dieser Frage in Großgruppen weiterhin nachzugehen, die einen hohen Anspruch an Teilnehmer und Leiter stellen, was das Ertragen und Überwinden der eigenen und fremden Ängste anbetrifft.

Enden soll diese Besprechung mit einer Einsicht des Philosophen Jean-Luc NANCY, welche bei dieser weiteren Auseinandersetzung zu beherzigen wäre, weil sie das ethische Problem im Kern trifft. In ‘L’Experience de la Liberté’,

das in englischer Übersetzung seit 1993 bei der Stanford University Press vorliegt, schreibt er: „Wickedness causes evil by withdrawing the good its possibility *in statu nascendi*“. (S. 126)

Hellmuth Cox (Literatur beim Autor)

## 15. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry WADP – St. Petersburg, 2007

### *28. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)*

Anlässlich des 100jährigen Bestehens des Bechterew-Instituts und des 25-jährigen Bestehens der WADP laden wir Sie zu unserem 15. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und dem 28. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) nach St. Petersburg 2007 an das Bechterew Institut ein, das eine lange psychiatrische und psychotherapeutische Tradition hat und viele Jahre intensive Zusammenarbeit mit uns hat.

Der Kongress steht unter der Thematik von Entwicklung und Weiterentwicklung psychiatrischer und psychotherapeutischer Erkenntnisse für die Behandlung, Forschung und Lehre. Viele Krankheitsbilder wie z. B. die Persönlichkeitsstörungen, Psychosen oder komorbiden Erkrankungen sowie generell alle Patienten mit Frühstörung können nur durch eine Weiterentwicklung von Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychiatrie verstanden und behandelt werden. Eine offene, kreative Einstellung und ein mehrdimensionales Handeln ist hier notwendig. Dies bedeutet, auch die kreativen, gesunden und konstruktiven Bereiche des Menschen in die Behandlung zu integrieren und ihn als ein multidimensionales, ganzheitliches Wesen zu verstehen. Die Dynamische Psychiatrie hat – ausgehend von diesem Verständnis – ein multidimensionales Behandlungskonzept entwickelt, das verbale und nonverbale Methoden integriert. Des Weiteren hat sie eine prozesshafte Auffassung von Gesundheits- und Krankheitsdiagnostik und ein Verstehen des Menschen in seinen Beziehungen und Veränderungsprozessen, ein Fördern von Gesundem und von Ressourcen und ein Kreativieren hin zu Heilungsprozessen.

Der Kongress hat es sich zur Aufgabe gemacht, Entwicklungsprozesse in der Psychiatrie, Psychologie, Psychoanalyse und Psychotherapie und in anderen

Wissenschaften zu diskutieren, um neue Entwicklungsprozesse, die dazu beitragen können, positive Ergebnisse in der Behandlung des psychisch kranken Menschen zu bewirken.

In den letzten Jahren sind wir Zeugen einer Entwicklung der Hirnphysiologie und der neuen bildgebenden Verfahren, die als revolutionär bezeichnet werden können. Es gelingt immer deutlicher, morphologische und physiologische Korrelate von Affekten, von Traumatisierungen, aber auch von psychotherapeutischen Prozessen über die neuronale Plastizität des Gehirns nachzuweisen. Neue Impulse verdankt die Psychotherapie auch dem Konzept der transgenerationalen Weitergabe, der Entwicklung der Bindungstheorie und den Bestrebungen zur Integration neuer Körpertherapien in die Psychotherapie. Damit gewinnt das Verständnis der Interdependenz von Körper, Geist und Seele in Gesundheit und Krankheit eine neue Aktualität.

Notwendig werden mehr und mehr Konzepte, die diese Vielzahl neuer Ergebnisse zu integrieren vermögen, dies müssen Konzepte sein, die ganzheitlich und mehrdimensional angelegt, d. h. den Menschen in seiner Vielfalt als ein ganzheitliches Wesen betrachten und für neue Erkenntnisse offen bleiben. Die Dynamische Psychiatrie versteht sich als ein solches offenes Behandlungssystem, das unter Einbeziehung quantitativer und qualitativer empirischer Forschung die Ergebnisse aus den verschiedensten Wissenschaftsgebieten aufnehmen kann.

Die Dynamisch-Psychiatrischen Zentren in Russland wie in St. Petersburg, Moskau, Novgorod, Orenburg und in vielen anderen Ländern der Welt arbeiten seit vielen Jahren in ähnlicher Richtung.

Das Anliegen des Kongresses ist es, die Vertreter möglichst vieler verschiedener Fachdisziplinen zusammenzuführen für einen wissenschaftlichen Austausch und um Weiterentwicklungen in den Bereichen Medizin, Psychologie, Psychoanalyse aber auch der interdisziplinären Forschung aus der Soziologie, Philosophie, Pädagogik und Kulturanthropologie und der Integration von Pharmakotherapie voranzubringen.

Ein besonderer Dank gilt unseren russischen Kollegen für die Organisation dieses Kongresses. Wissenschaftler aus über 30 Ländern werden erwartet. Dieser Kongress wird mit Unterstützung einer Reihe von internationalen Organisationen durchgeführt u. a. der World Psychiatric Association, der World Association for Social Psychiatry, der World Association of Psychosocial Rehabilitation, der World Health Organisation.

Maria Ammon