

# Psychoanalytische Therapie in Gruppen

Herausgegeben von Stefan de Schill

Mit Beiträgen von

Raymond Battegay · Stefan de Schill

Helen E. Durkin · Adolf Friedemann

Jack Krasner · Denise LaHullier

Serge Lebovici · S. R. Slavson

Jacob Spanjaard · Joseph Wilder

Alexander Wolf

**Klett**

INTERNATIONALES FORSCHUNGSINSTITUT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE  
INSTITUT INTERNATIONAL DE RECHERCHES POUR LA SANTE MENTALE  
INTERNATIONAL INSTITUTE FOR MENTAL HEALTH RESEARCH  
ZÜRICH

In Zusammenarbeit mit der  
American Mental Health Foundation  
New York



Professor Dr. Heinrich Meng, Schweiz  
Präsident

Prof. Dr. W. von Baeyer, Deutschland; Prof. Dr. R. Battgay, Schweiz;  
Dr. Stefan de Schill, USA; Dr. W. G. Eliasberg †, USA; Prof. Dr.  
C. van Emde-Boas, Holland; Dr. P. F. Galli, Italien; Dr. David Gerst,  
USA; Prof. Dr. Ferdinand Kehrer, Deutschland; Dr. Hans Keilson,  
Holland; Prof. Dr. P. Kielholz, Schweiz; Denise LaHullier, Frank-  
reich; Dr. Serge Lebovici, Frankreich; Dr. Hans G. Preuss, Deutsch-  
land; Dr. Paul J. Reiter, Dänemark; Prof. Dr. Ramón Sarró, Spanien;  
Prof. Dr. Erwin Stengel, England; Dr. Georg K. Stürup, Dänemark;  
Prof. Dr. E. Wiesenhütter, Deutschland; Prof. Dr. E. D. Wittkower,  
Kanada

# Psychoanalytische Therapie in Gruppen

Herausgegeben von  
Stefan de Schill, Director of Research  
American Mental Health Foundation

Mit Beiträgen von  
Raymond Battegay, Stefan de Schill,  
Helen E. Durkin, Adolf Friedemann,  
Jack Krasner, Denise LaHullier,  
Serge Lebovici, S. R. Slavson,  
Jakob Spanjaard, Joseph Wilder,  
Alexander Wolf

ERNST KLETT VERLAG  
STUTT GART

Die englischen und französischen Beiträge übersetzte  
Gudrun Theusner-Stampa

Zweite Auflage 1973

Alle Rechte vorbehalten

Fotomechanische Wiedergabe nur mit Genehmigung des Verlages

© Ernst Klett Verlag, Stuttgart 1971 · Printed in Germany

Satz und Druck: Ernst Klett, Stuttgart

ISBN 3-12-907640-9

# INHALT

Einleitung . . . . .	9
Vorwort . . . . .	12
Stefan de Schill: Einführung in die psychoanalytische Gruppen- therapie . . . . .	13
Teil I:	
Wie bekomme ich heraus, ob ich bei der Bewältigung meiner emotio- nalen Probleme fachkundiger Hilfe bedarf? . . . . .	16
Wie bekomme ich heraus, welche Art von Hilfe ich brauche? . . . . .	17
Wie funktioniert eine solche psychoanalytische Gruppe? . . . . .	18
Warum ist psychoanalytische Gruppentherapie so wirksam? . . . . .	18
Soll ich mich einer Gruppe anschließen, auch wenn ich ein unbehagliches Gefühl dabei habe? . . . . .	20
Teil II:	
Was soll ich in der Gruppe tun? . . . . .	21
Wie steht es mit meiner Beziehung zum Analytiker? . . . . .	24
Wie steht es mit meinen Beziehungen zu den anderen Gruppenmit- gliedern? . . . . .	25
Soll ich anderen erzählen, daß ich in Gruppenpsychoanalyse bin und was in den Sitzungen geschieht? . . . . .	26
Was kann ich sonst noch tun, um meine Fortschritte zu fördern? . . . . .	27
Woran erkenne ich, daß meine Therapie zu Ende ist? . . . . .	28
Helen E. Durkin: Theoretische Grundlagen der Gruppenpsycho- therapie I . . . . .	30
Allgemeine Vorbemerkungen . . . . .	30
Faktoren in der Gruppentherapie, die Modifikationen der psychoanaly- tischen Methode erfordern . . . . .	34
Unterschiede in der Übertragungsentwicklung . . . . .	35
Die Modifikation der Handhabung der Übertragung in der Gruppen- therapie . . . . .	38
Die systematische Analyse der Übertragung in der Gruppenpsycho- therapie . . . . .	40
Die Regression in der analytischen Gruppenpsychotherapie . . . . .	42
Die Übertragungsneurose in der Gruppenpsychotherapie . . . . .	44
Die Wirkung der Gruppentherapie auf die Praxis der Einzelbehandlung	47
Die Zukunft der analytischen Gruppenpsychotherapie . . . . .	49

Anmerkungen . . . . .	54
Literatur . . . . .	53
<b>Adolf Friedemann: Theoretische Grundlagen der Gruppenpsychotherapie II</b> . . . . .	56
Vorbemerkungen . . . . .	56
Wie entsteht — was ist eine Gruppe? . . . . .	56
Das Ich . . . . .	57
Erlebnis der Ich-Grenzen . . . . .	59
Kathexis . . . . .	60
Die Interdependenz in der Gruppe . . . . .	63
Die Familie als Urgruppe . . . . .	70
<b>S. R. Slavson: Die Arten der Gruppenpsychotherapie und ihre klinische Anwendung</b> . . . . .	75
Einführung: Die Bedeutung der Spezifität . . . . .	75
Beratung, »guidance« und Psychotherapie . . . . .	77
Psychotherapie . . . . .	79
Para-analytische Gruppenpsychotherapie . . . . .	85
Pflegende Psychotherapie (psychonursing) . . . . .	90
Vita-erg-Therapie mit Psychotikern . . . . .	91
Auf das Kind zentrierte »group guidance« (Gruppenführung) von Eltern . . . . .	99
Koordinierte Familien-Gruppen-»Therapie« . . . . .	114
Gruppenpsychotherapie mit Kindern . . . . .	122
Aktivitäts-Gruppentherapie mit Kindern . . . . .	125
Analytische Gruppen: Aktivitäts-Interview-Gruppen . . . . .	131
Analytische Gruppen: Spielgruppen . . . . .	133
Übergangsgruppen . . . . .	141
Anmerkungen . . . . .	143
<b>Alexander Wolf: Psychoanalyse in Gruppen</b> . . . . .	145
Hauptströmungen . . . . .	148
Allgemeine Regeln . . . . .	150
Gruppenbildung . . . . .	153
Die Analyse von Widerstand und Übertragung . . . . .	160
Die Rolle des Therapeuten . . . . .	167
Die »alternierende Sitzung« . . . . .	169
Kombinierte Therapie . . . . .	176
Orthodoxie kontra Unorthodoxie . . . . .	179
Fragen der Regression . . . . .	184
Ausblick in die Zukunft . . . . .	186
Die Notwendigkeit einer breiter fundierten Ausbildung . . . . .	194
<b>Raymond Bategay: Gruppenpsychotherapie als Behandlungsmethode im psychiatrischen Spital</b> . . . . .	200
Einleitung . . . . .	200
Spezielle Methoden: Allgemeines . . . . .	203
Gruppenpsychotherapie mit diagnostisch heterogenen Spitalabteilungen (Großgruppen) . . . . .	204

Gruppenpsychotherapie mit diagnostisch einheitlicheren Kleingruppen	211
Analytische Selbsterfahrungsgruppen mit Ärzten . . . . .	232
Gruppen-»Therapie« mit dem Pflegepersonal . . . . .	235
Bedeutung und Wert der Gruppenpsychotherapie für das psychiatrische Spital . . . . .	239
Gruppenpsychotherapie versus individuelle Psychotherapie . . . . .	245
Literatur . . . . .	255
 Jacob Spanjaard: Gruppentherapie in einem psychoanalytischen Institut . . . . .	 259
 Joseph Wilder: Gruppenanalyse und die Einsichten des Analytikers »Gruppenräume« als Hinweis auf Einsichten in die Übertragung auf Gruppen . . . . .	 279 281
Gruppentherapie als Möglichkeit, die Einsichten des Analytikers zu schärfen . . . . .	284
 Stefan de Schill und Denise LaHullier: Psychohygiene-Gruppen (Mental Health Groups): Eine intensive, kostensparende Behandlungsmethode . . . . .	 292
Das Bedürfnis nach einer kostensparenden Methode . . . . .	292
Die Entwicklung von Psychohygiene-Gruppen . . . . .	294
Die Gestaltung von Psychohygiene-Gruppen . . . . .	295
Die Vorbereitung der für Psychohygiene-Gruppen ausgewählten Patienten . . . . .	296
Rolle und Aufgabe des Therapeuten in Psychohygiene-Gruppen . . . . .	298
 Serge Lebovici: Eine Verbindung von Psychodrama und Gruppenpsychotherapie . . . . .	 312
Einführung . . . . .	312
Das Psychodrama als Ausdrucksmittel — Der psychodramatische Ausdruck . . . . .	314
Die psychodramatische Kommunikation . . . . .	315
Die psychodramatische Beziehung . . . . .	316
Die Verständnisebenen des Psychodramas . . . . .	320
Psychodrama und Rollen . . . . .	321
Das Psychodrama und der Übergang zum Handeln . . . . .	323
Psychodrama und Psychoanalyse . . . . .	325
Die Übertragung im Verlauf des Psychodramas . . . . .	325
Die Auflösung der Übertragungsneurose . . . . .	327
Die Übertragungsdeutungen . . . . .	327
Widerstand und Psychodrama . . . . .	328
Die Gegenübertragung im Verlauf des Psychodramas . . . . .	329
Psychodrama und Regressionen . . . . .	332
Einige technische Bemerkungen über die dramatische Gruppenpsychoanalyse . . . . .	333
Die psychotherapeutische Wirkung des Psychodramas auf die Zuschauer	337
Literatur . . . . .	339

Jack D. Krasner: Analytische Gruppenpsychotherapie mit älteren	
Menschen . . . . .	340
Einstellungen zu älteren Menschen . . . . .	340
Psychotherapeutische Hilfe . . . . .	341
Der ältere Mensch in der Gruppenpsychotherapie . . . . .	347
Reflexionen über den therapeutischen Gruppenprozeß . . . . .	373
Zusammenfassung . . . . .	380
Literatur . . . . .	381
Gesamtliteratur-Verzeichnis . . . . .	382
Autorenregister . . . . .	388
Sachregister . . . . .	390
Die Autoren dieses Bandes . . . . .	398



## EINLEITUNG

Je mehr man sich über das Ausmaß psychischer Erkrankungen klar wird, desto wichtiger wird die Weiterentwicklung von Gruppenmethoden, die ein wirksames methodisches Werkzeug darstellen. Ein stichhaltiges Argument ist die Tatsache, daß man mit Gruppenmethoden eine größere Zahl von Patienten behandeln kann. Man muß jedoch noch ein wichtigeres Argument für die Gruppentherapie in Betracht ziehen: Selbst wenn eine ausreichende Anzahl von kompetenten Psychotherapeuten für alle Menschen zur Verfügung stünde, die fachkundige Hilfe brauchen — was in den nächsten zwei oder drei Generationen höchst unwahrscheinlich ist —, könnten Einzeltherapie oder Einzelanalyse der Mehrzahl der Patienten niemals befriedigende Möglichkeiten bieten. Die meisten Leute können nicht mehr als den Preis einer Einzelsitzung pro Woche bezahlen; das reicht aber in den meisten Fällen für eine wirksame Behandlung nicht aus. Die einzige Hoffnung liegt daher in der Entwicklung von Formen intensiver Gruppenpsychotherapie — vielleicht kombiniert mit gelegentlichen Einzelsitzungen —, die so effektiv zu sein hätten, daß der Durchschnittspatient für ein Honorar, das er sich leisten kann, eine angemessene Psychotherapie bekommen könnte.

Abgesehen von den obigen Erwägungen muß betont werden, daß die Gruppentherapie unter einem rein wissenschaftlichen und therapeutischen Gesichtspunkt dadurch erhebliche Bedeutung gewonnen hat, daß sie unsere Erkenntnisse über psychische Mechanismen und therapeutische Prozesse vertieft, erweitert und auf manchen Gebieten verändert hat. Solche Verbesserungen werden und müssen durch weitere Untersuchungen fortgeführt werden.

Wir wollten daher in dem vorliegenden Werk kein einheitliches System vorlegen, sondern die verschiedenartigen und herausfordernden Denkweisen einiger der hervorragenden Exponenten der Welt, die verschiedene Wege zur analytischen Gruppentherapie vertreten. Nach sorgfältiger Lektüre der Schriften von annähernd vierhundert Gruppentherapeuten aus Europa und den Vereinigten Staaten wurden zweiunddrei-

ßig von ihnen eingeladen, ihre spezifischen Methoden und Standpunkte darzulegen. Die Bewertung der eingegangenen Manuskripte führte zur Auswahl der Abhandlungen, aus denen sich dieses Buch zusammensetzt. Mit Ausnahme der »Einführung in die psychoanalytische Gruppentherapie« sind alle Abhandlungen speziell für den vorliegenden Band geschrieben worden. Jeder Autor wurde ermutigt, sein Kapitel nach seinen Wünschen zu strukturieren und seine individuellen Ansichten frei zum Ausdruck zu bringen, ohne Rücksicht darauf, wie weit seine Ausrichtung von der des Herausgebers oder der anderer Beiträger abweichen mochte. Es wurde angestrebt, für jede Richtung, Form oder besondere Anwendung der Gruppenpsychotherapie nur einen maßgeblichen Sprecher auszuwählen.

Insgesamt bieten diese Abhandlungen einen vollständigen Überblick über die verschiedenen Methoden und Anwendungsweisen der Tiefenbehandlung in der Gruppe. Die dargestellte klinische Forschung bietet reichlich Beweise dafür, daß die Gruppenpsychotherapie — manchmal kombiniert mit gelegentlichen oder regelmäßigen Einzelsitzungen — eine wirksame Methode sein kann, um psychisch Kranken zu helfen. Wir hoffen, daß die vorgelegten Theorien und Techniken den Neuling auf dem Gebiet der Gruppentherapie ermutigen und die Kenntnisse des erfahrenen Praktikers erweitern werden.

Das Wachstum der Gruppentherapie in den Vereinigten Staaten verläuft parallel der zunehmenden Anerkennung und Entwicklung von Psychoanalyse und psychoanalytisch orientierter Therapie in diesem Land, im Vergleich zu ihrer langsameren Ausbreitung in den meisten europäischen Ländern. Man hat z. B. geschätzt, daß in der Stadt New York nahezu vierzig Prozent derjenigen psychisch Kranken, die fachkundige Hilfe erhalten, in Gruppenpsychotherapie sind.

Die rasch wachsende Anzahl von Personen, die gruppentherapeutisch behandelt werden, bedeutet nicht unbedingt, daß diese Menschen stets bessere fachmännische Hilfe bekommen. Die wirksame Behandlung von Patienten in Gruppen stellt viel höhere Anforderungen und ist viel komplizierter als die Einzelanalyse. Man muß betonen, daß effektive Gruppenpsychotherapie *nur* von gut ausgebildeten, geschickten und begabten Psychotherapeuten praktiziert werden kann, die eine zusätzliche, besondere Ausbildung in Gruppenpsychotherapie erhalten haben. Leider entspricht der Zunahme der praktischen psychotherapeutischen und psychoanalytischen Arbeit kein ebenso wünschenswertes Qualitätsniveau in der fachlichen Ausbildung und Leistung. Darum ist die American Mental Health Foundation seit vielen Jahren dabei, Techniken zur wirksa-

meren Auswahl und Ausbildung von Therapeuten zu erforschen, die fähig sind, Methoden der Einzel- und Gruppenpsychoanalyse anzuwenden.

Zum Abschluß mag ein Hinweis darauf interessant sein, wie stark die Gefühle und Überzeugungen bei manchen der Autoren im Hinblick auf die Verwendung der Begriffe »Psychoanalyse«, »psychoanalytische Therapie« und »Psychotherapie« sind. Der Titel des vorliegenden Werkes ist für diese Autoren ein annehmbarer Kompromiß.

Eine französische Parallelausgabe erscheint demnächst im Verlag Presses Universitaires de France, Paris.

## VORWORT

Das Veröffentlichungskomitee des Internationalen Forschungsinstituts für psychische Hygiene möchte dem Herausgeber dieses Bandes, Herrn Dr. Stefan de Schill, seinen Dank aussprechen. Die Suche nach und die Untersuchung von neuen Ideen und anderen Methoden hat Dr. de Schill veranlaßt, die zur Zusammenstellung der Artikel für dieses Buch notwendige Arbeit zu unternehmen, in der Hoffnung, Fachleute für die Behandlung psychisch Gestörter auf der ganzen Welt könnten zu neuen Gedanken und wirksamerem Dienst an den psychisch Kranken angeregt werden.

Ich hatte das Privileg, die brillanten und immer sorgfältig durchdachten Methoden durch eigenen Augenschein mitzuerleben, mit denen Dr. de Schill in seiner Eigenschaft als Forschungsdirektor der American Mental Health Foundation die zahllosen Aspekte der Einzel- und Gruppenpsychotherapie erforschte und im Versuch klärte, während er fortwährend bessere theoretische Formulierungen und Techniken suchte.

Viele seiner Ergebnisse sind in die intensive, preisgünstige Behandlungsmethode hineingenommen worden, die die Foundation entwickelt hat. So hat die psychoanalytische Therapie im Verlauf fast eines Jahrhunderts einen ganzen Kreis beschrieben oder — vielleicht richtiger — eine aufwärts gerichtete Spiralbewegung. Von den sechs Wochenstunden Einzelanalyse bei Freud, streng begrenzt auf eine kleine Zahl psychisch Kranker, sind wir nun zu den sechs Wochenstunden psychoanalytischer Gruppentherapie — eingeteilt in zwei Sitzungen — gekommen, die die Grundlage der oben erwähnten Methode der Foundation bilden. Diese Form der Behandlung — ebenfalls in diesem Buch beschrieben — bietet einer großen Vielfalt psychisch gestörter Menschen intensive und wirksame Hilfe für nur einen Bruchteil des Honorars, das für eine übliche psychoanalytische Behandlung aufgebracht werden muß.

So haben die Pioniere der Gruppenmethoden, von denen viele zu diesem Band beigetragen haben, einen wichtigen Schritt nach vorn getan.

Dr. David Gerst

Vorsitzender  
Veröffentlichungskomitee des Internationalen  
Forschungsinstituts für psychische Hygiene

## EINFÜHRUNG IN DIE PSYCHOANALYTISCHE GRUPPENTHERAPIE

Die theoretischen Annahmen, von denen Therapeuten ausgehen, die psychoanalytisch ausgerichtete Gruppentherapie betreiben, sowie die Techniken, die sie anwenden, haben sich im Lauf der letzten drei Jahrzehnte stark verändert. Im Rahmen des vorliegenden Buches wäre es unmöglich — und unnötig —, die allmähliche Entwicklung und die vielfältigen Verästelungen auch nur im Umriss darzustellen. Genau wie es viele Formen der Einzelpsychotherapie gibt, so gibt es nun viele Arten von Gruppenpsychotherapie.

Damit der Leser von den in diesem Buch enthaltenen Studien größeren Nutzen habe, werden im vorliegenden Kapitel auf der Grundlage einer von der American Mental Health Foundation achtzehn Jahre lang durchgeführten Forschungsarbeit einige wesentliche Züge der psychoanalytischen Gruppentherapie beschrieben. Weitere Arbeiten und Versuche mögen Veränderungen und Verbesserungen der hier vorgelegten theoretischen Annahmen und Techniken zur Folge haben. Die Ansichten der Autoren dieses Bandes bieten Ansatzpunkte für derartige Untersuchungen in der Zukunft. Die Beschreibung der Funktionsweise psychoanalytisch orientierter Gruppen in diesem Kapitel ist auch deshalb notwendig, weil viele Leser vielleicht überhaupt keine praktischen Erfahrungen in der Gruppentherapie haben oder weil sie eventuell andere Formen der Gruppentherapie betrieben haben, die einige der hier berichteten praktischen Verfahrensweisen nicht umfaßten.

Im folgenden werden einige der Techniken und Verfahren beschrieben, die sich bei der Forschungsarbeit der Foundation als besonders wirksam herausgestellt haben. Wir möchten jedoch betonen, daß es in diesem Kapitel unsere Absicht ist, eine Reihe von Verfahren darzustellen, die für *alle* Formen psychoanalytisch orientierter Gruppentherapie nützlich sind. In einem späteren Kapitel soll eine *spezifische* intensive Methode der Gruppentherapie beschrieben werden, die die Foundation erarbeitet hat.

Die von der Foundation gewonnenen Forschungsergebnisse über psychoanalytische Gruppentherapie sind den interessierten Kreisen fortlau-

fend durch Vorträge, Konferenzen, Seminare, Arbeitstagen und Teilnahme an nationalen und internationalen Konferenzen mitgeteilt worden, vor allem aber durch Veröffentlichungen. Die erfolgreichste dieser Publikationen<sup>1</sup> wurde speziell verfaßt, um die Feststellungen der Foundation den Angehörigen von Berufen der psychischen Hygiene mitzuteilen; dadurch sollte den Therapeuten geholfen werden, zu lernen und ihr eigenes Verständnis der Gruppentechniken zu klären und zu verbessern. In zweiter Linie war dieser Text dazu gedacht, interessierte Kreise in bezug auf diese Arbeit und den Wert der psychoanalytischen Gruppentherapie aufzuklären; ferner wollten wir Psychotherapeuten, die schon psychoanalytische Gruppentherapie betreiben, eine informative Broschüre in die Hand geben, die sie zukünftigen Patienten zur Verfügung stellen konnten. Um diesen Zielen gleichzeitig gerecht zu werden, waren ein besonderes Format und ein besonderer Stil notwendig. Als die klinischen Studien und die experimentellen Arbeiten der Foundation Fortschritte brachten, mußten revidierte Auflagen veröffentlicht werden. Die Ergebnisse hätten leicht ausgereicht, um ein dickes Buch zu füllen. Die Nachteile der Verdichtung des Materials zu einer schmalen Broschüre wurden durch den Vorteil ausgeglichen, daß man damit in der Lage war, eine große Zahl von Lesern zu erreichen. Innerhalb kurzer Zeit wurde diese Broschüre auf dem Gebiet der Gruppentherapie in den Vereinigten Staaten zu dem am häufigsten benützten Text — Medizinische Fakultäten, Kliniken und Angehörige der psychotherapeutischen Berufe haben etwa 80 000 Exemplare erworben.

Vor 1956 wurde festgestellt, daß ungefähr zwei Drittel der Personen, denen die Foundation Gruppentherapie empfohlen hatte, sich mit dieser Idee nicht befreunden konnten oder sie völlig ablehnten und Einzeltherapie verlangten. Außerdem schieden etwa 15 % derjenigen, die in eine Gruppe eintraten, in den ersten fünf Wochen wieder aus. In diesem Zusammenhang ist der Hinweis wichtig, daß die meisten Leute, denen irgendeine Form von Gruppentherapie empfohlen wurde, vorher keinerlei Erfahrung mit Psychotherapie hatten.

In den zwölf Jahren jedoch, während deren Patienten, die vor dem Eintritt in die Gruppentherapie standen, die Broschüre bekamen, verminderten sich beide Zahlen — sowohl die Zahl derjenigen, die die Gruppentherapie ablehnten, als auch die Zahl der Ausscheidenden —

---

<sup>1</sup> Stefan de Schill, Introduction to Psychoanalytic Group Therapy, 6. revidierte Auflage, American Mental Health Foundation, New York, N. Y., 1969.

um mehr als die Hälfte. Ähnliche Ergebnisse wurden von anderen Benutzern der Broschüre berichtet.

Ob ein für die Gruppenpsychotherapie ausgewählter Patient anfänglich Widerstand gegen den Gedanken an Gruppenarbeit zeigt oder nicht, seine Vorbereitung dafür durch den Therapeuten ist eine notwendige, wenn auch oft mühsame Aufgabe. Ein Patient nach dem anderen wird die gleichen Fragen in bezug auf die Prinzipien und die Praxis der Gruppenpsychotherapie stellen. Wenn der Therapeut die Aufnahme-Interviews einer Institution oder einer Klinik durchführt, können diese sich wiederholenden Fragen dazu führen, daß er weniger geduldig ist und sich weniger klar ausdrückt, als notwendig wäre, um die anfängliche Angst des Patienten herabzusetzen. Die gleiche Schwierigkeit erleben Therapeuten in der Privatpraxis, die mit Gruppen arbeiten.

Die Tatsache, daß ein Patient schon Erfahrung mit Einzeltherapie hat, vermindert nicht notwendig seine Fragen in bezug auf das gruppentherapeutische Verfahren, mit dem er Bekanntschaft machen soll. Oft tritt sogar das Gegenteil ein: Die Angst, sich in eine ganz neue klinische Situation gestellt zu sehen und das Ressentiment dagegen, die Aufmerksamkeit des Therapeuten mit anderen Patienten teilen zu sollen, bringt dann einen starken Widerstand gegen die Gruppenarbeit hervor, der sich in zahllosen Fragen und Einwänden ausdrückt.

Da es sich zeigte, daß viele der Antragsteller auf Überweisung durch die Foundation in eine Therapie für Gruppentherapie geeignet waren, haben wir in bezug auf Natur und Reichweite der von prospektiven Patienten typischerweise gestellten Fragen beträchtliche Erfahrungen gesammelt.

Schließlich kamen wir zu der Ansicht, einem Therapeuten, ob er nun die Patienten in klinischem oder privatem Rahmen berät, könne viel unnötige Arbeit erspart bleiben, wenn man dem Patienten Literatur in die Hand geben könnte, in der eine grundlegende Erklärung der psychoanalytischen Gruppentherapie gegeben würde. Da die Patienten häufig einen Teil der verbalen Auskünfte, die sie bekommen haben, vergessen und dazu neigen, manche Fragen zu wiederholen, hielten wir derartige Literatur für doppelt nützlich.

Die »Einführung« ist in zwei Abschnitte eingeteilt. Teil I ist für Patienten bestimmt, denen Gruppentherapie empfohlen wird. Teil II ist für jene Patienten, die, nachdem sie den ersten Teil gelesen haben und möglicherweise nach weiterer therapeutischer Hilfeleistung durch ihre Analytiker, bereit sind, in eine Gruppentherapie einzutreten. Zum Vorteil dieser Leser ist der Text in Frage- und Antwortform gebracht worden.



## Teil I

ist dazu bestimmt, Personen, denen man psychoanalytische Gruppentherapie empfohlen hat, mit den Prinzipien dieser Technik bekannt zu machen.

### *Wie bekomme ich heraus, ob ich bei der Bewältigung meiner emotionalen Probleme fachkundiger Hilfe bedarf?*

Jeder Mensch, er mag noch so unerschütterlich und emotionell reif sein, kann aus angemessener fachkundiger Hilfe seinen Nutzen ziehen. Aber zunächst einmal müssen wir unsere Aufmerksamkeit den vielen Menschen zuwenden, die durch ihre psychischen Schwierigkeiten daran gehindert sind, ein nützliches und befriedigendes Leben zu führen.

Für Menschen mit emotionellen Störungen ist es oft charakteristisch, daß sie ihre eigenen Manifestationen und Symptome mißverstehen oder sogar nicht bemerken und es unterlassen, geeignete Schritte zu ihrer Beseitigung zu tun. Manche Leute zögern, sich selbst — und noch viel weniger anderen — einzugestehen, daß sie mit ihren eigenen Gefühlsreaktionen nicht angemessen fertigwerden können. Vielleicht erkennen sie nicht, daß die Unfähigkeit, selbständig emotionale Probleme zu überwinden, keineswegs ein Zeichen von Schwäche oder Mangel an Intelligenz ist. Die direkte Anwendung von Willenskraft zu diesem Zweck ist gewöhnlich sinnlos. Das gilt sogar für jene, die ziemlich viel über Psychologie und Psychotherapie wissen.

Im folgenden nennen wir ein paar Probleme, die auf ein Bedürfnis nach fachkundiger Hilfe hinweisen:

Schwierigkeiten in interpersonalen Beziehungen, Ehe und Elternschaft; Einsamkeit und Rückzugsverhalten; das Gefühl, den Kontakt zur Realität zu verlieren; Gefühle des Mißerfolgs; allgemeine Unzufriedenheit mit sich selbst und dem eigenen Leben; die Unfähigkeit, Dinge zu tun, von denen man das Gefühl hat, man sollte dazu in der Lage sein, wie z. B. sich konzentrieren, studieren oder arbeiten; wenn man sich gezwungen fühlt, Dinge zu tun, die man nicht tun will; häufiges Sichunglücklich-Fühlen; die Erwartung, etwas Schlimmes werde sich ereignen; ständige Sorgen und Befürchtungen aller Art; Albträume; Niedergeschlagenheit und Traurigkeit; beharrliche Gefühle, man werde verfolgt, getadelt oder ausgenützt; alles durchdringende Gefühle des Hasses oder der Verachtung; das Gefühl, minderwertig oder bei anderen unbeliebt zu sein und abgelehnt zu werden oder sich selbst nicht zu mögen;

Gefühle großer Anspannung, Reizbarkeit oder Erregbarkeit; ständige Gefühle der Ruhelosigkeit.

Da die menschliche Seele eng mit dem Körper verbunden ist, kommt es vor, daß man körperliche Beschwerden hat, für die der Arzt keine organische Ursache finden kann. Diese Symptome sind häufig psychischen Ursprungs; sie zeigen in solchen Fällen die Notwendigkeit psychotherapeutischer Hilfe an. Beispiele sind Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, sexuelle Schwierigkeiten und Dysfunktionen, Herzklopfen, übermäßiges Schwitzen, Erschöpfung und Verdauungsstörungen wie häufige Obstipation, Durchfall und Magenschmerzen.

### *Wie bekomme ich heraus, welche Art von Hilfe ich brauche?*

Viele Menschen machen den Fehler, sich lediglich auf Grund eines persönlichen Vorurteils, auf Grund von Hörensagen oder unter dem Druck anderer eine Form der Psychotherapie auszusuchen. Ein besserer Weg herauszufinden, welche Art von Psychotherapie gerade für Sie am geeignetsten ist, besteht darin, einen erfahrenen, fähigen Diagnostiker zu Rate zu ziehen, der mit der großen Vielfalt der zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Techniken völlig vertraut ist. Ein solcher Fachmann kann Ihnen raten, welche Art von Hilfe für Ihre individuellen Bedürfnisse am besten geeignet ist. Außerdem bieten viele psychotherapeutische Organisationen und Kliniken die Möglichkeit zu diagnostischen Gesprächen zu diesem Zweck. Bei diesen Sitzungen wird der Patient von einem kompetenten Fachmann interviewt, der vollständig in der Lage ist zu entscheiden, was für den Patienten psychotherapeutisch erforderlich ist.

Denken Sie daran, daß jede Auskunft, die Sie einem Psychotherapeuten über sich geben, streng vertraulich behandelt wird. Deshalb sollten Sie sich gestatten, in der diagnostischen Sitzung so freimütig wie möglich zu sein, um es dem interviewenden Psychotherapeuten zu ermöglichen, sich ein vollständiges und richtiges Urteil zu bilden.

Klinische Erfahrung und Forschung haben gezeigt, daß die Mehrheit der Menschen, die fachkundige Hilfe nötig haben, großen Nutzen von bestimmten Formen der Gruppenpsychotherapie haben kann, die man »psychoanalytische Gruppentherapie«, »Gruppenpsychoanalyse« oder »Psychoanalyse in der Gruppe« nennt. Diese Therapie wird häufig mit regelmäßigen oder gelegentlichen Einzelsitzungen kombiniert. In vielen Fällen hat man bei psychischen Störungen, die intensiver Einzelbehandlung nicht weichen wollten, dynamische Ergebnisse erzielt.

### *Wie funktioniert eine solche »psychoanalytische Gruppe«?*

Die Gruppe besteht aus fünf bis zehn Personen. Die meisten Gruppen setzen sich aus Männern und Frauen zusammen; in anderen Gruppen beschränkt sich die Mitgliedschaft auf Angehörige eines Geschlechts. Die Zusammenkünfte dauern eineinhalb Stunden oder länger, je nach der Methode des Analytikers.

Der Therapeut pflegt immer, mit jedem neuen Gruppenmitglied, Anzahl und Art der wöchentlichen Sitzungen sorgfältig zu besprechen. Viele Gruppen kommen zweimal in der Woche zusammen, einmal mit dem Analytiker, einmal ohne ihn. Manche Gruppen treffen sich zu drei Sitzungen in der Woche, davon zweimal mit dem Analytiker. In anderen Fällen wird der Analytiker vorgeschlagen, daß eine Person an den Sitzungen von zwei verschiedenen Gruppen teilnimmt. Welcher spezifischen Gruppe oder Gruppen die Person zugeteilt wird, bestimmt sich nach ihren besonderen Bedürfnissen.

Die »abwechselnde Gruppensitzung«, die ohne den Therapeuten abgehalten wird, ist äußerst wertvoll, da Gefühle und Haltung eines Menschen in der Gruppe gewöhnlich recht verschieden sind, je nachdem, ob der Therapeut anwesend ist oder nicht. Diese Situation bringt deutlichere Hinweise für das Selbstverständnis mit sich. Außerdem helfen die abwechselnden Sitzungen, den Weg zur Selbstbehauptung und zur emotionalen Selbständigkeit zu bereiten. Manche Therapeuten organisieren ihre Gruppen jedoch so, daß es keine Sitzungen ohne den Therapeuten gibt.

Der Analytiker empfiehlt, ob regelmäßige oder nur gelegentliche Einzelsitzungen für ein Gruppenmitglied am nützlichsten sind. Einzelsitzungen können dann besonders angebracht sein, wenn das Widerstreben gegen die Psychotherapie oder gegen den Therapeuten sehr stark ist. Natürlich kommt derartiger Widerstand nicht nur in der Gruppentherapie vor, sondern bei jeder Form von Psychotherapie, die diesen Namen verdient.

### *Warum ist psychoanalytische Gruppentherapie so wirksam?*

Es gibt viele Gründe, warum diese Form der Psychotherapie zur Erlangung emotionaler Einsicht und Reife von hervorragendem Wert ist.

Wenn ein geschickter Therapeut psychoanalytische Gruppentherapie betreibt, zieht er die ganze moderne psychoanalytische Theorie und

Technik heran. Die Methode umfaßt alle psychoanalytischen Grundelemente wie die Analyse der Übertragung und des Widerstands, freie Assoziation und Traumanalyse. Aber diese Form der Psychotherapie hat noch zusätzliche Züge, die ihr allein eigen sind; sie lassen sich in der Einzelbehandlung nicht nachahmen. Von diesen Zügen, die die Gruppentechnik so besonders wirksam machen, sind folgende am wichtigsten:

In einer Gruppe arbeiten die Mitglieder ihre Probleme in einer lebendigen Situation ständiger persönlicher Interaktion durch. Sie merken bald, daß andere ähnliche emotionale Schwierigkeiten haben wie sie selbst. Dadurch, daß der einzelne die Gefühle seiner Gruppengenossen versteht, gewinnt er rascher Einsicht in seine eigenen emotionalen Probleme und Reaktionen. Sein psychotherapeutischer Fortschritt wird fortwährend dadurch angeregt, daß er das, was die anderen Gruppenmitglieder erreichen, beobachtet, erfährt und miterlebt.

Die ständigen dynamischen Beziehungen zur Gruppe helfen dem einzelnen, eine übermäßige Abhängigkeit vom Psychoanalytiker aufzugeben, die sonst möglicherweise den Genesungsprozeß verlängern würde. Ein weiteres wichtiges Element sind die relativ niedrigen Kosten der Gruppenpsychoanalyse; dies vermindert die finanzielle Belastung, die andere Methoden der intensiven Therapie oft schaffen.

Ein hervorragender Faktor beim Zustandekommen der nützlichen Ergebnisse der psychoanalytischen Gruppentherapie ist die Menge und Vielfalt der zwischenmenschlichen Beziehungen, die in solchen Gruppen auftreten. Wenn eine Person nur zu Einzelsitzungen zum Therapeuten kommt, kann sie nur auf ein einziges Individuum reagieren, auf das sie in der Kindheit geformte emotionelle Muster projiziert (Übertragung). Das Auftauchen und das Verstehen dieser Muster und Reaktionen sind in einer erfolgreichen Analyse erstrangige Faktoren. Darum könnte Einzeltherapie einschränkend wirken, da sie nicht die ganze Spielbreite der in einem Menschen begrabenen Gefühle heraufbeschwören kann. In der Gruppe rufen jedoch die verschiedenen Persönlichkeiten der männlichen und weiblichen Mitglieder eine *Vielheit* verschiedenartiger emotionaler Reaktionen hervor; dem einzelnen steht eine Reihe von Persönlichkeiten zur Verfügung, auf die er reagiert. Dadurch gelangt er zum Verständnis seiner eigenen Gefühle, Verhaltensschemata und Konflikte verschiedener Natur und Intensität.

In der Einzelsitzung sind dem Analytiker Grenzen gesetzt durch die subjektiv gefärbten Berichte des Patienten von Vorfällen und von der Art, wie er emotional auf sie reagiert hat. In der Gruppensituation können jedoch der Analytiker und die Gruppe klar und objektiv sehen, in

welcher Weise die Abwehr- und Gefühlsmechanismen jedes einzelnen Gruppenmitglieds seine Wahrnehmung der Wirklichkeit verzerren. So wird dem Gruppenmitglied geholfen, allmählich Einsicht in seine eigenen Abweichungen von der Objektivität zu gewinnen.

Menschen, die unerwünschte Persönlichkeitszüge und Verhaltensmuster haben, kann man in Gruppen besser helfen, diese Mängel zu überwinden, als in der Einzeltherapie. Schließlich kann der Psychotherapeut den Patienten nur in begrenztem Umfang auf solche Mängel hinweisen, denn er könnte ihn dadurch kränken und der therapeutischen Beziehung schaden. Unerwünschte Eigenschaften eines Menschen kommen jedoch oft durch Gruppen-Interaktion zum Vorschein, und Gruppenmitglieder können freimütiger darauf hinweisen. Die zugrundeliegenden Ursachen können dann analysiert und durchgearbeitet werden.

Da die Gruppensituation im Gegensatz zu der schützenden Atmosphäre der Einzelsitzung mehr der äußeren Welt gleicht, in der wir leben, bedeutet jede in einer Gruppe ausgedrückte und durchgearbeitete Gefühlsregung einen direkten Schritt vorwärts. Auf diese Weise erreichte Persönlichkeitsveränderungen sind meistens dauerhafter und abgeschlossener.

*Soll ich mich einer Gruppe anschließen, auch wenn ich  
ein unbehagliches Gefühl dabei habe?*

Viele Menschen haben am Anfang etwas dagegen, mit anderen Leuten zusammen in eine Therapie zu gehen, entweder, weil sie das Gefühl haben, sie würden nicht über ihre Probleme sprechen können, oder weil sie im Innersten andere Leute nicht mögen oder fürchten. Man muß sich aber daran erinnern, daß solche Ängste gewöhnlich direkt mit ihren Problemen zusammenhängen. Darum ist es viel vorteilhafter, diese Ängste durchzuarbeiten, anstatt sie zu vermeiden. Fast ausnahmslos lassen sie nach ein paar Gruppensitzungen nach.

Manche Leute haben den falschen Eindruck, die Psychoanalyse in Gruppen sei — weil sie weniger kostspielig ist — oberflächlicher als die übliche Einzelanalyse. Diese Personen möchten vielleicht nur Einzelsitzungen, um Zeit und Aufmerksamkeit des Analytikers ganz für sich zu haben, oder sie sagen vielleicht, sie wollten mit »den Problemen anderer Leute« nicht belästigt werden. In der Therapie ist jedoch oft das, was befriedigender *scheint* — oder weniger schwierig —, keineswegs gleichzusetzen mit der wirksamsten und intensivsten Methode. Zwar gibt die

verlängerte Dauer der Gruppensitzungen jedem Gruppenmitglied reichlich Gelegenheit, sich zu äußern, aber es muß betont werden, daß die Wirksamkeit keiner psychotherapeutischen Technik direkt proportional der Anzahl der Wörter ist, die ein Analysand spricht. Das Sprechen über die Probleme, deren wir uns schon bewußt sind, ist nur von untergeordneter Bedeutung. Eine viel wichtigere Aufgabe der Therapie besteht darin, die starken Gemütsbewegungen bewußtzumachen, die dem Menschen nicht bewußt sind, weil sie in der Kindheit verdrängt worden sind. Da wir diese blinden Flecke nicht kennen, können wir viele Bereiche, mit denen die Analyse sich befassen muß, nicht direkt angehen. Unsere tieferen Gefühle werden jedoch unweigerlich hervorgehoben, während wir in jedem Augenblick auf die durch die Äußerungen, das Verhalten und die Interaktion der Mitglieder ständig sich verändernde Gruppensituation reagieren.

Der Erfolg einer Therapie hängt weitgehend davon ab, in welchem Maß verdrängte Gefühlsregungen angeregt, zum Bewußtsein gebracht und durchgearbeitet werden. Die psychoanalytische Gruppentherapie regt die Gefühle oft intensiver und extensiver an, als es Einzelsitzungen tun; so können wichtige Bereiche emotionaler Störungen ans Licht gebracht werden, die unter anderen Umständen gar nicht zutage getreten wären.

## Teil II

ist bestimmt zur Information von Personen, die beschlossen haben, einer Therapiegruppe beizutreten, und die Teil I dieser Reihe schon gelesen haben.

### *Was soll ich in der Gruppe tun?*

In der Gruppe haben Sie eine ungewöhnliche Gelegenheit, Ihre wahren Gedanken und Gefühle auszudrücken. Sie brauchen sich nicht zu zwingen, sich auf die eine oder andere Weise zu verhalten. Manche Leute beteiligen sich, wenn sie neu in einer Gruppe sind, von Anfang an aktiv; andere bleiben vielleicht eine Zeitlang schweigsam. Welche Tendenz Sie auch haben mögen, beobachten Sie, was die anderen im Verlauf der Sitzung tun. Machen Sie sich während der Zusammenkünfte immer ihre Gefühle bewußt. Versuchen Sie auch, irgendwelche Vorgefühle vor den Zusammenkünften bewußt wahrzunehmen, ebenso Reaktionen, die Sie irgendwann nach den Sitzungen spüren. Früher oder später werden

Sie sie in der Gruppe zum Ausdruck bringen wollen. Wenn Sie jedoch Schwierigkeiten haben, einige Ihrer Gefühle zu der Zeit in Worte zu fassen, zu der Sie sie empfinden, können Sie es vielleicht bei späteren Zusammenkünften tun. Falls sich die Unfähigkeit zu sprechen fortsetzen sollte, ist es sinnvoll, diese Gefühle in einer Einzelsitzung mit dem Analytiker zum Ausdruck zu bringen.

Zur ersten Phase der Therapie gehört die Aufgabe, Gefühle identifizieren und klären zu lernen. So merkwürdig es scheinen mag: Viele Menschen sind sich häufig über ihre wahren Gefühle im unklaren und verwechseln sie mit »Meinungen«, »Wertvorstellungen« und »intellektuellen Auffassungen«, die häufig Rationalisierungen und Abwehr ihrer wahren Gefühle sind.

Einige Sitzungen werden vorübergehen, bevor Sie sich ganz darüber klarwerden, was wirklich in der Gruppe vor sich geht. Je mehr Sie sich beteiligen, desto mehr werden Sie spüren, worauf die Gruppe und der Analytiker hinarbeiten. Sie werden allmählich die dem Verfahren zugrundeliegende Bedeutung begreifen und emotionelle Teilnahme entwickeln. Die Situation ist so, wie wenn Sie anderen beim Tanzen zusehen und dann selber tanzen — erst wenn Sie aktiv mitmachen, erkennen Sie, um was es wirklich geht. Darum haben Sie Geduld, mindestens während der ersten vier bis sechs Wochen.

Für eine Reihe von Menschen mögen die ersten Sitzungen etwas schwierig sein; sie fühlen vielleicht einen starken Impuls, aus verschiedenen Gründen, z. B. weil sie einige der Gruppenmitglieder ablehnen oder nicht mögen, die Gruppe zu verlassen. Gleichgültig, wie stark diese Gefühle sind: Es ist wichtig, ihnen nicht nachzugeben, sondern zu verstehen, daß ihre offene Erörterung in der Gruppe oder in einer Einzelsitzung wertvolles Material für tiefere Einsicht und tieferes Selbstverständnis liefert.

Sie werden bemerken, daß die Gruppenmitglieder eine Reihe von Dingen tun: Sie sprechen von früheren und aktuellen Erlebnissen, Problemen, Gedanken und Phantasien, die ihnen gefühlsmäßig wichtig sind; sie sprechen von Gefühlen, die sie bei früheren Zusammenkünften, zwischen den Zusammenkünften und — vor allem — während der laufenden Sitzung erlebt haben; sie sprechen über ihre Gefühle gegenüber anderen Mitgliedern und gegenüber dem Analytiker. Viele dieser Gefühle mögen Ihnen irrational vorkommen. Sie werden jedoch bald erkennen, daß Gefühle ihrer eigenen speziellen Logik folgen, und die Toleranz der Gruppe gegenüber jeder scheinbaren Irrationalität wird Ihnen helfen, solche Gefühle auch bei sich selbst zu entdecken und auszudrücken. Die



Gruppenmitglieder bringen auch Träume zur Sprache und besprechen sie, da Träume zum Verständnis der emotionalen Probleme eines Menschen und seiner Art, sie zu handhaben, ein wesentlicher Faktor sind.

Manche Menschen möchten gefühlsmäßig einige ihrer Gedanken verbergen, weil sie ihnen schockierend, peinlich oder lächerlich erscheinen, oder sie wollen vielleicht nicht ein anderes Mitglied in seinen Gefühlen verletzen oder sich die Abneigung irgendeines Gruppenmitgliedes zuziehen. Achten Sie darauf, jedes derartige Widerstreben zu äußern, denn die *wahrheitsgemäße* Äußerung Ihrer Gefühle ist von höchster Wichtigkeit und für den Fortschritt absolut notwendig. Man muß sich klarmachen, daß es sich hier nicht um eine gesellschaftliche Situation üblicher Art handelt. Hier kann die Äußerung negativer Gefühle höchst hilfreich sowohl für die anderen Gruppenmitglieder als auch für Sie selbst sein.

Wenn Sie sich in der Gruppe wiederholt blockiert fühlen sollten und unfähig, sich zu äußern, oder wenn Sie nicht mehr wissen, was Sie sagen wollten, kann Ihr Analytiker vorschlagen, daß Sie sich im Geist vorher eine Liste der Gefühlserlebnisse, Träume und Gedanken vorbereiten, die Sie vorher gehabt haben und über die Sie bei der Zusammenkunft sprechen wollten. Wenn Sie sich trotzdem auf nichts besinnen können, können Sie solche Punkte aufschreiben und diese Notizen in der Gruppe benutzen. Gewöhnlich ist jedoch die spontane Reaktion in der Gruppe mehr wert als vorbereitetes Material. Wenn Sie Ihre Tendenz zum Blockieren allmählich durcharbeiten und es leichter finden, sich spontan zu äußern, werden Sie diese Stützen nicht mehr brauchen.

Erinnern Sie sich daran, daß Sie fachkundige Hilfe gesucht haben, weil Sie emotionale Probleme haben, und nicht, weil Sie intellektuelle Diskussionen genießen wollten. Intellektuelles Verständnis allein bewirkt keine bleibenden Veränderungen. Tiefes emotionelles Verständnis und tiefe emotionelle Fortschritte kommen nur dann zustande, wenn Sie Ihre Aufmerksamkeit nach innen wenden, um sich der Gefühle und Reaktionen bewußt zu werden, die aus der Kindheit stammen. Deshalb ist es höchst wichtig, daß Sie in *jeder* Situation, die in der Gruppe entsteht, auf Ihre Reaktionen achten und versuchen, die emotionalen Kräfte zu verstehen, die wirksam werden. Das wird Ihrerseits vielleicht etwas Konzentration und Mühe erfordern. Die fortgesetzte Äußerung von Emotionen liefert eine Grundlage für die notwendige therapeutische Arbeit, die folgen wird. Dabei werden die unbewußten Kräfte geschwächt, die die tief verdrängten Gefühle und Konflikte verborgen haben. Wenn diese allmählich auftauchen, werden sie verständlicher und leichter zu handhaben.

## *Wie steht es mit meiner Beziehung zum Analytiker?*

Es ist äußerst wichtig, daß Sie all Ihre Gefühle gegenüber dem Analytiker ausdrücken, obwohl dies manchmal schwierig sein mag. Viele von Ihren psychotherapeutischen Fortschritten werden die Folge dessen sein, daß Sie die Gründe für die Vielfalt häufig wechselnder Gefühle verstehen, Gefühle, die in Ihrer Beziehung zum Analytiker und den Gruppenmitgliedern angeregt werden. Selbst wenn diese Gefühle manchmal peinlich, irrational oder feindselig erscheinen mögen, ist ihre freimütige Äußerung von großem Wert. Wenn Sie aus irgendwelchen Gründen wiederholt unfähig sein sollten, diese Gedanken in Gegenwart der anderen Gruppenmitglieder auszusprechen, bringen Sie dieses Material in der nächsten Einzelsitzung zur Sprache. Auch wenn Sie Gefühle gegenüber dem Analytiker in der Sitzung äußern, bei der er nicht anwesend ist, achten Sie darauf, den Analytiker in der folgenden regulären Sitzung darauf aufmerksam zu machen.

Häufig werden, anscheinend gegen Ihren Willen und ohne Ihr bewußtes Wissen, innere Mechanismen gegen Ihren Fortschritt in der Therapie arbeiten, sobald man sich peinlichen Bereichen nähert. Oft nimmt ein solches Widerstreben gegen das Ergründen tieferer Schichten die manifeste Form negativer Gefühle gegen den Analytiker, die Therapie oder beide an. Diese Gefühle können sich auf frühere Einstellungen gegenüber Eltern und anderen Autoritätspersonen gründen. Ihre Reaktionen können so stark sein, daß sie, wenn der Analytiker keine Gelegenheit bekommt, sie mit Ihnen durchzuarbeiten, Sie tatsächlich veranlassen können, entweder ganz auf fachkundige Hilfe zu verzichten, oder sich, um vor der bedrohlichen Situation zu flüchten, einen anderen Analytiker zu suchen. Es wird möglicherweise ein gut Teil Selbstdisziplin erfordern, derartigen Gefühlen nicht nachzugeben, die in der Situation selbst ganz vernünftig erscheinen mögen.

Zweifel können auch aufsteigen, wenn Sie das Gefühl haben, Sie machten keine sichtbaren Fortschritte. Es ist allen Formen der Psychotherapie eigen, daß Perioden des Stillstandes oder sogar Rückschläge vorkommen. Meistens dauern diese Perioden nur eine begrenzte Zeit lang. Alte Gefühls- und Verhaltensweisen sind zäh, und der gesamte Verlauf des Fortschritts zeigt viele Auf- und Abbewegungen. Oft kehrt ein altes Verhaltensmuster wieder, wenn durch die Therapie eine verborgene Wunde in Ihrem Unbewußten berührt worden ist, oder wenn der nächste Schritt vorwärts zu erschreckend scheint. Aber diese schwierigen Perioden sind ein wichtiger Bestandteil der Psychotherapie und liefern

wertvolles Material für weitere Fortschritte. Ein solcher Widerstand taucht bei allen Arten der Analyse auf, auch bei der Gruppentherapie. Sich dieser Blockierungen bewußt zu werden, die in zahllosen Varianten auftreten können, und sie durcharbeiten, ist ein sehr wichtiger Faktor in Ihrem Fortschritt.

*Wie steht es mit meinen Beziehungen zu den  
anderen Gruppenmitgliedern?*

Es ist von größter Bedeutung, daß Sie sich Ihrer Gefühle gegenüber den anderen Gruppenmitgliedern bewußt werden und sie äußern. Beachten Sie auch ihre emotionalen Reaktionen Ihnen gegenüber, nachdem Sie sich geäußert haben, und sehen Sie zu, wie ihre Reaktionen Sie berühren. Die Bedeutung dieser Reaktionen kann in dem zutage treten, was gesagt wird, aber manchmal noch mehr darin, *wie* es gesagt wird. Oft offenbart das Verhalten eines Menschen — das immer ein höchst bedeutsamer Hinweis auf seine unbewußten Antriebe und Motivationen ist — eine Diskrepanz zu seinem gesprochenen Wort, oder es widerspricht ihm geradezu. Dies kann vorkommen, obwohl der betreffende Mensch glaubt, er habe sich offen und ehrlich geäußert.

Sie werden vielleicht auch bemerken, wenn ein Mensch ein Gefühl »agiert«, das heißt, wenn sein Gefühl sich in seinem Handeln ausdrückt und nicht in seinen Worten. Das kann z. B. darin bestehen, daß er einem Gruppenmitglied, das er nicht leiden kann, den Rücken kehrt oder es fortwährend unterbricht. Das Agieren kann auch verbal geschehen. Zwei einfache Beispiele: Ein Gruppenmitglied macht wissentlich falsche und boshafte Aussagen über ein anderes Gruppenmitglied oder den Analytiker, um diese zu verletzen, oder es demonstriert Zuneigung zu jemandem in der Gruppe, um ihn zum Verbündeten zu gewinnen, obwohl es diese Zuneigung gar nicht verspürt. Das Verstehen der Gefühle, die solchen Handlungen zugrunde liegen, die oft unbewußt sind, wird sehr erleichtert, wenn dieses Verhalten unterbrochen und dem Betroffenen zum Bewußtsein gebracht wird.

Sie werden bald die emotionalen Verhaltensmuster eines oder mehrerer Gruppenmitglieder erkennen, wenn sie automatisch auf bestimmte Situationen irrational reagieren. Ihr Gewahrsein wird sich allmählich erweitern, und Sie werden auch Einsicht in Ihr eigenes Verhalten gewinnen.

Es ist üblich, daß die Gruppenmitglieder einander mit dem Vornamen

anreden. Alles, was in der Gruppe von irgendwelchen Gruppenmitgliedern gesagt wird, muß streng vertraulich bleiben, und alles, was man über sie erfährt, auch wer sie sind, darf nicht an einen Außenseiter weitergegeben werden.

Was die Honorarfrage angeht: Manche Analytiker berechnen allen Gruppenmitgliedern den gleichen Satz. Andere passen das Honorar dem Einkommen jedes einzelnen an. In diesem Fall ist es besser, wenn die Gruppenmitglieder untereinander nicht über Honorarfragen sprechen, denn das kann unnötige Gefühle der Eifersucht und der Minderwertigkeit erregen. Wenn jedoch eine solche Situation erst einmal entstanden ist, ist es wünschenswert, den entstandenen Gefühlen Luft zu machen und sie ausdiskutieren.

*Soll ich anderen erzählen, daß ich in Gruppenpsychoanalyse bin und was in den Sitzungen geschieht?*

Es bleibt ganz Ihnen überlassen, ob Sie andere wissen lassen wollen, daß Sie in Analyse sind. Es empfiehlt sich jedoch, sich gut zu überlegen, wem man sich anvertraut. Manche Leute haben immer noch Vorurteile gegen die Psychotherapie. Andere, die es vielleicht nicht gut mit Ihnen meinen, können versuchen, ihr Wissen zu benützen, um Ihnen Schaden oder Ärger zu bereiten. Gut informierte und reife Menschen werden Sie jedoch dafür achten, daß Sie einen Weg der Selbstverbesserung und der inneren Entwicklung gewählt haben.

Es gibt eine Reihe von Gründen, warum es immer unerwünscht ist, mit Außenstehenden über das zu sprechen, was in der Einzel- oder Gruppenanalyse geschieht. Erstens äußern Sie ihnen gegenüber emotionale Reaktionen und Urteile, die Sie sich für eine Sitzung aufheben sollten, von der Sie therapeutischen Nutzen haben können. Wenn Sie solche Gefühle einem Menschen gegenüber äußern, der nicht in der Gruppe ist, werden Sie weniger geneigt sein, sie in Ihrer nächsten Sitzung auszusprechen, und wertvolles Material kann verlorengehen. Außerdem hat man es im psychotherapeutischen Rahmen mit unbewußten Prozessen aller Art zu tun, die von einem Außenstehenden höchstwahrscheinlich mißverstanden werden.

Eine weitere Gefahr besteht bei denjenigen, die regelmäßig einem Freund, einem Elternteil, einem Partner oder einem anderen Vertrauten vom Inhalt ihrer Sitzungen erzählen. Es wird eine Zeit kommen, in der sie es unbewußt vermeiden, in der Sitzung bestimmtes Material zu brin-

gen, gerade weil sie es ihrem gewohnten Vertrauten nicht wiederholen wollen. Auf diese Weise wird der analytische Prozeß unterdrückt und sinnlos.

*Was kann ich sonst noch tun, um meine Fortschritte zu fördern?*

Da Ihre psychische Struktur und Ihre Verhaltensweisen seit der Kindheit tief in Ihnen verwurzelt sind, ist eine beständige Bemühung über einen längeren Zeitraum erforderlich, um positive und bleibende Veränderungen zustande zu bringen. Die regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen ist nur einer der für Ihr Vorwärtkommen notwendigen Faktoren; auch Ihre Bemühungen zwischen und in den Sitzungen sind sehr wichtig.

Wie Sie wissen, ist die Aufgabe des Psychoanalytikers keineswegs leicht. Ein wichtiger Teil seiner Arbeit, von dem viel für den Erfolg der Therapie abhängt, besteht darin, Ihre unbewußten Konflikte und Motivationen zu verstehen. Seine Bemühungen in dieser Richtung erfordern die *größtmögliche Aufrichtigkeit* Ihrerseits. Wenn notwendige Materialien und Informationen zurückgehalten, verändert oder ausgeschmückt werden, bedeutet das ein ernsthaftes Hindernis für eine wirksame Analyse.

Viele Menschen freuen sich daran, in der Therapie zu sein, und genießen die besondere Gruppe, der sie angehören. Jedoch werden vielleicht einige eine Zeitlang die Gruppensitzungen unangenehm finden. Solche Leute sollten den therapeutischen Zweck der Sitzungen im Sinn behalten. Ihr Unbehagen während dieser begrenzten Stunden ist ein relativ niedriger Preis, den sie für die emotionalen Gewinne zu zahlen haben, die ihr Leben bereichern werden. Außerdem ist gerade das erlebte Unbehagen ein wertvoller Hinweis auf zugrundeliegende emotionale Probleme.

Während Sie immer mehr Einsichten gewinnen, ist es wichtig, daß Sie versuchen, ihnen auch in Ihrem Leben eine Bedeutung zu geben, indem Sie sie in Ihrem täglichen Kampf gegen die alten Verhaltensschemata konstruktiv anwenden. Wenn Sie sich lediglich damit zufriedengeben, intellektuell zu verstehen, wie alles gekommen ist, werden Sie wenig gewinnen, ausgenommen vielleicht eine gute Entschuldigung dafür, daß Sie neurotisch sind.

Sie werden beobachten, daß manche Einsichten, die Sie während der Sitzungen gewonnen haben, Ihnen rasch wieder entfallen, manchmal

schon nach Sekunden. Wenn dies geschieht, ist es wichtig, die Gruppe darauf aufmerksam zu machen, so daß die Gründe dieses Vergessens erhellt werden können. Außerdem sollten Sie sich bewußt bemühen, alle gewonnenen Einsichten im Gedächtnis zu behalten. Einige Therapeuten raten, sie, falls notwendig, nach den Sitzungen aufzuschreiben.

Neben der möglichst genauen Befolgung der bisher erwähnten verschiedenen Punkte gibt es eine zusätzliche Möglichkeit, Ihre Fortschritte zu fördern. Wie Sie wissen, sind Träume und Phantasien in der Psychotherapie von großem Wert. Versuchen Sie deshalb, sich an Ihre Phantasien, Tagträume und besonders an Ihre Träume zu erinnern, und besprechen Sie sie in den Gruppensitzungen. Träume sind gleichsam Filmaufnahmen von den Kräften, die sich in Ihrem Unbewußten bewegen; die Psychoanalyse ist notwendig, um ihre wahre Bedeutung zu entschlüsseln. Am besten ist es, wenn Sie nach dem Aufwachen still liegenbleiben und versuchen, sich die Träume ins Gedächtnis zu rufen, die Sie gehabt haben. Mancher wird feststellen, daß er dazu neigt, Träume ganz oder teilweise zu vergessen, obwohl er sich nach dem Aufwachen auf sie besonnen hat. Wenn Ihr Therapeut einverstanden ist, schreiben Sie die Träume auf, bevor innere Kräfte, die gegen eine vertiefte Bewußtheit arbeiten, sie aus Ihrer Erinnerung löschen.

In der Zeit kurz vor dem Einschlafen ist die Seele in einem der Suggestion zugänglicheren Zustand, und das Unbewußte neigt dazu, mit den Eindrücken, die es aufnimmt, weiterzuarbeiten. Wenn Sie Schwierigkeiten haben, sich nach dem Aufwachen an Träume zu erinnern, versuchen Sie deshalb folgende Technik: sagen Sie abends, kurz vor dem Einschlafen, ohne jeden Nachdruck zu sich selbst, Sie würden träumen und sich beim Aufwachen daran erinnern. Sie werden vielleicht die ersten paar Male keinen Erfolg haben, aber es ist sehr wahrscheinlich, daß sich schließlich ein Ergebnis einstellen wird.

### *Woran erkenne ich, daß meine Therapie zu Ende ist?*

Es kommt häufig vor, daß ein Mensch während der Therapie eine Periode des Wohlbefindens erlebt, wie er sie noch nie vorher hatte, oder daß er lästige Symptome verliert, die er schon eine Weile gehabt hat. Auf diese Verbesserungen hin wird er sich vielleicht für geheilt halten und beschließen, die Therapie aufzugeben. In Wirklichkeit sind vielleicht noch gar keine dauerhaften und genügend tiefgreifenden strukturellen Veränderungen auf allen Gebieten erfolgt, wo Verbesserungen

notwendig sind. Meistens ist unbewußter Widerstand gegen vorausgeahnte Angst — und nicht die offensichtliche Befriedigung über erreichte Verbesserungen — der wahre Grund für einen derartigen Entschluß. In manchen Fällen sind die Widerstandskräfte selbst die tieferen Ursachen des Gefühls des Sich-Wohlbefindens. Der Abbruch der Analyse macht es dann möglich, die peinlichen Gefühle zu vermeiden, die vorher verborgen waren und sich gerade zum Auftauchen anschickten.

Dies alles weist auf die Tatsache hin, daß niemand beurteilen kann, wann seine eigene Therapie beendet werden sollte. Ihr Analytiker wird mit Ihnen zusammen entscheiden, wann dieser Zeitpunkt gekommen ist. Wenn Sie den Wunsch haben aufzuhören, besprechen Sie Ihre Absicht offen mit Ihrem Analytiker und der Gruppe. Sie werden in der Lage sein, in Zusammenarbeit mit Ihnen zu entscheiden, ob Ihr Wunsch die Folge des Widerstands gegen weitere notwendige Veränderungen ist oder ein gerechtfertigter Entschluß auf der soliden Grundlage bereits erlangter geistig-seelischer Gesundheit.



HELEN E. DURKIN

## THEORETISCHE GRUNDLAGEN DER GRUPPENPSYCHOTHERAPIE I

### *Allgemeine Vorbemerkungen<sup>1</sup>*

Jede Theorie der Psychotherapie muß auf einer Theorie von der Persönlichkeit und von der Ätiologie der psychischen Erkrankungen beruhen. Die analytische Gruppenpsychotherapie schließt sich der psychoanalytischen Anschauung an, nach der Psychoneurosen im weiteren Sinn in den ersten Lebensjahren, ja sogar Lebensmonaten, ihren Ursprung haben<sup>2</sup>, und zwar infolge von Konflikten zwischen den Trieben des Kindes und den Einschränkungen, die die Außenwelt, vertreten durch seine Erzieher, ihrer Befriedigung auferlegt. Die zunächst rein physiologischen Frustrationen tragen dazu bei, eine erste Ahnung vom Selbst heraufdämmern zu lassen, und dann, wenn die Ich-Funktionen allmählich reifen, beginnt der wahre psychische Konflikt. Der Konflikt zwischen dem libidinösen Streben des Kindes nach Liebe und seinem aggressiven Drang nach Autonomie kompliziert alsbald diesen Kampf. Diese Konflikte gipfeln in einer relativ angepaßten oder unangepaßten Lösung am Ende der ödipalen Periode.

Inzwischen tut sich ein Teil der Persönlichkeit mit den Kräften der Verdrängung zusammen. In einer Reihe von Projektionen und Introjektionen, die stattfinden, bevor die Ich-Funktionen der Wahrnehmung und des Verstehens herangereift sind, identifiziert sich das Kleinkind mit dem, was es als die verbietenden Haltungen der Eltern erlebt. Es bildet sich eine Stufe im Ich (Freud [1921]); damit beginnen die Rudimente des Über-Ichs.

Wenn sich das Ich entwickelt, pflegt es meistens mit den unannehmbaren Trieben auf die Weise fertigzuwerden, daß es sie zusammen mit der zugehörigen Angst und den sie begleitenden primitiven Phantasien ins Unbewußte verbannt. Derart vom übrigen Ich abgespalten, behalten sie ihren archaischen Charakter und können nicht mit der übrigen Persönlichkeit reifen. Aus dem gleichen Grund sind sie auch von der Korrektur durch einfache Erfahrung ausgenommen (Fenichel [1941]).

Aber die infantilen Triebe verschwinden nicht. Sie fahren fort, auf jeder Stufe der psychosexuellen Entwicklung innere Spannungen zu erzeugen. Diese bleiben zwar unbewußt, bringen aber erneut den Drang

nach Befriedigung und Befreiung hervor. Das noch infantile Ich muß sie weiterhin dem Bewußtsein fernhalten, indem es neue Bewältigungsmechanismen findet (Abwehr).

Außerdem sind die Kompromisse des infantilen Ichs selten angemessen, so daß von Zeit zu Zeit neue Abwehrmechanismen hinzugefügt werden müssen. Wenn das Kind älter wird, werden die ursprünglichen Abwehrformen entsprechend den sich entwickelnden Ich-Funktionen und den sich verändernden Umweltbedingungen neugestaltet. Zugleich werden auch die unbewußten Phantasien modifiziert. Zum Beispiel können aus den frühen oralen Vernichtungsängsten während der analen Phase die Angst vor dem Beherrschtwerden und später, in der phallischen Phase, die Kastrationsangst werden. Wenn diese frühen Probleme schlecht gelöst werden, sind die der ödipalen Phase wirklich schwer zu überwinden. Von da an wird sehr viel Energie benötigt, um das gefährdete neurotische Gleichgewicht zu erhalten, das das Individuum erreicht hat, welcher Art es auch sein mag. Es sucht nach Hilfe, wenn dieses Gleichgewicht ernsthaft bedroht ist.

*Diese grundlegenden psychoanalytischen Konzepte gelten auch für das Gruppenverhalten.*

Dreißig Jahre praktischer Erfahrung haben die theoretischen Grundlagen für die Verwendung des Begriffssystems der Psychoanalyse gelegt, und infolgedessen auch für die Verwendung ihrer therapeutischen Grundprinzipien in der Gruppenpsychotherapie. Freuds Feststellung, Individual- und Massenpsychologie seien ein und dasselbe (1921), wird durch Patienten in Therapiegruppen völlig bestätigt. Die gleichen Hauptmerkmale der Persönlichkeit lassen sich im Gruppenverhalten jedes Mitgliedes nachweisen. In der Gruppe streben die Patienten danach, ihre Bedürfnisse zu befriedigen, ebenso ihre anachronistischen und konflikthaftern Tendenzen, und zwar durch ihre Beziehungen zu den anderen Mitgliedern wie auch zum Therapeuten. Da mehrere Mitglieder vorhanden sind, bieten sie eine Vielfalt von Zielscheiben; sie stimulieren auch aktiv sehr viele schlummernde Bedürfnisse. In der sich entfaltenden Interaktion werden die infantilen Konflikte aller nicht erinnert, sondern wiederholt. Übertragungswiderstand ist reichlich vorhanden, und die Gruppe wird ein höchst potentes therapeutisches Milieu. Wie ein Rundtheater bietet die Gruppe eine dramatische Vorstellung von der beharrlichen und hinterlistigen Art, in der die Vergangenheit sich in die Gegenwart hineindrängt. Der Therapeut muß den Gruppenmitgliedern helfen, diese Übertragungen allmählich in die Begriffe der Vergangenheit zu übersetzen (Freud [1914]), so daß die Patienten frei

werden, in der Gegenwart realistisch auf andere zu reagieren. Die Gruppe gibt ihm den Vorteil einer Fülle von audiovisuellem und erlebnismäßigem Beweismaterial, das ihm seine Aufgabe erleichtert.

Auf den ersten Blick könnte es so scheinen, als müßte die ungeheure Komplexität der untereinander verflochtenen Übertragungsprozesse, zusammen mit den Erfordernissen der Gruppenkonstellation selbst, den sehr persönlichen und strengen psychoanalytischen Prozeß ernsthaft stören. Trotzdem hat die Erfahrung etwas anderes bewiesen. Die Gruppenmitglieder können die analytischen Erfahrungen der anderen mit Gewinn teilen und tun es auch. Das hat einen einfachen Grund: alle Mitglieder haben die gleichen Grundtriebe und die gleiche psychische Struktur, wenn auch in verschiedenen Proportionen. Sie haben die gleichen epigenetischen Phasen durchlebt und auf jeder Entwicklungsstufe analoge Konflikte erlebt. Der Umstand, daß jedes Mitglied seine Konflikte gemäß seinen besonderen Fähigkeiten und gemäß den speziellen Bedingungen seiner persönlichen Erfahrung gelöst hat, dient nur zur Bereicherung ihrer Kommunikation und bietet Gelegenheit zur Erweiterung des Horizonts jedes einzelnen, während man zu einer vollständigeren persönlichen Differenzierung gelangt.

Bestimmte gruppendedeterminierte Varianten des Verhaltens hat schon Freud (1921) erkannt. Seitdem hat die sozialwissenschaftliche Forschung das Wesen von Gruppen und Gruppenverhalten vollständiger erhellt. Dem heutigen Gruppentherapeuten steht eine tiefgreifende Kenntnis des Milieus, in dem er arbeitet, zu Gebote. Das Gewahrsein des therapeutischen und des antitherapeutischen Potentials der ablaufenden Gruppendynamik erweitert sein Blickfeld; das Verstehen der Gruppe als einer dynamischen Einheit stellt ihm eine neue Dimension von Kräften zur Verfügung (siehe S. 41). Aber nach meiner Meinung ist die Gruppendynamik dem analytischen Prozeß komplementär. Sie tritt weder mit ihm in Konflikt, noch verfälscht sie ihn, und sie tritt auch nicht an seine Stelle. Die Hauptstoßkraft der Therapie liegt weiterhin in der Analyse von Übertragung und Widerstand in ihren neuen gruppengemäßen Formen.

In der Gruppentherapie *ist daher die therapeutische Aufgabe die gleiche* wie in der Einzel-Psychoanalyse. Sie besteht in dem Versuch, die »ausgeschlossenen« Tendenzen jedes Gruppenmitgliedes wieder mit seiner Persönlichkeit zu vereinigen, so daß eine Neuverteilung der Energie stattfindet, die eine grundlegende Strukturveränderung bewirkt<sup>3</sup>. Auch in der Gruppe bleibt die Haupttechnik zur Erreichung dieses Zieles die Analyse von Übertragung und Widerstand. Die Aufgabe ist auch in der

Gruppe lösbar, weil die infantilen Tendenzen weiterhin die Patienten unbewußt motivieren, so daß die neurotischen Konflikte — wie sie begonnen haben — in Beziehungen zu anderen Menschen wieder auftreten, in diesem Fall in denen zu den Gruppenmitgliedern. Das sind die Übertragungen. Wegen ihrer Unangemessenheit sind sie auch in der Gruppe identifizierbar, trotz der Tatsache, daß die Interaktion zwischen den Mitgliedern weitgehend subjektiver Art ist. Der Therapeut andererseits beschränkt sich streng auf die analytische Haltung teilnehmender Neutralität, weil diese dazu beiträgt, daß die Übertragung am deutlichsten in den Brennpunkt tritt. Er analysiert daher, reagiert aber nicht auf die Kommunikationen der Patienten. Da die kognitive Veränderung, die seine »Übersetzungen« mit sich bringen, nur in einem emotionalen Zusammenhang bedeutsam wird, spricht er sie in Augenblicken starker Wirkungsmöglichkeit aus. Die Gruppe liefert solche Gelegenheiten in hervorragendem Maß. Der Umstand, daß der Analytiker in der Gruppensituation, in der er mit einer Reihe von Patienten von Angesicht zu Angesicht konfrontiert ist, nicht ganz anonym sein kann, stört den analytischen Prozeß nicht; der Zwang, den ursprünglichen Konflikt zu wiederholen, ist zu stark, als daß er so leicht weichen würde.

Die Intragruppen-Übertragungen bringen den Widerstand der Patienten gegen die Aufdeckung der infantilen Triebe zum Ausdruck. Die Analyse des Widerstandes ist natürlich von vordringlicher Wichtigkeit. Bei der Erfüllung seiner Aufgabe, Verdrängtes wieder ins Bewußtsein zurückzubringen, benützt der Therapeut die üblichen Hinweise (vorbewußte Triebabkömmlinge), die in den Intragruppenbeziehungen in Mengen auftreten. Der Aufdeckungsprozeß ist für die Patienten manchmal noch erschreckender als in der Einzelbehandlung, und in solchen Augenblicken verhärtet sich ihre Abwehr entsprechend. Auf diese Weise wird die Abwehr in der Behandlungssituation zum Widerstand. Die Angst der Patienten, sich vor der Gruppe bloßzustellen, muß immer, früher oder später, behandelt werden. Der sensible Gruppentherapeut berücksichtigt das Bedürfnis der Patienten, den anderen Gruppenmitgliedern gegenüber ihre Selbstachtung zu wahren. Er kann dies durch die Art tun, wie er seine Bemerkungen in Worte faßt, aber er muß trotzdem in der Bekämpfung des Widerstandes fest und beharrlich sein. Meistens tragen die Gruppenmitglieder wesentlich zur Wahrnehmung dieser Funktion bei. Für sie ist es viel leichter, Übertragung und Widerstand bei anderen wahrzunehmen als bei sich selbst, und sie machen auf diese Phänomene aufmerksam. Wenn sie dies getan haben, sind sie besser darauf vorbereitet, Einsicht in ihr eigenes neurotisches Verhalten zu gewinnen.

Wie in der Einzelanalyse ist es auch in der Gruppe nicht leicht, einmal eingeführte Sicherungsmaßnahmen aufzugeben, gleichgültig, wie kostspielig sie geworden sein mögen. Manchmal tritt eine Verhaltensänderung unmittelbar nach der Einsicht auf, aber wahrscheinlich nur vorübergehend. Das Durcharbeiten ist also ebenso notwendig wie in der Einzelbehandlung. In hartnäckigen Fällen kann die Identität der Patienten ganz in ihrem neurotischen Verhalten aufgehen; oft ist ihr neurotisches Leiden auf masochistische Befriedigung gegründet, und die meisten Patienten hegen die unbewußte Hoffnung, um den Preis der Neurose könnten sie das verlorene Paradies wiedergewinnen<sup>4</sup>, indem sie die vollkommene Beziehung finden, und zudem würden sich noch ihre Omnipotenz-Phantasien erfüllen. Diese tief verwurzelten Ursachen des Widerstands gegen wirkliche Veränderungen werden stärker wirksam, wenn das Ziel in erreichbarer Nähe zu sein scheint. Sie müssen gründlich analysiert werden, bevor eine grundlegende Charakteränderung erreicht werden kann.

#### *Faktoren in der Gruppentherapie, die Modifikationen der psychoanalytischen Methode erfordern*

Die Einbeziehung der Gruppenmitglieder in die Behandlungssituation verändert nicht das Grundprinzip, daß Übertragung und Widerstand analysiert werden, aber sie erfordert einige Modifikationen der Techniken, mit deren Hilfe dies geschieht. Außerdem macht die Struktur des Gruppenmilieus selbst gewisse Verfahrensänderungen notwendig, um die besten Bedingungen für die therapeutische Aufgabe zu schaffen (vgl. Fenichel [1945]).

Die gleichzeitige therapeutische Arbeit mit mehreren Patienten hat mindestens zwei bedeutsame Folgen. Der auffallendere dieser Unterschiede zur Einzeltherapie ist der Fortfall der freien Assoziation, der wichtigere betrifft die Entwicklung und Handhabung der Übertragung.

Die Technik, die entworfen wurde, um raschen Zugang zum Primärprozeß zu gewinnen, läßt sich erwiesenermaßen in der Gruppe nicht anwenden. Man hat gefragt, ob irgendeine Methode, die sich dieses wertvollen Werkzeugs nicht bedient, überhaupt als Psychoanalyse betrachtet werden kann (Kubie [1958]). Aber die Gruppenpsychotherapeuten sind längst zu der Übereinkunft gelangt, daß »die Gruppe im spontanen Fluß der Kommunikationen unter den Mitgliedern ihr eigenes Äquivalent zur freien Assoziation hervorbringt« (Foulkes [1964]). In der Interaktion

erscheinen so viele vorbewußte Triebabkömmlinge, daß der sensible Therapeut, wenn er auf das hinhört, was seine Patienten als Individuen oder als Gruppe mühsam mitzuteilen suchen, viel mehr über ihre latenten Gefühle und Motivationen erfährt, als er in einer Sitzung überhaupt behandeln kann. Überdies führt das rasche Wechseln der Abwehrmechanismen leicht dazu, daß die Mitglieder in gewissem Maß in unbewachten Augenblicken unwillkürlich mehr vorbewußten Triebabkömmlingen erlauben, sich in ihr Gespräch einzumischen. Es gibt auch viele Augenblicke während der Sitzungen, in denen sich echte freie Assoziationen hervorlocken lassen, so z. B. wenn ein Widerspruch oder eine unpassende oder unverhältnismäßige Emotion erkannt wird.

Um den assoziativen Prozeß der Gruppe zu erleichtern, stellt der Therapeut eine geeignete gruppenanalytische Situation her. Er eröffnet die Sitzung, indem er die Mitglieder auffordert, so offen wie möglich über alles zu sprechen, was sie erleben. Sie finden es gewöhnlich schwierig, dieser Aufforderung ganz nachzukommen, so daß der Therapeut sie weiterhin zur möglichst vollständigen und spontanen Interaktion ermutigen muß. Er versucht sie zu veranlassen, untereinander Gespräche zu führen, anstatt die meisten ihrer Bemerkungen an ihn zu richten. Er vermeidet die Beantwortung von Fragen und erteilt keine Ratschläge. Er bleibt neutral, aber beständig in seiner Anteilnahme für das, was die Gruppenmitgliedern auszudrücken versuchen. Seine Auswahl von Interventionen macht ihnen immer stärker die Bedeutung ihrer latenten Gefühle bewußt. Mit anderen Worten, er überwacht sorgfältig die Gruppenatmosphäre, um das Voranschreiten des therapeutischen Prozesses zu erleichtern. Dabei muß er ein feines Gleichgewicht aufrechterhalten zwischen seinem notwendigerweise aktiveren Vorgehen und seiner Bereitschaft, die Gruppenmitglieder die Interaktion soweit übernehmen zu lassen, wie sie dazu in der Lage sind. Am wichtigsten ist, daß er fortfährt, ihren Widerstand gegen die Preisgabe ihrer innersten Gedanken und Gefühle zu analysieren. Auf diese Weise stellt er die bestmögliche Situation für die Durchführung des analytischen Prozesses in einer Gruppe her.

### *Unterschiede in der Übertragungsentwicklung*

Übertragungsverhalten ist in der Interaktion überall zu beobachten. Aber der Aufbau der Gruppe läßt deutliche Unterschiede in der Übertragungsentwicklung entstehen, die entschiedene Veränderungen in der technischen Handhabung der Übertragung erfordern. Die analytische

Situation der Einzelbehandlung wurde hergestellt, um das Eindringen der Realität und die Ich-Funktionen des Patienten auf ein Mindestmaß herabzusetzen. Die ruhige, ungestörte Atmosphäre des Analyse-Raumes, die Couch und die völlige Anonymität des Therapeuten tragen alle dazu bei, die Übertragung so sehr zu fördern, daß alle infantilen Konflikte des Patienten schließlich mit Hilfe der Person des Analytikers neu durchlebt werden. Dieses Verfahren schafft eine mächtige Spannung in der Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten; diese wird in therapeutische Hebelkraft umgewandelt. Infolgedessen spricht man von der Übertragung in der Einzelanalyse gemeinhin als von einer Einheit, einer künstlichen Neurose. Man nennt sie die Übertragungsneurose, und gewöhnlich betrachtet man sie als das sine qua non der psychoanalytischen Behandlung.

Offensichtlich können die Bedingungen der Gruppentherapie derartige, alle Kräfte in Anspruch nehmende Beziehungen zwischen zwei Individuen nicht ermöglichen. Der Therapeut, dessen Verantwortung erfordert, daß er alle Gruppenbeziehungen im Blickfeld behält, könnte sie einfach nicht handhaben. Die Situation erlaubt auch gar nicht, daß sie sich entwickeln. Es gibt zuviele Unterbrechungen. Die Realität kann nicht genügend gedämpft werden. Gruppenmitglieder, deren Eigenschaften den Elternbildern der Patienten näher kommen als die des Therapeuten, ziehen Übertragungsreaktionen auf sich. Die Patienten finden es auch leichter, die eigentlich auf den Therapeuten gerichteten Gefühle der Liebe und des Hasses auf ihre weniger Scheu einflößenden Gruppenossen zu verschieben. Außerdem reagieren die Mitglieder subjektiv aufeinander, so daß Übertragungssillusionen nicht sehr lange aufrechterhalten werden können. Statt dessen wechseln die Übertragungsobjekte meistens häufig, und gewöhnlich wird nur ein Aspekt auf einmal mit einer Person wieder durchgespielt, wenn auch mehrere Übertragungen gleichzeitig bestehen können. Daher sind die Übertragungsmanifestationen weniger konzentriert, aber sie sind nicht weniger intensiv als in der Einzel-Psychoanalyse.

Die Übertragung in der Gruppe besteht also aus gleichzeitig ablaufenden Reihen von unangemessenen Reaktionen gegenüber verschiedenen Personen, mit denen frühere Haltungen und Gefühle und Verhaltensweisen wiederholt werden. Wenn man diese Übertragungsprozesse als eine Aufteilung *der* Übertragung ansieht, erscheint mir dies als eine Folge dessen, daß man sich zu streng an die Feststellungen aus der Einzel-Psychoanalyse hält. In Wirklichkeit hat sich in der Therapiegruppe niemals eine monolithische Übertragung dieser Art entwickelt.



Die Übertragungsprozesse entwickeln sich in der Gruppe auf eine ganz eigene Weise. Von Anfang an wenden sich die Mitglieder in ihrer unbewußten Suche nach infantiler Befriedigung sowohl an die anderen Gruppenmitglieder als auch an den Therapeuten. Zu diesem Zweck schließen sie eine Reihe neurotischer Bündnisse von verschiedener Dauer und Intensität. Diejenigen, die auf irgendeinem Gebiet komplementäre Bedürfnisse haben, neigen dazu, eine Übertragungstransaktion zur gegenseitigen Befriedigung durchzuführen. Diejenigen, deren Bedürfnisse ähnlich sind, identifizieren sich möglicherweise miteinander. Beide Formen von Beziehungen bringen Widerstand mit sich. Da die Übertragungsreaktionen jedes einzelnen Mitgliedes von anderen angeregt, abgelenkt oder übersehen werden können, je nach den dringlichsten unmittelbaren Interessen der Mehrheit, sind die Übertragungsphänomene notwendigerweise weniger kontinuierlich als in der Einzelanalyse. Die einzelnen Mitglieder beugen sich in dieser Hinsicht der Bewegung der Gesamtgruppe, aber auf lange Sicht machen sich *all* ihre individuellen Konflikte bemerkbar und werden der Analyse zugänglich. Mit fortschreitender Behandlung schaffen die sich untereinander verbindenden Übertragungsvorgänge ein sich fortwährend verschiebendes Geflecht (vgl. Ezriel [1950]).

Eine zweite Veränderung in der Form der Übertragung ergibt sich aus dem Umstand, daß die Realität nicht drastisch vermindert werden kann und daß die freie Assoziation in der Gruppe eingeschränkt ist. Ihre Abwehraspekte bleiben meist im Vordergrund der Interaktion. Die Betonung liegt mehr auf dem Ich als auf den infantilen libidinösen und aggressiven Trieben. Unter diesen Umständen kommt die Ich-Entwicklung jedes Patienten zum Vorschein, und sie spiegelt natürlich die Umgestaltung wider, die seine libidinösen und aggressiven Triebe durchgemacht haben (A. Freud, 1936). Es ist daher unvermeidlich, daß die Abwehraspekte der Übertragung der Patienten zur wichtigsten Zielscheibe der Analyse werden.

Zu diesem Thema hat Ackerman (1954) geschrieben: »Im Prinzip ist die Struktur der Therapiegruppe der ungehemmten Durchsetzung irrationaler und egozentrisch orientierter Verhaltensweisen beim Individuum weniger förderlich als die Psychoanalyse.« Er übersieht dabei, daß die Abwehrmechanismen selbst die irrationalen regressiven Elemente enthalten. Sie sind zwar dazu da, die ursprünglichen Triebe abzuwehren, aber sie verraten regelmäßig ihr Vorhandensein.

Wegen der Betonung des Ichs sind sehr viele der Übertragungsphänomene in der Therapiegruppe Manifestationen der im Charakter begrün-



deten Abwehr. Man kann sie als Übertragung bezeichnen, weil das Verhalten die Lösung infantiler Konflikte darstellt und so die Vergangenheit in die Gegenwart hineinträgt; aber sie sind gewohnheitsmäßige Verhaltensweisen und sind meistens fixiert, so daß sie nicht auf ein bestimmtes Objekt ansprechen (Fenichel [1945]). Da sie die Angst so gut binden, werden sie gewöhnlich nicht als ichfremd erlebt. Aus diesem Grund sind sie in der Einzelanalyse schwer zu handhaben (A. Freud [1936]), sprechen aber auf Gruppenbehandlung sehr gut an. Die Gruppenmitglieder reagieren rasch auf ihre stereotype Qualität. Zwar ergeben sich die Patienten, deren Charakter-Widerstand in der Gruppe untersucht wird, auch nicht kampfflos, aber sie unterwerfen sich den Deutungen ihrer Gruppengenossen viel bereitwilliger, denn diese sind weniger bedrohlich als der Therapeut. Außerdem sind sie gezwungen, sich mit dem Konsensus der Gruppe auseinanderzusetzen, der im allgemeinen in der Realität verankert ist.

Die Gruppenmethode ist auch im Umgang mit impulsiven Charakteren, deren Übertragungen so stark werden, daß »das Ich sich ganz so benimmt wie ein infantiles Ich« (A. Freud [1936]), wirksamer als die Einzelanalyse, weil die Gruppenmitglieder das tun, was der Analytiker in der Einzelbehandlung nicht tun kann. Sie üben Druck aus, mit dessen Hilfe es schließlich gelingt, den impulsiven Patienten Einhalt zu gebieten, so daß sie nachdenken, bevor sie sich in Aktionen stürzen. Dieser Druck zwingt sie, sich der intensiven Angst bewußt zu werden, von der sie sich bisher durchs Ausagieren befreit hatten. Sobald sie Angst erleben, geben ihnen die anderen Gruppenmitglieder die emotionale Unterstützung, die ihnen hilft, die Angst zu ertragen. Innere Veränderungen werden möglich.

#### *Die Modifikation der Handhabung der Übertragung in der Gruppentherapie*

Wenn die Übertragung als wichtigstes therapeutisches Instrument dienen soll, muß jede Manifestation von Übertragung einzeln analysiert werden, denn so tritt sie in der Gruppe auf. Mit anderen Worten, der Gruppentherapeut muß bereit sein, auf das zu reagieren, was tatsächlich geschieht, anstatt sich auf ein im voraus gebildetes Konzept aus einem anderen Rahmen zu verlassen. Während er beobachtet, wie die vielen Übertragungsprozesse innerhalb der Gruppe sich in ständig wechselnden Konfigurationen verschieben, muß er aufmerksam sein, um jene zu deu-

ten, die Widerstand in sich bergen. Er kann nicht, wie in der Einzelanalyse, darauf warten, daß sich einzelne Strukturen langsam aufbauen. Das heißt, der Zeitpunkt seiner Interventionen muß so gewählt werden, daß sie der empirischen Situation entsprechen. Zweitens muß er lernen, aus dem sich ständig verändernden Geflecht jene Übertragungsreaktion oder -transaktion auszuwählen, die im Augenblick sowohl für die Gruppe als auch für das in ihr begriffene Individuum am aufschlußreichsten ist. Manchmal erfordert dies, daß er einem Individuum eine Deutung gibt, das in diesem Augenblick anscheinend das Hauptinteresse der Gruppe äußert oder dessen eigenes Bedürfnis so groß ist, daß man ihm erlauben muß, den Brennpunkt der Gruppenaufmerksamkeit zu bestimmen. Da das Bedürfnis jedes einzelnen gewöhnlich eine Reaktion auf das darstellt, was in der Gruppe geschehen ist, sind die anderen meistens bereit für den Beitrag dieses einzelnen. In Ausnahmefällen, wenn das Individuum aus irgendeinem Grund außerhalb des Gesichtskreises der Gruppe steht, kann es selbst oder können sich die anderen Gruppenmitglieder im Widerstand befinden. Der Therapeut muß die Situation abschätzen und nach seinem klinischen Urteil handeln. Ein andermal kann der Therapeut seine Bemerkungen an zwei oder mehr Gruppenmitglieder als Einheit oder an die Gruppe als Ganzes richten; welchen Weg er auch wählt, er wird immer fortfahren zu versuchen, alle in die Diskussion hineinzuziehen. Auch wenn die anderen Mitglieder vielleicht an der besonderen Transaktion, die gerade untersucht wird, nicht offenkundig beteiligt sind, reagieren sie doch höchstwahrscheinlich innerlich auf sie. Wenn man diese Reaktionen zutage fördert, hilft man ihnen, sie durchzuarbeiten.

Auch seine deutende Funktion teilt der Gruppentherapeut mit den Mitgliedern der Gruppe. Er erlaubt den Patienten, freimütig zu deuten, und findet die Deutungen oft äußerst einsichtig. (Man muß einer sein, um einen zu kennen!) Aber weil Patienten häufig Deutungen benützen, um ihre eigene unbewußte Motivation zum Ausdruck zu bringen, und weil der Therapeut allein das Gesamtbild versteht und gelernt hat, den richtigen Zeitpunkt zu wählen, muß er sich die endgültige Handhabung der deutenden Funktion vorbehalten.

Es ist also Aufgabe des Therapeuten, das entscheidende Übertragungsverhalten zu entdecken und es zu analysieren. Dabei folgt er den Grundprinzipien der psychoanalytischen Methode, paßt sie aber den veränderten Bedingungen an. Er stellt fest, daß der therapeutische Prozeß in der Gruppe sich nicht in vertikaler, sondern in horizontaler Richtung bewegt. Der therapeutische Prozeß ist hier einem Flug ähnlich, im

Gegensatz zu der Reise auf Schienen, mit der man die Einzelanalyse vergleichen kann (E. Fried [1955]). Außerdem muß der Gruppentherapeut, weil so viele Übertragungen in rascher Folge auftreten und sich oft auch überschneiden, weil die Sache es erfordert, aktiver in der Handhabung des Widerstands sein. Der therapeutische Prozeß läuft schneller ab, sein Rhythmus ist mehr ein Stakkato.

### *Die systematische Analyse der Übertragung in der Gruppenpsychotherapie*

Nun bleibt noch die Frage, ob die Analyse von Übertragung und Widerstand im Rahmen der Gruppe genügend *systematisch* durchgeführt werden kann, um die Lösung derjenigen infantilen Konflikte der Gruppenmitglieder zu erreichen, die sie ursprünglich in die Behandlung geführt haben. Auf den ersten Blick erscheint gerade die Verflochtenheit der zahlreichen und untereinander verbundenen Übertragungen als ein unüberwindliches Hindernis auf dem Wege zu einer geordneten Gruppenanalyse. Tatsächlich sind von traditionstreuen Psychoanalytikern vernünftige Einwände erhoben worden mit der Begründung, derartige Versuche würden eine fruchtlose »wilde Analyse« hervorbringen, in Verwirrung enden und aller Wahrscheinlichkeit nach große Teile der Probleme jedes einzelnen Gruppenmitglieds unberührt lassen (Kubie [1958]).

Die Erfahrung hat gezeigt, daß diese Sorge unbegründet ist. Man hat ein Mittel zur Hand, um die Komplexität der Gruppenkommunikationen auf handhabbare Maßstäbe zu reduzieren. Während sich der Therapeut auf die sich fortwährend neu integrierenden Gruppenbeziehungen konzentriert, zeigt sich ihm eine neue Art von Strukturierung. Die Teilnahme jedes Gruppenmitglieds am Interaktionsprozeß beginnt eine charakteristische Struktur zu offenbaren, die einen Hinweis auf die Art seiner Ich-Entwicklung gibt. Sein Hauptabwehrsystem wird deutlich erkennbar in seinen wiederholt angeregten Übertragungsreaktionen. In jeder Sitzung taucht eine Fülle von Hinweisen auf, die den Grad des Gleichgewichts von Es, Ich und Über-Ich bei ihm anzeigen. Und es werden andere Hinweise auftauchen, die auf die Phase seiner Entwicklung hinweisen, welche seine im Charakter ausgeprägten Abwehrmechanismen am entscheidendsten bestimmt hat. Diese Strukturen stellen eine Leitlinie für eine zusammenhängende und systematische Analyse zur Verfügung. Wenn die Art des Ichs jedes Individuums auf diese Weise im

Gesamtgeflecht der Übertragungen innerhalb der Gruppe erhellt wird, hebt es sich ab wie die Figur vom Hintergrund und ermöglicht es so dem Therapeuten, seine Deutungen auf einen Nenner zu bringen und sie systematisch zu Ende zu führen. Er richtet sie auf die grundlegenden Konflikte und vermeidet so die Versuchung eines langen analytischen Umherwanderns. Eine Nachprüfung der Gruppenprotokolle über viele Jahre zeigt, daß im Verlauf des Gruppenprozesses die Hauptaspekte des Übertragungsrepertoires jedes Mitglieds ans Licht kommen, untersucht werden und daß reichlich Gelegenheit gegeben ist, sie durchzuarbeiten. Außerdem weisen die Protokolle regelmäßig Veränderungen in Träumen, Einstellungen und Verhalten auf, die im Hinblick auf die gewonnenen Einsichten zu erwarten waren; darauf folgt das Auftauchen neuen vorbewußten Materials in den Kommunikationen (siehe Durkin [1964]).

Da die systematische Analyse und das Durcharbeiten Hand in Hand gehen, müssen wir anmerken, daß auch das Durcharbeiten in der Gruppentherapie seine unterscheidenden Merkmale hat. Der Therapeut muß sowohl auf den »Hintergrund« achten als auch auf die »Figur«. Vom Standpunkt des Individuums aus folgt das Durcharbeiten also einem Zickzackkurs. Seine neurotischen Verhaltensweisen werden in all ihren Varianten und in immer neuen Zusammenhängen untersucht, wie sie im Bezug zu anderen Gruppenmitgliedern auftreten. Die Erfahrung hat die Annahme bestätigt, daß der Konflikt, der in einem bestimmten Augenblick von einem beliebigen Gruppenmitglied wiederholt wird, ungelöste Aspekte des gleichen Konflikts bei den anderen Mitgliedern neu belebt. Darum führt der Therapeut, sobald eine Übertragung festgestellt worden ist, seine Arbeit weiter, indem er die Assoziationen, Reaktionen und Erinnerungen aller Mitglieder hervorlockt, anstatt die Verästelungen der Übertragung nur mit dem unmittelbar betroffenen Individuum zu untersuchen. Während dieses Prozesses der Ausarbeitung in der Gruppe wird die Übertragung konsequent an der Realität geprüft, und der gesamte Prozeß wird zu einer scharfen Spitze geschliffen, weil sich die Wirkungen der Neutralität des Therapeuten und der subjektiven Reaktionen der Gruppenmitglieder kombinieren.

Das Durcharbeiten in dieser Art fördert den Gruppengeist. Die Mitglieder motivieren einander fortwährend herauszufinden, wie ihre überholten und jetzt lästigen Arten, sich zu anderen in Beziehung zu setzen, zustande gekommen sind, um Kindheitsbedürfnissen zu entsprechen, die heute nur noch in der Phantasie existieren.

Manchmal, wenn ein Patient über eine Beziehung in der Außenwelt spricht, mit der er Schwierigkeiten hat, versuchen die anderen Gruppen-

mitglieder ihm zu helfen, aber es mißlingt, weil er, ohne es zu wissen, versucht, das abzuwehren, was in seiner Kindheit den aktuellen Schwierigkeiten entspricht. Nach einer Weile lassen sie sich entmutigen und schließen sich seinem Widerstand an. Dieser läßt sich jedoch gewöhnlich sehr rasch wieder auflösen, sobald bewiesen werden kann, daß der betreffende Konflikt zugleich in der einen oder anderen seiner Gruppenbeziehungen wieder durchgespielt wird. Die Entdeckung des Zusammenhangs zwischen dem Dort und dem Hier, dem Damals und dem Heute bringt für alle Gruppenmitglieder Überraschung und Aufregung mit sich. Gewöhnlich folgt darauf ein erneuter spontaner und lebhafter Austausch von Kommunikationen unter den Mitgliedern, die sich immer mehr umeinander kümmern, während sie ihre Suche weiterführen und einander ihre Erlebnisse mitteilen. Auf diese Weise wird der historische Vektor äußerst bedeutsam, und er wird mit ausgezeichnete therapeutischer Wirkung in enger Beziehung zur aktuellen Situation gehalten.

Aber es geschieht noch mehr. Die Natur des Gruppenprozesses selbst bietet ein Mittel, um die gesamte analytische Arbeit in der Gruppe zu vereinheitlichen. Die fortwährende dynamische Umstrukturierung innerhalb des gesamten Kommunikationsnetzes liefert Hinweise auf die wechselnden emotionalen Interessen der Gruppe als Ganzes. Wenn man sie als solches behandelt, kann man sich unter Umständen viele Einzeldeutungen ersparen<sup>5</sup>. Außerdem wird durch die Konvergenz so vieler physischer und psychischer Antriebe, die in ständiger Interaktion stehen, eine furchtgebietende Quelle emotionaler Kraft geschaffen (siehe auch Ezriel [1950]). Es ist, als bildeten sie eine Matrix (Foulkes [1964]), aus der eine neue Dimension des gruppenanalytischen Prozesses hervorgeht. Sie hat eine starke Wirkung auf die Gruppenmitglieder. Die therapeutische Hebelkraft solch dynamischer Gruppeninteraktion ist vergleichbar derjenigen der Übertragungsneurose, wie sie in der Einzelanalyse wirksam ist — sie kann deren Wirkung sogar übertreffen.

#### *Die Regression in der analytischen Gruppenpsychotherapie*

Wenn auch die Betonung auf den Abwehrmechanismen liegt, verhindert der Gruppentherapeut jedoch keineswegs die Äußerung zutiefst irrationaler infantiler Gefühle. Ganz im Gegenteil, er deutet den Widerstand aktiv, gerade um sie freizusetzen. Die Gruppenmitglieder helfen ihm, dieses Ziel zu erreichen. Als Individuen neigen sie zwar zur Abwehr, wenn sie sich den abgewehrten Gefühlen nähern, aber als Gruppe ärgern sie sich über Abwehrhaltungen bei anderen, und sie üben

Druck aufeinander aus, diese Gefühle offener und direkter zu äußern. Wenn ein Gruppenmitglied seine Abwehr durchbricht, werden die anderen zu gefühlswarmen Helfern. Außerdem gibt es keine psychosexuelle Stufe, auf die ihre Gefühle nicht zurückgehen könnten. Gruppen können auf die Wiedererweckung präödipler und ödipler Gefühle außerordentlich stimulierend wirken. Mehrere Autoren, darunter Grotjahn, Fried, Glatzer und ich selbst, haben besonders das Schicksal präödipler Konflikte in der Gruppenpsychotherapie untersucht. Z. B. hat Glatzer (1962) berichtet, nach ihrer Erfahrung sei die Gruppe bei der Durchbrechung der zähen primitiven Abwehr, die oral regredierte Patienten kennzeichnet, äußerst hilfreich. Die Autorin ist der Meinung, der Therapeut und die Patienten seien zusammen aktiver im Deuten als der Einzeltherapeut, und dies sei wesentlich für solche von Grund auf passiven Individuen. Meine eigenen Erfahrungen bestätigen diese Feststellungen durchaus. Sobald man mit dem Widerstand fertig geworden ist, strömen die infantilen libidinösen oder aggressiven Gefühle, die aufgestaut waren, ungehindert heraus, und alle nehmen in gewissem Maß und auf ihre Weise an einer gemeinsamen Regression teil, die für den einzelnen sehr intensiv werden kann.

Die Gruppe erlebt also von Zeit zu Zeit Perioden starker Gemütsbewegung, aber im allgemeinen dauern derartige Perioden nicht lange. Das eine oder andere Gruppenmitglied unterbricht sie, entweder, weil es nicht zuviel primitive Emotion ertragen kann, oder weil es angeregt worden ist, seine eigenen Bedürfnisse zu äußern. Es läßt sich beweisen, daß in der analytischen Gruppenpsychotherapie solche intensiven, wenn auch kurzen Regressionsperioden Veränderungen der psychischen Struktur mit sich bringen, vorausgesetzt, daß sie geschickt gedeutet und unablässig durchgearbeitet werden. Kleine Mengen zunehmend starker Emotion werden in den wiederholten Begegnungen mit verschiedenen Gruppenmitgliedern freigesetzt. Ihre Intensität scheint kumulativ zu sein, und sie wird durch die Teilnahme der ganzen Gruppe noch vergrößert. Diese Emotionen werden therapeutisch sehr potent.

Während die Analyse von Übertragung und Widerstand weitergeht, gehen Interaktion und Einsicht Hand in Hand. Die Gruppenmitglieder untersuchen weiter ihr aktuelles Verhalten im Licht früher Familienerlebnisse, bis die Spuren der Vergangenheit sich nicht mehr so offenkundig in die gegenwärtigen Beziehungen eindrängen. Nach und nach gewinnen realistische Beziehungen zu Gruppenmitgliedern und zum Therapeuten und auch zu Verwandten, Freunden und Kollegen in der Außenwelt die Oberhand über die Übertragung.

## *Die Übertragungsneurose in der Gruppenpsychotherapie*

Nun stellt sich die vielumstrittene Frage: »Entwickelt sich in der Gruppentherapie eine Übertragungsneurose?« Es ist eine wichtige Frage, denn seit der Empfehlung Freuds (1914), jede Übertragung solle in die Behandlungssituation hineingenommen werden — um dort eine künstliche Neurose zu bilden —, sieht man die Übertragungsneurose allgemein als das *sine qua non* der Psychoanalyse an. 1954 hat Rangell diesen Begriff in die Definition der Psychoanalyse eingebaut. Er schrieb: »Die Psychoanalyse ist eine Methode, durch die Bedingungen herbeigeführt werden, die der Entwicklung einer Übertragungsneurose förderlich sind, in der die Vergangenheit wieder in die Gegenwart hereingeholt wird, so daß durch die systematischen Angriffe auf die Widerstände, die sich der Psychoanalyse entgegenstellen, eine Auflösung der Übertragungsneurose mit dem Ziel stattfindet, strukturelle Veränderungen im psychischen Apparat des Patienten herbeizuführen.«

Über dieses Thema hat es schon beträchtliche Auseinandersetzungen gegeben. Einige Gruppentherapeuten, die einen Großteil ihrer Erfahrungen in der Einzelanalyse gesammelt haben, hegen große Zweifel. Eric Berne (1960) hat die Möglichkeit ganz ausgeschlossen. Er führt an, das Vorkommen von Übertragungsprozessen stelle keine Übertragungsneurose dar. Spanjaard (1959) ist ähnlicher Ansicht. Nachdem er therapeutische Veränderung mit der Tiefe der Regression verknüpft hat, sagt er, Gruppen stellen keine guten Bedingungen für Regression zur Verfügung. Nach seiner Ansicht kann eine begrenzte Regression in der Gruppe z. B. als jugendliche Auflehnung ausagiert werden, aber ihre Wurzeln in den präödiptalen Konflikten können in dieser Situation niemals analysiert werden. Außerdem meint er, die Interventionen der meisten Gruppentherapeuten seien mehr erzieherischer als therapeutischer Art<sup>6</sup> (vgl. die Ansichten von Glatzer, S. 54).

Sowohl Slavson als auch Foulkes waren ursprünglich der Meinung, die Gruppensituation sei nicht gut geeignet, um die Übertragungsneurose durchzuarbeiten, aber beide sind zu dem Schluß gekommen, es lasse sich machen. Slavson meint, die Auflösung der Übertragungsneurose sei als therapeutisches Instrument in der Gruppenpsychotherapie von untergeordneter Bedeutung. Foulkes (1964) schreibt, nach zwanzigjähriger Erfahrung sei er zu dem Schluß gekommen, die individuelle Übertragungsneurose lasse sich in der Gruppe erkennen und daher auch analysieren, aber sie entwickle sich nicht in reiner Form und lasse sich nicht mit der gleichen Gründlichkeit durcharbeiten. Wolf und Schwartz (1962) sind



überzeugt, dies könne mit gutem Erfolg getan werden, falls der Therapeut seine Intervention dazu benütze, sie zu fördern und sie zu behandeln. Sie weisen darauf hin, daß Träume in dieser Hinsicht sehr nützlich seien. W. Hulse hat in einer persönlichen Mitteilung die Meinung geäußert, wenn der Therapeut die Übertragungen der Gruppenmitglieder untereinander als Verschiebungen der Übertragung auf den Therapeuten ansehe, könnten die Übertragungsneurosen der einzelnen Mitglieder wahrgenommen und analysiert werden.

Unser Problem ist auch deswegen verwirrend, weil der Begriff »Übertragungsneurose« so ungenau war, daß er auf die verschiedenste Weise gedeutet worden ist. Zwei Erfordernisse der Übertragungsneurose sind unzweideutig. In der Behandlungssituation muß die Vergangenheit wiederhergestellt werden, und der Patient muß seine Verzerrungen als »real und aktuell« erleben (Freud 1914). Unsicherheit entsteht jedoch aus der mangelnden Festlegung hinsichtlich des Grades und der Dauer des regressiven Erlebnisses. Infolgedessen legen manche Autoren, die noch unter dem Einfluß der Betonung des Es in der frühen Psychoanalyse stehen und auf den therapeutischen Wert der Katharsis vertrauen, höchsten Wert auf eine lange dauernde »tiefe« Regression. Diejenigen, die sich der modernen Ansicht angenähert haben, nur das Ich lasse sich therapeutisch beeinflussen (Fenichel [1941]), und die daher dazu neigen, die Analyse der Abwehrmechanismen des Ichs zu betonen, nehmen eine andere Haltung ein. Auch bei ihnen muß die Vergangenheit wirklich wiederhergestellt werden, aber eine alles durchdringende und lange andauernde Regression ist nicht unentbehrlich, jedoch willkommen, wenn sie notwendig ist.

Die analytische Gruppenpsychotherapie, wie ich sie sehe, bekennt sich zum letztgenannten Standpunkt; von diesem Standpunkt aus kann man sagen, die Übertragungsneurose trete auf und lasse sich in der Gruppensituation analysieren. Alles Übertragungsverhalten *wird* in die Behandlungssituation hineingezogen und *wird* von den Gruppenmitgliedern als »real und aktuell« erlebt (Freud [1914]). Außerdem sind die Regressionserlebnisse »tief«, sowohl in dem Sinn, daß sie intensiv sind, als auch in dem Sinn, daß sie in jede epigenetische Stufe zurückreichen.

Das Erlebnis hat jedoch in Therapiegruppen einzigartige Eigenschaften. Die Vergangenheit wird nicht nur mit dem Therapeuten ausgelebt, sondern auch mit den Gruppenmitgliedern, die alle in die Behandlungssituation miteinbezogen werden müssen. Zweitens sind die Regressionsperioden relativ diskontinuierlich, weil die Realität fortbesteht. Z. B. können zu jeder beliebigen Zeit ein Mitglied oder mehrere zutiefst damit



beschäftigt sein, die Vergangenheit neu zu durchleben, aber es sind gewöhnlich andere da, die nicht so sehr daran beteiligt sind; sie erkennen die Verzerrungen und sind nicht abgeneigt, darauf hinzuweisen. Sie unterstützen den Gruppentherapeuten auch dabei, das Übertragungsverhalten auf die Vergangenheit zurückzuführen. Abwechselnde Perioden der Regression und der Einsicht in die Realität folgen also rascher aufeinander als in der Einzelanalyse.

Wenn man die Bewegungen der Gruppe als Ganzes betrachtet, beobachtet man, daß untereinander zusammenhängende und fortwährend umstrukturierte Übertragungsprozesse ständig vorhanden sind und wiederholt gedeutet werden, bis die Hauptaspekte der Übertragungen jedes Gruppenmitglieds bewußt erlebt und systematisch durchgearbeitet worden sind. In diesem erweiterten Sinn werden die Bedingungen der Übertragungsneurose und ihrer Auflösung erfüllt. Da das Erlebnis in der Gruppe jedoch nicht identisch mit dem in der Einzelanalyse ist, sollte man genauer von einem Gruppenäquivalent der Übertragungsneurose sprechen.

Sowohl das verwirrende Problem der Übertragungsneurose als auch die allgemeinere Frage, ob man die analytische Gruppenpsychotherapie mit gutem Gewissen als eine Form der psychoanalytischen Methode bezeichnen kann, lassen sich meiner Ansicht nach lösen, wenn wir sie im Licht der Veränderungen betrachten, die in dem sich erweiternden Bereich der Psychoanalyse eingetreten sind. Die »kulturelle« Richtung sieht inzwischen den Therapeuten mehr als eine reale Person an, die auch in der Behandlung eine aktivere Rolle spielt (Ackerman [1954]). Die »interpersonale« Richtung erkennt soziale Erfahrungen über die der Familie hinaus, wie sie die Gruppensituation bietet, immer mehr an. Die klassische Psychoanalyse hat diese Gedanken nicht akzeptiert, aber sie sind nicht ohne Einfluß auf sie geblieben. Die Gruppenpsychotherapie ist wegen ihrer unvermeidlichen Bindung an die Realität gezwungen, diese Veränderungen durchzuführen.

Aber von viel größerer Bedeutung ist für die analytische Gruppenpsychotherapie die Entwicklung der psychoanalytischen Ich-Psychologie gewesen, die der Rolle des Ichs in der Persönlichkeitsstruktur ganz neues Gewicht gegeben hat. Das Ich, das als »ein auf einem Elefanten reitendes Kleinkind« angesehen wurde, wird mittlerweile als diejenige Instanz anerkannt, die die menschliche Erfahrung synthetisiert. Daraus folgt, daß das Ich zur wichtigsten Zielscheibe analytischer Deutung wurde. Anna Freud (1936), die Wortführerin der psychoanalytischen Ich-Psychologie, hat demgemäß die Definition der Übertragung so erweitert,

daß sie nun nicht nur die infantilen libidinösen und aggressiven Triebe umfaßt, sondern auch die Übertragung der Abwehr. Es ist also klar, daß man auch von einer Regression der Abwehr sprechen kann, denn die Vergangenheit wird ebenso indirekt durch die Abwehrmechanismen wiederhergestellt, wie sie direkt heraufbeschworen wird durch das erneute Durchspielen der Triebe, die die Abwehr nähren, die wiederum dazu dient, die Triebe abzuwehren.

Diese begrifflichen Entwicklungen bieten den von der Gruppe her bestimmten Abwandlungen der klassischen analytischen Methode den theoretischen Unterbau, der es ermöglicht, sie in den Rahmen der Psychoanalyse im eigentlichen Sinn einzubauen. In ihrem Licht erscheint die analytische Gruppentherapie im Prinzip als eine legitime Form psychoanalytischer Behandlung.

#### *Die Wirkung der Gruppentherapie auf die Praxis der Einzelbehandlung*

Die Erfahrung mit psychoanalytischen Therapiegruppen hat mir im allgemeinen die ungeheure therapeutische Brauchbarkeit der Grundprinzipien der Psychoanalyse bestätigt. Die Praxis hat Hinweise darauf gegeben, daß bestimmte taktische Modifikationen, die für die Gruppe notwendig sind, möglicherweise auch in der Einzelbehandlung mit Gewinn angewendet werden könnten. Dies wurde in den frühen Versuchen der kombinierten Gruppen- und Einzelbehandlung ausprobiert. Die Anzeichen waren positiv. Zum Beispiel störten weder der Umstand, daß die menschlichen Schwächen des Therapeuten stärker zutage treten, noch die stückweise Analyse der Übertragung der Patienten in der Gruppe die Entwicklung der Übertragungsneurose in den Einzelsitzungen oder die Analyse derselben (Sager [1960, 1964]).

Außerdem schien die weniger zurückhaltende Haltung, die die Spontaneität des Gruppentherapeuten vermehrte, dem Einzelanalytiker auch mehr Spielraum für kreative therapeutische Aktivität zu geben. Seit damals haben wir diese Techniken in der Einzelanalyse angewendet, mit Ausnahme von Fällen, in denen sie kontraindiziert waren. Man muß sich natürlich vor Augen halten, daß diese etwas größere Freiheit den Therapeuten nicht von der Aufgabe entbindet, seine Spontaneität in den Grenzen seiner analytischen Neutralität zu halten. Seine persönlichen Gefühle, Erlebnisse und Phantasien haben weder in der Gruppe noch in der Einzelanalyse einen Platz. Unter den veränderten Bedingungen wird

sich der Therapeut seiner Gegenübertragungen deutlicher bewußt, und es ist weniger wahrscheinlich, daß er ihnen ausweicht oder sie verdrängt. Trotzdem muß er weiterhin selbst mit ihnen ringen und vermeiden, den Patienten mit ihnen zu belasten (wer braucht sie?). Sein Auftauchen als reale Person betrifft nur seine »Seinsweise«. Im übrigen ist sein Dasein als »realer Mensch« besonderen Situationen vorbehalten, z. B. wenn er auf menschliche Weise auf Krankheit oder Tod in der Familie des Patienten oder in seiner eigenen Familie reagiert. Nach meiner eigenen Lektüre der Werke von Freud, Fenichel, Glover usw. meine ich, diese Einstellung sei im Sinne der ursprünglichen psychoanalytischen Technik, wenn auch nicht immer buchstäblich gemäß der heutigen Lehre.

Die gleiche weniger starre Haltung scheint dem Patienten eine bessere Möglichkeit zu geben, die »wirkliche Beziehung« zum Analytiker zu entwickeln (Greenson [1967]), die das Gefühl des Isoliertseins beim Patienten herabsetzt und seine Analyse-Sitzungen in engere Verbindung zu seinem Leben in der Außenwelt bringt. Das sind wertvolle Hilfen.

Es ergeben sich auch heilsame Wirkungen, wenn der Therapeut sein nunmehr aktiveres Vorgehen bei seinen Einzelpatienten anwendet. Es setzt die Wahrscheinlichkeit herab, daß er zu lange darauf wartet, daß der Patient, der schließlich seine infantilen Wünsche abwehrt, sich ihrer von selbst bewußt wird. Der Therapeut stellt sich schärfer auf den Widerstand ein, und er macht rascher den ersten Schritt, um die Aufmerksamkeit des Patienten auf das zu lenken, was in ihrer Beziehung vor sich geht. Seine Gewohnheit, streng auf das zu achten, was der Patient mit seinen Kommunikationen »tut«, kommt ihm zugute. Die Verschiebung der Betonung vom Inhalt auf den Prozeß scheint eine engere Beziehung zwischen Einsicht und Veränderung zustande zu bringen. Außerdem trägt die stärkere Betonung des Charakterwiderstands dazu bei, daß man bis zu den Wurzeln der seelischen Struktur gräbt, und das erleichtert Veränderungen dieser Struktur.

Schließlich glaube ich, daß man ziemlich viel Zeit spart, wenn man, falls sie für einen bestimmten Patienten nicht streng geboten sind, lange anhaltende Perioden tiefer Regression vermeidet. Es ist z. B. nicht mehr nötig, daß der Patient die endlose Quälerei der Frustration beim Neuerleben seiner infantilen libidinösen Wünsche aushält (dies gilt besonders für präödpale Regression). Ein rascheres Eingreifen in diesen Prozeß bedeutet, daß man den ersten Schritt tut, um dem Patienten zum Bewußtsein zu bringen, was in der Beziehung vor sich geht (dies bedeutet nicht, daß man den Patienten auf intellektuelle Weise tadelt). Die Wirkung vermehrter Aktivität besteht in einer Abkürzung der Zeit, in

der der Patient in seinen Leiden schwelgt. Die verborgene masochistische Befriedigung, die oft durch dieses Leiden verschleiert wird, zeigt Widerstand an und sollte nicht als echtes Wieder-Durchleben mißverstanden werden. Das Wiedererleben ist natürlich wichtig, aber es kann vom Patienten mißbraucht werden und bedeutet an sich noch keinen Fortschritt. Der umformende Faktor in der Behandlung ist die wirksame Übersetzung in der Aktualität erlebter infantiler Gefühle in die Formen der Vergangenheit. Der sensible Therapeut bleibt natürlich flexibel genug, seinem Patienten den Grad und die Dauer der Regression zu erlauben, die für ihn optimal sind, und er vermeidet mit Fleiß die Art von intellektueller Deutung, die zu einem dünnen »Psychiatrie-Spiel« führt.

### *Die Zukunft der analytischen Gruppenpsychotherapie*

Nach meiner Erfahrung hat sich die analytische Gruppenpsychotherapie als eine gründliche und vernünftig wirksame Methode erwiesen, um Neurotiker, Menschen mit Charakterproblemen und viele »Borderline«-Patienten zu behandeln. Je mehr unser Wissen und unsere Erfahrungen zunehmen, desto mehr sollte sie eine immer wirksamere Form der Psychotherapie werden, vorausgesetzt, daß wir nicht zögern, ihre Grundprinzipien den Bedürfnissen der Patienten anzupassen. Die psychoanalytische Methode ist beweglicher, als man bisher erkannt hat <sup>7</sup>.

Zur Zeit scheint die analytische Gruppentherapie von der aktuellen Enttäuschung über die Psychoanalytiker miterfaßt worden zu sein. Die Hoffnung, die Psychoanalyse sei ein Allheilmittel, ist vorbei. Diejenigen, die unbewußt zuviel von ihr erwartet hatten, sind enttäuscht. Wie enttäuschte Kinder sind sie wütend auf den Vater oder die Mutter, deren menschliche Grenzen sie entdeckt haben. Viele dieser Kritiker haben sich ganz von der Psychoanalyse abgewandt und zusammen mit den Konzepten und Techniken, die verändert oder abgeschafft werden müssen, auch die produktiven geopfert.

Es gibt auch realistischere Gründe für die Enttäuschung. Viele Lücken in unserem Wissen sind noch zu füllen, und viele Hypothesen müssen noch geprüft, revidiert oder verworfen werden. Gewiß, diese Grenzen sind nicht unübersteigbar. Die Tatsache, daß die Psychoanalyse als Wissenskomplex sehr schwer zu erlernen ist, erklärt einige Abfälle. Als Behandlungsmethode verlangt sie sehr viel von denen, die sie praktizieren, nicht zuletzt die Fähigkeit, in einer harmonischen Ausgewogenheit von Gefühl und Verstand, Aktivität und Passivität zu arbeiten.

Außerdem ist die Psychoanalyse, wie die meisten großen Beiträge zum Gedankengut der Welt (zum Beispiel Christentum und Marxismus) gerade durch diejenigen, die sie vervollkommen wollten, ein wenig sich selbst entfremdet worden. Einige eifrige Praktiker haben sich so in den »Buchstaben des Gesetzes« vertieft, daß sie den Geist der Psychoanalyse aus den Augen verloren haben. Sie wurden immer kenntnisreicher, aber auch immer starrer. Die Inhaltsanalyse wurde immer genauer, oft auf Kosten des so überaus wichtigen Elements des Menschlichen. Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient, in der allein der therapeutische Prozeß wirksam wird, wurde vernachlässigt. In den Händen solcher Analytiker wurden die Deutungen leicht zu intellektuellen und mechanischen Werkzeugen. Bei anderen wieder haben sie die Tendenz, ungenau bis zur Bedeutungslosigkeit zu werden. Viele der heutigen Kritiker der Psychoanalyse geben dem Begriffssystem und der Methode die Schuld an diesen Mängeln, anstatt ihre Mißbilligung gegen ihren Mißbrauch zu richten.

Ein Fenichel-Zitat mag uns dazu dienen, den Geist ins Gedächtnis zurückzurufen, in dem psychoanalytische Behandlung — und daher auch analytische Gruppentherapie — unternommen werden sollte:

Wir wissen aus der Psychologie der Zwangsneurose, daß es eine Flucht aus der Lebendigkeit der Triebwelt in die Schattenwelt der Worte und Begriffe gibt ... Wir kennen auch eine Flucht in die Gegenrichtung — fort von unangenehmem Wissen in das dunkle Zwielflicht vager Intuition, die dem Intellekt fremd ist ... In einer auf Wissenschaft gegründeten therapeutischen Methode haben diese beiden Arten von Flucht keinen Platz ...

Es gibt erfahrene Analytiker, die den gleichen Fehlern erliegen.

Eine ständige und wichtige Aufgabe des Analytikers liegt darin, einen Kurs zu steuern zwischen der Skylla des Redens, anstatt zu erleben, und der Charybdis des unsystematischen freien Flottierens, das dem Agieren des Patienten entspricht. (1941, S. 4, 5, 6)

Fortgesetzte wechselseitige Interaktion zwischen Gefühl und Verstand, zwischen Einsicht und Erleben (Interaktion in einer Gruppe) wirkt abträglich.

Aber die Unzufriedenheit mit der Psychoanalyse hat auch entschieden konstruktive Folgen gehabt. Neue Arten des Vorgehens sind vorgeschlagen und ausprobiert worden, die man aufgeschlossen, aber kritisch studieren sollte. Es ist nicht notwendig, der Psychoanalyse so ergeben zu sein, daß man Neuerungen kategorisch ausschließt, man braucht auch nicht so begeistert über Neuerungen zu sein, daß man die bewährten Prinzipien und Methoden abschafft, die die Psychoanalyse geschaffen hat. Wir haben allen Grund zu versuchen, sie in die analytische Grup-

penpsychotherapie zu integrieren oder sie mit ihr zu kombinieren, wo immer es angezeigt erscheint.

Die meisten Neuerungen der jüngsten Zeit bergen die Bemühung, von einem intellektuellen Vorgehen loszukommen und auf primitivere Gefühle zurückzugreifen. Das ist zum Teil auf eine Tendenz zurückzuführen, den wünschenswerten Einsatz der Intelligenz mit der Abwehr durch Intellektualisierung zu verwechseln. Aber es besteht auch eine *Notwendigkeit*, einen Weg zu finden, um die sehr starre Abwehr unserer Patienten zu durchbrechen. Intensive »Workshops«, Marathonsitzungen, »Klausurtagungen« und dergleichen haben dies zum Ziel. Das gleiche gilt für die gestaltpsychologischen Techniken zur Erlangung größeren inneren Gewahrseins, besonders eines besseren Körperbewußtseins. Anhänger Wilhelm Reichs versuchen das gleiche durch eine Kombination von Körpermanipulation und Analyse.

Diese Methoden sind bis zu einem gewissen Grad wirksam. Die verdrängten primitiven Gefühle brechen tatsächlich durch, aber wir müssen auf einige Gefahren hinweisen. Die aktuelle Begeisterung fürs Erleben trägt die Züge des Mystizismus, die an Fenichels »dunkles Zwielficht der Intuition« gemahnen. Die Erlebnisse bringen Erregung mit sich, und sie wirken belebend, aber wenn die emotionale »Freiheit« und die erworbene Einsicht nicht bezogen auf die infantilen Konflikte des Patienten *durchgearbeitet* werden, kann keine bleibende Wirkung, keine grundlegende Veränderung im seelischen Apparat eintreten. Aus diesem Grund sollten Patienten, die solche Erlebnisse haben, zugleich an analytischen Gruppen teilnehmen oder in eine Einzelbehandlung gehen, um das Gelernte durcharbeiten. Eine weitere Warnung: Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der neuen Freiheit und dem »Agieren«, das oft die Folge intensiver Gruppenerlebnisse ist. Das Agieren bietet eine hochwillkommene Erlösung von der Angst, aber es hindert die betroffenen Individuen an der Durcharbeitung ihrer infantilen Konflikte. Deshalb besteht die Gefahr, daß das neurotische Verhalten weiterhin erhalten bleibt. Eine dritte Fußangel ist der Umstand, daß diese intensiven Erlebnisse in den Patienten die Hoffnung erwecken, jene vollkommene Vereinigung erreichen zu können, nach der sie sich gesehnt haben (die Wiederherstellung des primären Narzißmus), und daß ihre Omnipotenzphantasien sich verwirklichen könnten. Es ist eine falsche Hoffnung; nur allzu oft verewigt sie die Neurosen, denn die Patienten sind häufig gewillt, den Preis neurotischen Leidens zu bezahlen, wenn sie nur die Hoffnung behalten dürfen, das verlorene Paradies sei wieder zu erlangen. Diese subtile Form des Widerstands muß analysiert werden. Wenn

man diese Fallstricke vermeidet, geben uns die Neuerungen zusätzliche Möglichkeiten, an jene infantilen Triebkräfte heranzukommen, die die Patienten so unablässig abwehren.

Eine ganz andere moderne Art des Vorgehens ist die der Sozial- und Gemeinschaftspsychiatrie, die auf lange vernachlässigten Gebieten Hilfe zu bringen versucht. Anstaltspatienten werden heute in einem Maße erfaßt wie noch nie. Wir müssen jedoch darauf achten, daß man Anstaltspatienten zunächst mit adäquater Therapie vorbereiten muß, bevor man sie eilends wieder in die Gesellschaft zurückbringt. Gruppentherapie ist hier das A und O, und sie wird in immer mehr Institutionen angewandt. Sobald die analytischen Gruppentherapeuten bereit sind, ihre Grundprinzipien den Bedürfnissen dieser Patienten anzupassen, sollten sie in der Lage sein, einen wichtigen Beitrag zu dieser Bewegung zu leisten.

Ähnlich wird schließlich durch die »Gemeinde-Psychiatrie« (community psychiatry) eine Behandlungsmöglichkeit für die Benachteiligten zur Verfügung gestellt. Nothilfezentren, unauffällig-neutrale Behandlungsstellen, die man unverfänglich aufsuchen kann, Versuche, Realitätsbedürfnisse zu befriedigen und Ichstärke aufzubauen, tragen weitgehend dazu bei, ihnen ihren Zustand zu erleichtern. Aber nur zu oft werden emotionale Bedürfnisse nicht befriedigt, weil der höchst wichtige Faktor der zuverlässigen Beziehungen aus dem einen oder anderen Grund nicht geboten wird. Die analytische Gruppenpsychotherapie könnte die Lücke schließen, wenn der Therapeut aus seiner geschützten Lage herausträte und lernte, seine Methode *unbefangen* der Situation anzupassen.

Die Zukunft der analytischen Gruppentherapie birgt nach meiner Meinung ungeheure Erweiterungsmöglichkeiten. Gewiß wird sie bei der zunehmenden Zahl von Patienten aus der Mittelschicht, die wegen ihrer Neurosen und ihrer Charakterprobleme zu uns in die Behandlung kommen, immer wirksamer werden, und dadurch beitragen, das schöpferische und zur Menschenführung geeignete Potential dieser halbvergessenen Bereiche stärker zu aktivieren. Wenn man erst einmal die Flexibilität der Methode erkannt hat, wird sie auch wesentlich zur Besserung der Verhältnisse bei Anstaltspatienten und Benachteiligten beitragen. Ich träume auch davon, daß wir, wollten wir nur einige unserer Techniken bei den relativ Gesunden anwenden, die Verbesserung der Kommunikation erreichen könnten, die in unserer Gesellschaft so sehr gebraucht wird. Alle Schichten verlangen dringend nach Veränderungen auf diesem Gebiet, vom Familienleben bis hin zu internationalen Beziehungen. Dies ließe sich bewerkstelligen durch Programme mit Breitenwirkung in den Schulen und durch die einfache Methode, nur das Hier und Jetzt in



interpersonalen Beziehungen zu deuten und alle Versuche zu vermeiden, die Übertragungen bis zu ihrem Ursprung zurückzuverfolgen. Die analytische Gruppenpsychotherapie könnte in diesem ganzen weiten Bereich von Programmen eine Schlüsselstellung einnehmen. Hoffen wir, daß mit ihr auch immer wieder andere Neuerungen in Wettbewerb treten, denn aus solchen Konflikten gehen Fortschritte hervor.

### *Anmerkungen*

<sup>1</sup> Die Gruppen, an denen meine Hypothesen geprüft worden sind und an denen ich meine theoretischen Schlußfolgerungen ausgearbeitet habe, pflegten sich einmal in der Woche zu Sitzungen zu treffen, die eineinhalb bis zwei Stunden dauerten. Es waren offene Gruppen. Am Anfang, 1937, waren es Kindergruppen, Müttergruppen und Gruppen von Jugendlichen. Etwa von 1945 an waren es überwiegend heterosexuelle Erwachsenengruppen. Mit zunehmender Erfahrung habe ich die Gruppen aus den Patienten, die um private Behandlung nachsuchten oder im Rahmen kleiner Beratungsstellen (guidance clinics), wo nur begrenzte Auswahlmöglichkeiten bestanden, so heterogen wie möglich zusammengestellt. Ich habe versucht, die Patienten nach Alter, Bildungsstand, sozioökonomischem Status, religiöser Herkunft und Berufserfahrung zu mischen, habe aber zu große Abweichungen vermieden, die die Kommunikation zu schwierig gemacht hätten. Sobald der mit diesen Unterschieden verbundene Widerstand analysiert wurde, erwiesen sie sich als anregend für das therapeutische Geschehen. Ich habe bald entdeckt, daß Verschiedenartigkeit der Grundcharaktere sehr wichtig war. Abwehrhaltungen, die für jede einzelne Entwicklungsstufe typisch sind (z. B. analzwanghafte Abwehr), haben die Tendenz, allgemeine blinde Flecken hervorzurufen, so daß sich der Widerstand verstärkt. Alle diagnostischen Kategorien waren vertreten, außer offenen Psychosen oder Psychopathien («Psychopathie» hier, entsprechend der amerikanischen Verwendung, im engeren Sinne, das heißt für a- oder antisoziale Charaktere, gebraucht), aber die meisten Patienten litten unter Neurosen oder Charakterproblemen.

Auf Grund meiner Erfahrungen fing ich auch an, Patienten, die in kombinierter Therapie bei mir oder bei jemand anders waren, zusammen mit denen in eine Gruppe zu tun, die nur in Gruppenbehandlung waren. Ausnahmen von diesen allgemeinen Regeln wurden streng auf der Grundlage klinischer Kriterien gemacht. Ich habe auch nicht gezögert, Patienten in ein und dieselbe Gruppe zu nehmen, die verschieden hohe Honorare zahlten. Die Erfahrung hat gezeigt, daß all diese Unterschiede Wasser auf die Mühle der Analyse brachten.

<sup>2</sup> In den letzten Jahren hat die Tatsache immer mehr Anerkennung gefunden, daß die Schwierigkeiten für Neurotiker und bei Charakterproblemen, wie auch bei Psychotikern dann beginnen, wenn Reize aus der Außenwelt zum erstenmal mit dem primären Narzißmus des kleinen Kindes zusammenstoßen



(H. Glatzer [1962]). Meine eigenen Erfahrungen in der Gruppentherapie bestätigen diese Ansicht.

- <sup>3</sup> Dieses Ziel wird nicht immer erreicht, aber es wird immer angestrebt. Das gleiche gilt natürlich für die Einzel-Psychoanalyse.
- <sup>4</sup> Das heißt den Zustand des primären Narzißmus.
- <sup>5</sup> Z. B. wenn alle auf den Therapeuten wütend sind, weil er auf Urlaub geht, oder wenn orale Gier alle motiviert, ihn zu beschuldigen, er lasse sie Mangel leiden.
- <sup>6</sup> Nach meiner Ansicht ist seine Folgerung ein Produkt seiner Einstellung und nicht der Situation.
- <sup>7</sup> Ich glaube z. B., daß sie sich für Anstaltspatienten abwandeln läßt, die im allgemeinen der klassischen Psychoanalyse nicht zugänglich sind. Dr. H. T. Glatzer und ich haben Gelegenheit gehabt, solche Patienten zu beaufsichtigen und zu beraten, und wir haben festgestellt, daß Anstaltspatienten sehr gut reagieren, wenn man mit Gruppen beginnt, in denen nur die Beziehungen der Patienten untereinander und zum Therapeuten zutage gefördert werden und nur *geringe* Gefühlsmengen geäußert werden, bis die Patienten in engen Kontakt mit sich selbst kommen. Später kann man diese Gefühle und die Verhaltensschemata untersuchen, und schließlich kann man durch die Übertragung auf ihren Ursprung kommen.

#### Literatur

- Ackerman, N. (1954): Some Structural Problems in the Relations of Psychoanalysis and Group Psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 4, 4—131.
- Berne, Eric (1960): Psychoanalytic versus Dynamic Group Therapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 10, 98—103.
- Durkin, H. (1964): *The Group in Depth*, International Universities Press, New York.
- Ezriel, H. (1950): A Psychoanalytic Approach to Group Treatment, *British Journal of Medical Psychology*, 23, 59—74.
- Fenichel, O. (1941): *Problems of Psychoanalytic Technique*, The Psychoanalytic Quarterly, New York.
- (1945): *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, Norton, New York.
- Foulkes, S. H. (1964): *Therapeutic Group Analysis*, Allen and Unwin, London, International Universities Press, New York 1965.
- Freud, A. (1936): *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Freud, S. (1914): *Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten*, *Gesammelte Werke*, Band X.
- (1921): *Massenpsychologie und Ich-Analyse*, *Gesammelte Werke*, Band XIII.
- Fried, E. (1955): Effect of Combined Therapy on Productivity, *International Journal of Group Psychotherapy*, 5, 425.
- Glatzer, H. (1962): Handling Narcissistic Problems in Group Psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 12, 438—455.

- Greenson, R. (1967): *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, International Universities Press, New York.
- Kubie, L. (1958): Some Theoretical Concepts ... Relation between Individual and Group Psychotherapies, *International Journal of Group Psychotherapy*, 8, 3—19.
- Rangell, L. (1954): Psychoanalysis and Dynamic Psychotherapy, *Journal of the American Psychoanalytic Assoc.*, 2, 152—166.
- Sager, C. (1960): Concurrent Individual and Group Psychotherapy, *American Journal of Orthopsychiatry*, 33, 225—241.
- (1964): Interaction and Insight in Combined Treatment. Symposium, *International Journal of Group Psychotherapy*, 14, 403.
- Schwartz, E., und Wolf, A. (1962): *The Psychoanalysis of Groups*, Grune and Stratton, New York.
- Spanjaard, J. (1959): Transference Neurosis in Group Psychotherapy in Psychoanalysis, *International Journal of Group Psychotherapy*, 9, 31.
- Ziferstien, I. und Grotjahn, M. (1956): *Psychoanalysis and Group Psychotherapy*, Progress in Neurology and Psychiatry.

ADOLF FRIEDEMANN

## THEORETISCHE GRUNDLAGEN DER GRUPPENPSYCHOTHERAPIE II

### *Vorbemerkungen*

Wir versuchen hier, unsere über vierzigjährigen Erfahrungen mit Gruppen seelisch kranker Menschen zusammenfassend mit den Grunderfahrungen zu vergleichen, die wir in der Ausbildung von Gruppenpsychotherapeuten, vor allem aber auch mit Selbsterfahrungsgruppen von Studenten und Ärzten und schließlich mit der Gruppenkontrolle (Supervision) von Sozialfürsorgern und Ärzten, die selber Therapiegruppen leiten, gewonnen haben. Wir werden hier nicht die Einzelerfahrungen niederlegen, die wir in einem Menschenalter gesammelt haben und die zu einem großen Teil in stenographischen Protokollen, beziehungsweise Tonbandprotokollen festgehalten worden sind. Dem Thema entsprechend wollen wir vielmehr versuchen, unsere Theorie vorzulegen, die wir aus unseren Erfahrungen für die Grundlagen der Gruppenpsychotherapie aufgebaut haben.

Die Autoren, bei denen wir wesentliche Bestätigungen unserer Theorie gefunden haben, nennen wir in alphabetischer Reihenfolge. An erster Stelle steht hier die psychoanalytische Forschung, die durch Sigmund Freud begründet worden ist und in der wir — alphabetischer Ordnung folgend — den beiden Balint, Paul Federn, Ferenczi, Anna Freud, Heinrich Meng, Oskar Pfister, Paul Schilder und Hans Zulliger persönlich besonders viel zu danken haben. Für die eigentliche Gruppenarbeit haben wir viele ähnliche Gedankengänge bei R. Battegay, Foulkes, Kurt Levin, Moreno, Preuss, Slavson, Lattke, Hinckley und Herrmann, Raoul Schindler und Walter Schindler gefunden, um nur einige wenige zu nennen. Wir dürfen annehmen, daß die Mehrzahl der Leser mit den Arbeiten der genannten Autoren vertraut sind.

### *Wie entsteht — was ist eine Gruppe?*

Eine Gruppe entsteht überall dort, wo Lebewesen zusammentreffen. Im eigentlich menschlichen Sinne besteht eine Gruppe überall dort, wo Menschen sich zusammenfinden, um sich seelisch, geistig, körperlich ab-

zugrenzen und als Gemeinschaft oder Gesellschaft beieinander zu sein. Jeder Mensch ist eine ganze Persönlichkeit und gleichzeitig Teilnehmer einer Gruppe, ob es ihm bewußt ist oder nicht. Bezeichnenderweise bedeutet das lateinische Wort »communis«, das unserem Begriff der Kommune, der Kommunität zugrunde liegt, eine Gemeinschaft, die ursprünglich in Stadtmauern lebte, also sich gegenseitig *cum munibus*, mit Mauern, beschützte.

Die psychotherapeutische Wirkung der Gruppe besteht darin, daß eine Reihe von Einzelwesen mit mehr oder weniger ausgesprochener Ich-Entwicklung sich zusammenfinden, wobei jeder einzelne Teilnehmer zwar erlebt, daß er ein Ganzes ist, daß er aber zum Teil Verpflichtungen und Leistungen mit der Gruppe teilt. Der einzelne Mensch wird in der Gruppe Teil eines neuen Ganzen, dessen Charakter von den Eigenschaften aller Gruppenteilnehmer bestimmt wird. Jedes Ich in der Gruppe nimmt etwas vom andern und gibt etwas her. In der Gruppe besteht also eine ständige Auseinandersetzung zwischen menschlichen Äußerungen, die von einfachen Bewegungsvorgängen über Gemütsbewegungen bis zu sprachlichen und geistigen Äußerungen geht. Diese Äußerungen drücken Strebungen und Haltungen aus, die im Rahmen der Gruppe so angenommen werden, daß jedes Ich etwas von sich hergeben muß. In diesem Beziehungssystem gestaltet sich dann eine Gruppenpersönlichkeit, ein Gruppen-Ich, das sehr weitgehend entwicklungsfähig sein kann, wenn die Gruppendynamik in Fluß bleibt.

### *Das Ich*

Im philosophischen Sinne ist das Ich das Wesentliche in uns, das denken kann und Bewußtsein hat, etwa im Sinne des klassischen Wortes von Descartes »cogito ergo sum« (ich denke, also bin *ich*). Mit anderen Worten, das Ich ist weitgehend mit dem Sein und dem Dasein verbunden.

Im analytischen Sinne ist mein Ich etwas, das mich von allen anderen unterscheidet. Freud hat uns gelehrt, daß dieses Ich und die Ich-Triebe sich erst allmählich aus der reinen Triebhaftigkeit des Es entwickeln. Der Säugling kommt als Triebwesen auf die Welt. Sein Ich entwickelt sich bekanntlich erst im dritten Lebensjahr. Bezeichnenderweise ist die menschliche Gruppenfähigkeit erst dann gegeben, wenn dieses Ich weitgehend selbständig geworden ist. Jedenfalls wird erst dann eine Teilnahme des Ichs in dem Sinne wirksam, daß sich ein Ich-Bewußtsein im Gruppenbewußtsein bilden kann. Mit der Ich-Entwicklung erlebe ich

auch bewußt mehr und mehr meine Eigenschaften und Fähigkeiten, »Ich« bekomme mehr und mehr die Möglichkeit, Eindrücke und Erfahrungen denkend zu verarbeiten und Handlungen bewußt auszuführen.

Im Gegensatz zur wesentlich autoritären, vom Über-Ich her beeinflussten Gruppenerziehung und Gruppenpädagogik werden mehr und mehr Haltungen, Äußerungen und Erlebnisse vom Ich her kontrolliert und vor das Bewußtsein gestellt. Mit der Gruppe beurteilt jeder die Möglichkeiten und Folgen der Äußerungen des Ichs. Das Gruppen-Ich stellt dann auch die Regeln auf, die für den einzelnen in der Gruppe verbindlich sind.

Die Ich-Bildung in der Gruppe ist also weitgehend mit der Ich-Findung, dem Ich-Bewußtsein und der weiteren Ich-Bildung des Einzelwesens verknüpft. Während bei der pädagogischen Gruppe ein Erziehungsziel verfolgt wird, das der Ich-Bildung dient, wird in der Berufsgruppe ein Arbeitsziel erstrebt.

In der Psychotherapiegruppe finden wir hingegen die Ausrichtung auf ein gruppengemäßes Ideal seelischer Gesundheit. Wir verdanken Paul Federn neben Sigmund und Anna Freud die wesentlichen Einsichten in die Ich-Entwicklung. Sie sind für mein persönliches Ich ebenso gültig wie für die Gruppe. Entsprechend der ursprünglichen Konzeption der Entwicklung der Ich-Strebungen dient das Ich ebenso wie eine ganze Reihe von Triebregungen zunächst der Selbsterhaltung, während die eigentliche Triebbefriedigung weitgehend von Partialtrieben besetzt wird, die sich schließlich in der Sexualorganisation ausdrücken. Freud stellt fest, daß das Ich auf jeder Stufe bestrebt sein wird, »mit der seinerzeitigen Sexualorganisation im Einklang zu bleiben und sie sich einzuordnen«. Die Störung der Entsprechung von Ich und Libido in verschiedenen Entwicklungsphasen, so sagt Freud, »könnte ein pathogenes Moment ergeben«. Wir müssen uns hier versagen, auf die wichtigen Zusammenhänge der Libidotheorie und des hauptsächlich von Ferenczi entwickelten Narzißmus einzugehen. Bedeutsam ist es, daß die Abwehrmechanismen, die Anna Freud besonders ausgearbeitet hat, sich als solche in der Gruppe nachweisen lassen. Jeder analytisch Geschulte wird ohne Schwierigkeiten auch das Auftreten und die Verarbeitung der zehn von Anna Freud aufgestellten Abwehrmechanismen feststellen können (Verdrängung, Regression, Reaktionsbildung, Isolierung, Ungeschehenmachen, Projektion, Introjektion, Wendung gegen die eigene Person, Verkehrung ins Gegenteil und schließlich Sublimierung oder Verschiebung des Triebzieles).

## Erlebnis der Ich-Grenzen

Zum Verständnis der Entwicklung des Gruppen-Ichs hat uns wesentlich die Ich-Psychologie von Paul Federn geholfen. So wie das Ich im Traume erwacht, wiederholt es im Sinne von Federn die Entwicklung in der »Orthriogenese«. Orthria bedeutet die Morgenzeit, die Morgenstunde, also die Zeit der Morgendämmerung. Mit Orthriogenese möchte Federn das sich täglich wiederholende rasche Durchlaufen der Ich-Entwicklung aus dem unbewußten Tiefschlaf zum Traum, über das vorbewußte Dämmern zum Klarbewußtsein bezeichnen. Der Erwachende erlebt, bis er zum vollen Ich-Bewußtsein kommt, noch einmal die ganze Entwicklung seines Ichs. Das Traum-Ich ist nur teilweise erwacht, die Ich-Grenze ist entsprechend der jeweiligen Traumgrenze gegeben. In den Träumen erleben wir »das Ich zwischen gestern und heute«, wobei wir aber nur »bis zu einem früheren Lebensstadium aufgewacht« sind. Wir träumen uns also in die Kindheit zurück. Das Ich ist nach Paul Federn »die dauernde oder sich wiederherstellende psychische Kontinuität von Körper und Seele in bezug auf Raum, Zeit und Kausalität«.

Phänomenologisch wird das Ich als Einheit vom Individuum gefühlt und gewußt. Es besteht ein dauernder, sich immer wiederherstellender Zusammenhang des körperlichen und seelischen Erlebens in Zeit, Raum und Kausalität.

Im metapsychologischen Sinne *beruht* das Ich auf gleichzeitiger und zusammenhängender psychischer Besetztheit von Funktionen und Inhalten, die körperlich und seelisch fortlaufend voneinander abhängen.

Dabei ist das Ich sowohl Träger des Bewußtseins (ich selbst) als auch Gegenstand des Bewußtseins (doch wohl im Sinne des bereits zitierten cogito ergo sum). Zum Vorbewußten bestehen Zusammenhänge in der Besetzung, die das Ich bilden. So wird das Ich nur so weit aktuell, als die zum Ich zugehörigen Funktionen und Inhalte voll besetzt sind. Mit dem Erwachen wird das aktuelle Ich bewußt, »das übrige Ich wird zum zusammenhängenden Funktionieren bereitgestellt, es wird ich-haft vorbesetzt«.

Nehmen wir nun die Entwicklung einer Gruppe, so können wir wohl im Federnschen Sinne auch von einer »Orthriogenese« des Gruppen-Ichs sprechen. Wie im Traum und in der Traumdeutung werden ja gerade bei der Gruppenbildung alle möglichen Symbolverschiebungen und mehr oder weniger zensierte Äußerungen deutlich, wie sie uns aus der analytischen Traumforschung gegenwärtig sind. Im Verhältnis zur Außenwelt

verhält sich die Gruppe wie das individuelle Ich, wenn sie gut funktioniert. Wir zitieren aus Federn:

Die Ausdehnung der das Ich ausmachenden Besetztheit wechselt; ihre jeweilige Grenze ist die Ich-Grenze und wird als solche bewußt. Wird eine Ich-Grenze stark libidinös (also mit der Triebenergie von Liebe und Haß) gefühlt und nicht inhaltlich gewußt, so entsteht ein Gefühl von Ekstase, wird sie nur gewußt und nicht gefühlt, so werden die Eindrücke entfremdet.

Wir unterscheiden subjektiv ein körperliches und ein seelisches Ich-Gefühl und dementsprechend seelische und körperliche Ich-Grenzen. Was von außen an eine seelische und Ich-Grenze herantritt, hat volle Realität. Diese Realität ist gefühlsmäßig evident und unterliegt keiner weiteren Prüfung. Die Realitätsprüfung ist nur dadurch ermöglicht, daß sich neue Ich-Grenzen erfahrungsgemäß gebildet haben, welche von dem gleichen Eindruck nicht mehr von außen getroffen werden. In der Psychose und im Traum haben aber die später erworbenen Ich-Grenzen ihre Besetzung verloren, respektive nicht wiedererhalten. Deshalb wird die Realitätsprüfung mangelhaft oder sie fehlt völlig. Was nur an eine seelische Ich-Grenze von außen herantritt, hat psychische Realität (Offenbarung). Was nur an eine körperliche oder eine seelische Ich-Grenze herantritt, ist unheimlich, wenn erfahrungsgemäß das gleichzeitige Herantreten an mehrere Ich-Grenzen zu erwarten war.

Werden libidinös besetzte seelische Ich-Grenzen nicht von Objekten, sondern von anderen libidinös besetzten Ich-Grenzen getroffen, so entstehen die Affekte, respektive werden solche ausgelöst; ihre Qualität wird von der Art der libidinösen Besetzung solcher Ich-Grenzen bestimmt.

Die Ich-Grenzen werden dem gesunden Menschen nur schwer bewußt. Die Bewußtmachung gelingt ihm nur unter Übung, Anleitung und besonderer Selbstkontrolle, wie Federn es nennt, durch »Introspektion der ver-ichten Daten«. Das heißt, etwa im Gegensatz zum Nicht-Ich, im Gegensatz zur Extraspektion der Außenwelt, die eigenen Erlebnisse im Einschlafen, im Affekt und ganz allgemein an der Grenze der Bewußtseinsschwelle festzustellen. Genau in gleicher Weise läßt sich auch das Gruppen-Ich nicht nur durch Extraspektion dazu erziehen, die äußere Wirklichkeit wahrzunehmen. Vielleicht kommt es auch bei geeigneter Schulung durch Introspektion zum Erlebnis der inneren Geistigkeit und der Gruppen-Ich-Grenzen.

### *Kathexis*

Ein weiteres Problem, das durch die Erweiterung der Ich-Grenzen aufgeworfen wird, erklärt sich ganz allgemein in dem Phänomen der von Federn entdeckten sogenannten Ego-Kathexis (kathekein: hinkommen, hingelangen), das heißt der eigentümlichen Kanalisierung der Ob-

jekt-Libido im Ichbereich. Hier wird, in der Einzelanalyse wie in der Gruppe, sowohl das Angsterlebnis wie der Versuch der Angstbewältigung besonders deutlich. Vor allem wird das Bewußtsein des »Ich habe Angst« für das »Ich bin« geweckt, wobei in der Gruppe die Realangst vor dem Gruppenverrat zunächst versteckt wird. Die Triebangst hingegen wird als flottierende Angst so lange deutlich, als der Gruppe keine eigentliche gemeinsame Aufgabe und kein gemeinsames Ziel erwächst.

Diese Gruppenangst kann sich bekanntlich auf verschiedenste Art und Weise äußern. Überlassen wir die Gruppe zunächst sich selber, wird ihre Erwartung enttäuscht, daß der Gruppenleiter nun auch der Gruppe die Aufgabe zu stellen hat, so äußert sich diese Angst in Projektionen der inneren Unzufriedenheit auf die Umwelt, meist auf den Gruppenleiter, der nun auch mehr oder weniger feindselige Äußerungen über sich ergehen lassen muß. Je nach dem Wirken der Zensur werden diese Aggressionen mehr oder weniger spielerisch, humorvoll, ironisch oder empört geäußert. Der Gruppenleiter hätte als Gruppenvater Urvaterfunktionen erfüllen sollen; täte er dies, so würde er die Gruppe »infantilisieren«.

In den Spielregeln der Gesellschaft hat sich das Zusammentreffen freier Gruppen längst so entwickelt, daß die konventionelle Angstabwehr ein unverbindliches Gespräch in Gang bringt. Dabei informiert man sich über Einzelheiten des Partners, die später bei Auseinandersetzungen benutzt werden können. Den allzu Unbefangenen und Vertrauensseligen können sie in unangenehme Situationen bringen; das heißt, bereits im Beginn der Gruppenbildung entwickelt sich eine Auseinandersetzung, die je nach der Eigenart der Beteiligten und je nach der Gruppenatmosphäre Erfahrungen der freundlichen oder feindlichen Begegnung wiederholt, die bereits in früheren Erlebnissen gesammelt wurden. So spiegeln sich in der Gruppenauseinandersetzung schon sehr früh Erlebnisse wider, die uns genau wie in der Einzelanalyse gestatten, die prägende Rolle des Familienromanes und »kathektisch« die Ich-Entwicklung im Sinne Sigmund Freuds in gewandelter Form immer wieder zu erkennen.

Die Auseinandersetzung, »die Machtkämpfe«, können sich als Herrschsucht, Eifersucht, Bewältigungsdrang und, mehr und mehr verfeinert und sozialisiert, als Wettbewerb, Leistungsehrgeiz, aber auch — bei Einsicht in diese Machtkämpfe — in Einordnungswillen, Diszipliniertheit und Zurückhaltung oder freiwillige Übernahme von Verpflichtungen zeigen, um der Gruppe in ihrer Entwicklung weiterzuhelfen. Im Rahmen der Gruppe wird immer wieder die Triebauseinandersetzung deutlich. Triebstrebungen wie Suche nach Liebe, Geborgenheit und



Sicherheit müssen sich mit dem Über-Ich der Gruppe und darüber hinaus mit dem Gruppen-Ich und seinen egozentrischen Tendenzen auseinandersetzen. Der konventionelle Rahmen für das Beieinandersein und Miteinandersein von Menschen, die einander noch nicht »kennen«, ist gegeben. Das Bedürfnis nach Erkennen, indem man einander kennenlernt, ist bei jedem Gruppenmitglied vorhanden. Jedes Gruppenmitglied hat auch bereits mehr oder weniger Erfahrung damit, daß der andere nicht ohne weiteres bereit ist, seine eigenen Ansprüche gegenüber den Ansprüchen der anderen zurückzustellen. Es ist die Erfahrung des Kleinkindes mit seinen übermäßigen Ansprüchen, die schlechterdings nicht erfüllbar sind, und sind die Erfahrungen, die jeder Mensch schon in früher Jugend mit seinen kindlichen Versuchen gemacht hat, eigene Ansprüche über die Grenze des Möglichen hinaus in der Familie durchzusetzen.

Solche Wünsche stoßen auf den Widerstand der Umwelt. Dieser Widerstand kann sich verschieden äußern. Er geht von ungenügender Erfüllung des Triebanspruches über die Versagung bis zur immer stärkeren Äußerung von Gegenansprüchen, die schließlich bis zur Feindseligkeit führen können.

Jedes Gruppenmitglied hat also bereits Erfahrungen, die ihm Grund genug geben, zunächst in unsicherem Pendeln zwischen Zuwendungsbedürfnis und Erwartungsangst zu schwanken. Gerade das Erlebnis dieser eigentümlichen Initialangst führt in der Gruppe, die sich entwickelt — ähnlich wie beim Erwachen nach dem Schlaf —, zu einem eigentümlichen Zustand der Dämmerung, in der sich ganz allmählich das Gruppen-Ich entwickelt. Dieser Zustand wird auch dann deutlich, wenn die Gruppenbeziehungen über eine gewisse Zeit »eingeschlafen sind« und nun bei erneutem Zusammentreffen der Gruppenmitglieder wieder erwachen. Hier besteht eine Möglichkeit, die Federnsche Orthriogenese wieder zu erleben. Die Ich-Psychologie von Paul Federn bietet eine theoretische Aufhellung nicht nur des Ich-Geschehens beim einzelnen Menschen, sondern auch für die Entwicklung des Gruppen-Ichs und Gruppen-Bewußtseins.

Von hier aus öffnet sich auch ein Zugang zu einem Phänomen, das Sigmund Freud in der Einzelanalyse bereits als »Treffen im Unbewußten« bezeichnet hat. In der Gruppe äußert sich dieses merkwürdige Treffen in der Eigentümlichkeit, daß Probleme auftauchen, die einzelne Gruppenmitglieder sehr persönlich angehen, ohne daß sie es geäußert hätten.

## *Die Interdependenz in der Gruppe*

So entsteht in der Gruppe sehr bald eine Abhängigkeit aller Gruppenmitglieder von allen anderen und eine Abhängigkeit eines jeden Gruppenmitgliedes von allen anderen Gruppenmitgliedern und eine Abhängigkeit aller Gruppenmitglieder von jedem einzelnen. Diese Abhängigkeit wird um so deutlicher, je mehr der Gruppenleiter sich zurückhält, seine natürlich gegebenen und ebenso natürlich von den Gruppenmitgliedern provozierten Führungsansprüche zurückstellt und sich auf die Rolle des Sachverständigen beschränkt, auf die wir noch später zurückkommen werden. So entwickelt sich in der Gruppe eine deutliche Interaktion mit Beziehungsbildungen. Diese Beziehungen treffen sich wieder sehr ausgesprochen im Unbewußten. Moreno bezeichnet es als *Tele*, ein Begriff, den er in Analogie zu dem Phänomen der *Ein-fühlung* als *Zwei-fühlung* bezeichnet. Die verschiedenen *Ich*e treffen sich in der Gruppe in ihren Affekten, in ihren Strebungen. Hier kommt es nun zur Auseinandersetzung des *Ich*s, der bewußten Kontrolle eigener Möglichkeiten, der Triebverarbeitung. Die Triebhaftigkeit der Gruppe wird in einer therapeutischen Gruppe genau so verarbeitet wie die Triebhaftigkeit eines jeden Gruppenmitgliedes. Auch für die Gruppe gilt die Freudsche Forderung, aus »*Es*« muß »*Ich*« werden.

In diesem Sinne werden in der Gruppe die Beziehungsbildungen mit Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand erlebt. Über die Einsicht kommt es zur *Katharsis*, zur Reinigung und Bereinigung der Affekte, zur Kontrolle an der Realität, der Wirklichkeit der lebenden und toten Dinge, also im weitesten Sinne der Objekte, mit denen wir uns auseinanderzusetzen haben. In dieser Erkenntnis wächst auch die Selbsterkenntnis, die Einsicht in die Wirklichkeit im Sinne unserer Wirkungsmöglichkeiten. Es kommt zu den Möglichkeiten, miteinander für gemeinsame Ziele zu wirken, also einander beizustehen. Es ist aber auch die Möglichkeit gegeben, einander gegenseitig zu helfen in der Erkennung der Objektwelt, also in der Realitätskontrolle, in der auch immer wieder die Entwicklung der *Ich*-Bildung weiter kontrolliert werden kann.

*Soziogramm und Aktogramm.* Der geübte Gruppenleiter, so sagt man, erkenne diese Zusammenhänge ohne weiteres. Indessen empfiehlt es sich, den Gruppenverlauf durch Protokollanten verfolgen zu lassen. Hier ist einmal das Tonband von Nutzen. Es wäre ideal, wenn sich hier nicht der Mensch mit Fehlleistungen einschalten müßte. In die Abschrift schleichen sich unmerklich Hör- und Tippfehler ein. Das Tonband hat

auch keine Augen, die Phänomene festhalten könnten, die hier wichtig sind. So haben wir uns angewöhnt, wo es immer möglich ist, den Verlauf im »Aktogramm« und im »Soziogramm« festzuhalten.

Die Vorbereitung des Aktogramms hält von fünf zu fünf Minuten oder auch häufiger fest, wie im Gruppenverlauf sich die einzelnen Personen zueinander verhalten und welche Gruppen sich gebildet haben. Das vorbereitende Soziogramm gibt die Abfolge im Gruppengespräch. Die Ausarbeitung kann unter Benutzung des Tonbandes erfolgen.

Wir haben uns eine einfache Verlaufsaufzeichnung zu eigen gemacht. Bei Gruppenbeginn stellen wir uns eine numerierte Liste der Sitzordnung auf.

Beispielsweise 1. Weiss, 2. Blum, 3. Schmidt usw., das heißt, neben 1 sitzt 2, neben 2 sitzt 3, usw. Da wir gerne die Gruppenteilnehmer in einen Kreis setzen, so ergibt sich auch schon bei spontaner Sitzwahl nicht nur ein Nebeneinander, sondern auch ein Gegenüber. Wenn es irgend möglich ist, so warten wir, bis jemand aus der Gruppe das Wort nimmt. Das Tonband nimmt die Sprache und auch die Nebengeräusche auf, wir notieren die Reihenfolge in der Numerierung. Das würde also heißen 1,3,9,2,9,2,9,4! 1 beginnt, 3 antwortet 1, 9 setzt das Gespräch fort. Aus dem Tonband können wir dann entnehmen, was gesprochen wurde. Wir schlüsseln dann auch die Haltungen auf nach *V*(orschlägen), *M*(einungsäußerungen), *Z*(ustimmung), *W*(iderspruch), *A*(uskunft), *B*(elehrung), — freundliche Zuwendung, . . . feindliche Zuwendung, — neutrale Zuwendung, —.—.—. ambivalente Zuwendung, ( ) Spannung, ~~~ Entspannung, ↑ Ablenkung, ↔ Solidarität, →→ Aggressivität, ? = Frage, Befragung, fraglich.

Diese Zeichen sind notwendig, da häufig auch ohne sprachlichen Ausdruck in Haltung, Gestik und Mimik Äußerungen erfolgen. Sprachliche Äußerungen kann man im Protokoll durch ein Stichwort festhalten, das sich ja auch im Tonband findet.

Handelt es sich um bewegte Gruppen, Spielgruppen oder um ein Psychodrama, so können wir die Aktogramme von fünf zu fünf Minuten fixieren.

*Technik und praktische Beispiele*<sup>1</sup>. In der Technik der klinischen Gruppenpsychotherapie ist es zweckmäßig, möglichst über zwei bis drei

<sup>1</sup> Aus: Friedemann, Gruppenpsychiatrie, in: Handbuch der Neurosenlehre, hrg. von Frankl, v. Gebattel, J. H. Schultz, München u. Berlin 1959, S. 357—360. Wir danken dem Verlag Urban und Schwarzenberg für die freundliche Genehmigung des Abdrucks.

Hilfspersonen zu verfügen. Ein bis zwei dienen als Assistenten, die zunächst stumm bleiben, aber soweit auf die Gruppe eingespielt sind, daß sie gegebenenfalls als »Hilfs-Ich« der Gruppe dienen können. Ferner sollte jede Gruppe auch einen unbeteiligten Protokollführer haben. Die Durcharbeitung der Gruppenprotokolle über Wochen und Monate zeigt sehr deutlich die Entwicklung der einzelnen Gruppenteilnehmer. Sie ermöglicht aber vor allem auch Prognosestellungen und gibt wichtige therapeutische Anhaltspunkte.

Wir stellen während der Gruppentherapie in Verwertung einer Anregung Morenos ein Aktogramm auf. Dieses Aktogramm erleichtert uns die soziographische und dynamische Kontrolle der Gruppe, es zeigt aber auch sehr empfindlich störende Einflüsse auf. Die drei hier abgebildeten Aktogramme geben beispielsweise drei Etappen aus der Entwicklung einer Gruppe schwieriger internierter Jugendlicher im Psychodrama wieder (Abb. 1, 2, 3). Wir sehen die Teilnehmer, wie sie sich von fünf zu fünf Minuten während des Gruppenspiels zueinander motorisch verhalten. Ludwig hält sich innerhalb der Gruppe zurück. Er ist schwach begabt, aber körperlich verhältnismäßig stark entwickelt. Er ist empfindlich, gibt sich aber keine Blöße. So sucht er sich instinktiv im therapeutischen Gruppenspiel entmenslichte oder unlebendige Rollen, die sich auf unkomplizierte Handlungen beschränken und nuancierten, sprachlichen Ausdruck oder die dazugehörige Tätigkeit vermeiden, etwa Hund, Pferd, Schiff oder Wasser.

Im ersten der wiedergegebenen Aktogramme sehen wir, wie die ganze Gruppe verhältnismäßig gut aufeinander eingelebt und eingespielt ist. Ludwig hält sich stark zurück, nimmt aber doch am Gruppenleben teil. Im zweiten Aktogramm hat er jede Zurückhaltung aufgegeben. Er lebt sehr aktiv in der Gruppe. Im dritten Aktogramm fällt er plötzlich völlig aus. Was war passiert? Ludwig war in der Zwischenzeit 14 Tage zu seinen Eltern beurlaubt worden. Sie waren durch die gute, affektive Entwicklung ihres Buben geblendet und versuchten in dieser Zeit — ohne unser Wissen — den armen Ludwig versuchsweise in eine höhere Schule zu schicken. Hier war der Junge plötzlich in Auseinandersetzungen gleichaltriger, aber begabter Schüler geraten, wobei er sehr rasch zum Prügelknaben wurde, eine typische Situation Schwachbegabter in Normalklassen! Die Rolle dieses Prügelknaben behielt er auch noch im folgenden Gruppenspiel, in dem er zum Mauerblümchen wurde. Er muß nun erst wieder neu in die ursprüngliche vertraute Gruppe hineinwachsen.

Dieser Fall beleuchtet nicht nur den Wert des Aktogrammes, sondern

auch die Verantwortung des Gruppenpsychotherapeuten! Er muß jeden einzelnen kennen, sein tägliches Erleben verfolgen und seine Eigenheiten so weit erfassen, daß er klar sieht, wann er den Kranken aus der Gruppenpsychotherapie in Einzeltherapie nehmen muß und welche Therapieform dann indiziert ist! Die Gruppenpsychotherapie darf grundsätzlich — wie wir schon betont haben — nicht die Einzelbehandlung ausschließen, so wie auch nicht einzusehen ist, warum man nicht einen individuell behandelten Patienten einer Gruppe anschließen könnte. So ist es möglich, auch in der Gruppe wirklich die Tiefen zu erarbeiten. Der Gruppenpsychotherapeut muß also nicht nur die Fähigkeit haben, Einzeltherapie zu treiben, sondern auch über die Zeit verfügen, die dazu nötig ist.

Ihrer Natur nach tendiert jede klinische Behandlung auf Heilung und Entlassung des Kranken. Dabei entwickeln sich nun in der klinischen Gruppenpsychotherapie Bindungen und Übertragungen, für deren

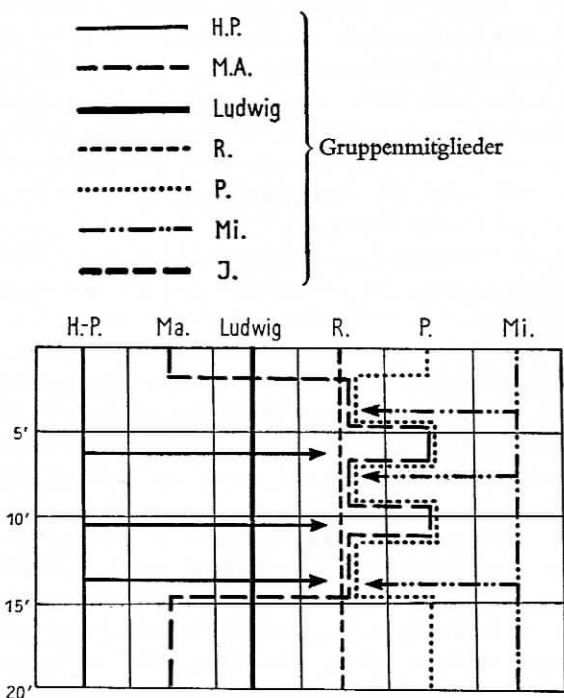


Abb. 1. Ludwig bleibt ruhig an seinem Platz. Es kommt aber in *Blick* (←—) und *Sprache* (←) zu Verbindung mit Mi. und H-P.

Lösung es je nach dem Charakter der Klinik verschiedene Möglichkeiten gibt.

Wir haben im allgemeinen immer die Gruppenpatienten auf die gleiche Abteilung gelegt. Die »Visitengruppe« ist so am einfachsten zu handhaben. Andere ziehen es vor, Kranke aus verschiedenen Abteilungen nur für die Gruppenpsychotherapie zusammenzustellen. Man wird hier dem Genius loci folgen.

Die entlassungsfähigen Kranken lassen sich dort, wo der Wechsel groß ist, gut aus der ursprünglichen Therapie entbinden.

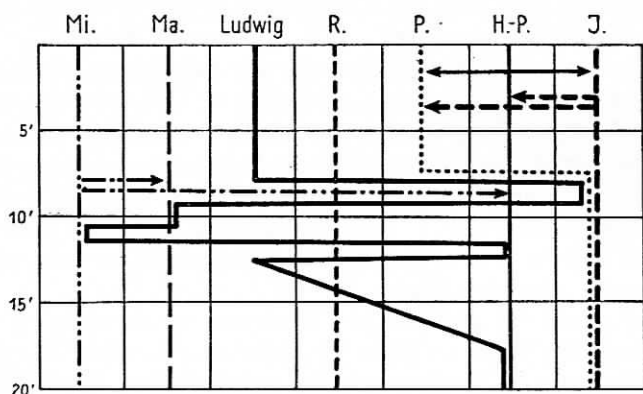


Abb. 2 Ludwig nimmt aktiv teil am Gruppenspiel, läuft hin und her und setzt sich mit jedem einzelnen Gruppenmitgliede lebhaft auseinander.

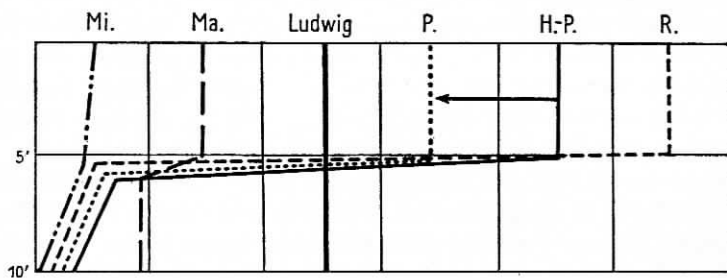


Abb. 3. Jetzt ist Mi. die Kernfigur der Gruppe. Seine führende Rolle war schon am 28. XI. (Abb. 1) angedeutet. Ludwig bleibt jetzt völlig unbeteiligt. Er steht außerhalb der Gruppe mit Ausnahme einer einmaligen Sprachzuwendung von H.-P. im Beginn.

Bei chronisch Kranken bewährt sich auch gelegentlich der Übergang aus der ursprünglichen Therapiegruppe in eine aus klinischen und poliklinischen Patienten gemischte Gruppe, die von einem mit der Abteilungssituation vertrauten, aber nicht an sie gebundenen Arzte bis zur Auflösung weitergeführt wird.

Wir haben indessen — von selteneren Ausnahmen abgesehen — die besten katamnästischen Erfahrungen mit den sozial geheilten Kranken gemacht, die sich völlig aus dem Klinikverbände lösen konnten.

Ist poliklinische oder soziale Betreuung noch nötig, so ist die Öffnung einer rein ambulanten Gruppe vorzuziehen. Dafür sprechen gerade die Alkoholikergruppen nach den Erfahrungen in der Trinkerfürsorge und an den »alcoholics anonymous«.

Wir verfügen auch über Erfahrungen mit Aufspaltung der Einzeltherapie und Gruppenpsychotherapie zwischen verschiedenen Therapeuten. Eine solche Behandlung ist aber nur möglich, wenn diese Therapeuten selbst eine gute Gruppe bilden, in der ein durchaus sauberes menschliches und therapeutisches Verhältnis zueinander besteht, in der Aggressivität, Empfindlichkeitsreaktionen, Komplexhaltungen und narzißtische Bedürfnisse und die Äquivalente des Geschwisterneides untereinander herrscht und verarbeitet werden.

Nicht zuletzt soll aber auch der Therapeut — wie wir schon weiter oben ausgeführt haben — fähig sein, jederzeit neben dem Aktogramm das Soziogramm der Gruppe analytisch zu beherrschen. Häufig läßt sich schon aus dem Aktogramm erkennen, wann es nötig wird, Kernfigur, Könner, Mauerblümchen und Gegenpart mit Anhängern oder Mitläufern auszuwechseln.

In der Therapiegruppe gilt es sehr oft, gewisse »geprägte« und erstarrte krankhafte Haltungen situationsbedingt aufzulösen. Der Gruppenpsychotherapeut hat die Aufgabe, die Situation so zu leiten, daß der einzelne Gruppenteilnehmer seine relative seelische Plastizität so erlebt, daß sie im Rahmen seiner Möglichkeiten für den Aufbau einer verantwortlichen, wirklichkeitsangepaßten Persönlichkeit ausreifen kann.

Die Frage, wie man eine Therapiegruppe in der Klinik zusammenstellt und wie häufig sie zusammentreten soll, hängt von verschiedenen Bedingungen ab. Es ist — wie wir schon wiederholt betont haben — zweckmäßig, jede Visite so zu gestalten, daß sie gruppenpsychotherapeutisch fruchtbar wird. Dabei ist es unserer Erfahrung nach nicht nötig, diese Visiten immer wieder über lange Zeit hinaus auszudehnen. Immerhin ist es wichtig, daß der Arzt einer Patientengruppe von 15 bis 20 Kranken jeweils am Vormittag und am Nachmittag etwa eine halbe Stunde wid-

men kann. Besondere Gruppen werden den Bedürfnissen und Möglichkeiten entsprechend gebildet. So verbrachten wir früher während der Insulinbehandlung den Vormittag während der ganzen Insulinkur — soweit irgend möglich — mit den Kranken und den kontrollierenden Pflegern zusammen. Die Insulingruppe erhält durch die Anwesenheit des Arztes ein besonderes Gefühl der Geborgenheit. Es entsteht im analytischen Sinne eine sehr fruchtbare Situation, in der der Arzt mit seinen Kranken die Regressionsperioden vor und nach dem Koma und das Todeserlebnis des Komas selbst teilt. Er wird als besonders schützende Persönlichkeit, als bergende Mutter und auch als Vater-Imago erlebt.

Um dieses Erlebnis besonders fruchtbar zu gestalten, sollte der Insulinarzt mit dem behandelnden Arzte identisch sein. Er darf nicht zu häufig wechseln. Im Anschluß an die Gruppenpsychotherapie erhält man so während des Versinkens in das Insulinkoma und nach dem Erwachen sehr häufig wesentliche Anhaltspunkte, die es gestatten, in der Einzelbehandlung die Angst des Kranken und vor allem seine Isolierung im Komaerlebnis durchzuarbeiten. Wir haben darüber 1937 zusammen mit Humbert berichtet.

Wir können uns dann bei der Protokollauswertung die verschiedenen Haltungen nach Inhalt und Ablauf zusammenstellen. Darüber hinaus haben wir aber auch wesentliche Anhaltspunkte für die Aufhellung der Gruppendynamik gewonnen, auf die wir nun zu sprechen kommen.

Die Auseinandersetzung der einzelnen Menschen mit der Gruppe ist so vielgestaltig wie die Äußerungen menschlichen Daseins. In dieser Vielgestalt läßt sich indessen ein Grundprinzip finden, das wir schematisch in einem Quadrat darstellen können, in dem sich das Parallelogramm der Gruppenkräfte abzeichnet. Einige Gruppenforscher, darunter E. Teirich und vor allem Raoul Schinder, haben sich durch die Ergebnisse der Tierpsychologie leiten lassen. Sie stellen den Alphas Typus als führendes Gruppenglied auf, dem die anderen Typen bis zum Omega als niedrigstem untergeordnet sind. Der Mensch ist indessen im Gegensatz zum Tier ein Wesen, das über Anpassungsmöglichkeiten körperlicher und seelischer Art verfügt, wie sie keinem anderen Lebewesen gegeben sind. Das zeigt sich nicht nur biologisch in der Möglichkeit, in sämtlichen Zonen der Erde von den Polen bis zum Äquator heimisch zu werden. Das zeigt sich nicht nur in der Möglichkeit, zu Lande, zu Wasser, in den Tiefen der Erde, in der Luft und im Weltraum Anpassungsmöglichkeiten zu finden. Es zeigt sich auch in der Elastizität seiner seelischen Struktur, die sich den verschiedensten Lebens- und Gesellschaftsansprüchen einzufügen weiß.



## Die Familie als Urgruppe

Wir gehen in unserer theoretischen Grundlegung von der Urgruppe aus, die sich zwischen Mutterwesen und menschlicher Frucht entwickelt. Wir möchten das Prinzip schlagwortartig formulieren: *Im Anfang war die Aggressivität*. Der ursprüngliche Sinn der Aggressivität ist ja nicht ohne weiteres Feindseligkeit. Er bedeutet vielmehr ein Zueinandergehen. Erst aus der Art der Verarbeitung des Zueinandergehens kann sich entweder innerste Verschmelzung zu neuem Leben, zur Gemeinsamkeit entwickeln, oder Zerstörung, Feindseligkeit und Haß. Wir stoßen hier auf die alte Erfahrung des Empedokles, der im fünften Jahrhundert vor Christus als Grundkräfte allen Daseins Liebe und Haß annahm, also das, was der späte Freud noch als die beiden Gegenspieler des Lebenstriebes und Todestriebes, der *Philia* und des *Neikos*, des zersetzenden, feindseligen Streites annahm.

Aus dieser Aggressivität entsteht, biologisch gesehen, alles Leben. Es ist die Aggressivität der Samenzelle, die die Eizelle befruchtet. Es ist diese befruchtete Zelle, die zunächst in Einheit mit der Mutter das neue Leben des Kindes gestaltet. Ursinn der Gruppe ist in diesem Sinne die Entstehung der Dualität, die Auseinandersetzung des Werdenden mit dem Seienden in der Dyade. Es gestaltet sich etwas in dem bereits Gestalteten. Je mehr das, was sich da gestaltet, selbst gestaltet wird, um so mehr tritt es in Auseinandersetzung mit dem, was bereits Gestalt hat.

Die erste Auseinandersetzung im menschlichen Sinne findet also zwischen der Mutter, dem Wesen, das bereits seine Gestalt hat, und dem Kinde, dessen Gestalt sich bildet, statt. Schließlich kommt es mit der Geburt zur körperlichen Lösung. Die seelische Einheit bleibt jedoch zunächst noch als Dyade bestehen. Das Kind erlebt die Umwelt, also auch die Gruppe, in der die Mutter steht, zunächst nur durch die Mutter. Allmählich wird auch die Mutter zum Umweltspartner, zum Gruppenpartner des Kindes, das sich nun mehr und mehr selbständig macht. Es entwickelt sich ein Beziehungssystem, das zwar mehr oder weniger stabilisiert ist, aber nicht statisch bleiben kann. Eine feste Statik würde dem Leben nicht gerecht. Leben heißt sich entwickeln. Entwicklung ist immer dynamisch, das heißt, ist immer Ausdruck eines Kräftespiels. In der Urgruppe zwischen Mutter und Kind wirkt sich dieses Kräftespiel in den Auseinandersetzungen aus, die durch Wachstum, Entwicklung und Anpassung des Kindes an die Umwelt gegeben sind. In dieser Auseinandersetzung kennt die Mutter, auch ohne daß sie es weiß, also ohne daß es ihr bewußt wird, zunächst alle Bedürfnisse des kindlichen Partners. Im

Mutterleibe sind diese Bedürfnisse, wie wir sagen, hormonal geregelt. Es besteht eine gegenseitige Steuerung der Wachstums- und Entwicklungsmöglichkeiten des Embryos und eine Steuerung der Entwicklungs- und Wachstumsansprüche, die dieser Embryo an den mütterlichen Organismus stellt. Je selbständiger der kindliche Organismus wird, je eigenständiger, um so stärker macht er zwar seine Ansprüche geltend, um so weniger können aber alle Ansprüche noch vom Mutterorganismus befriedigt werden. Es kommt zur Ausstoßung der Frucht, zur Geburt eines zunächst noch hilflosen, aber doch in seinen Daseinsmöglichkeiten bereits eigenständigen Wesens. Die Unselbständigkeit dieses eigenständigen Wesens wird zunächst noch von dem mütterlichen Partner bemerkt. Auch hierzu braucht es noch keine Bewußtseinsqualitäten. Instinktiv spielen die Gruppenbeziehungen weiter. Das Kind stellt Ansprüche, die die Mutter als Kernperson befriedigt. Diese Wahrnehmung und Befriedigung der kindlichen Ansprüche geht so weit, daß die Mutter auch jetzt noch weitgehend auf die Zuwendung zu anderen Gruppenmitgliedern in der Gesellschaft, in der sie lebt, verzichtet.

Mit zunehmender Verselbständigung der Eigenständigkeit des Kindes wachsen nun die kindlichen Anforderungen an die Kernperson über das Erfüllbare hinaus. Auch die Mutter muß wieder mehr und mehr den Ansprüchen ihrer sozialen Umwelt (etwa Ehemann, ältere Kinder oder vielleicht sogar neuer Nachwuchs) nachgeben. Das Kind wird über die Versagererlebnisse, soweit es sie verarbeiten kann, dazu geführt, seine Selbständigkeit zu benutzen, um weitere Gruppenbeziehungen aufzubauen.

Die natürliche Gruppe, in die Mutter und Kind gestellt sind, ist die Familie. Wir wissen nun, daß die Entwicklung der Familie zu typischen Gruppenauseinandersetzungen führt. Der Vater muß seine eigenen Beziehungen zur mütterlichen Kernperson zurückstellen, wenn sich im mütterlichen Organismus ein neuer Mensch entwickelt. Die Dyade der jungen Ehe weitet sich zur Triade, ein wesentlicher Anteil der Mutterpersönlichkeit entzieht sich dem Vater. Wie sich die Beziehungen zwischen den Gatten gestalten, hängt weitgehend davon ab, wie Partner und Gegenpartner — hier also Mutter und Vater — sich zueinander verhalten. Oft ist der väterliche Gegenpart nicht imstande, die Enttäuschung zu verarbeiten, die dadurch entsteht, daß er im Hinblick auf das keimende Leben nicht mehr allein in seinen Ansprüchen an den Partner bleibt. Der Partner ist selbst Kernperson für das werdende Kind; die Möglichkeit, dem Ehemann die Erfüllung seiner Ansprüche so zu gewähren, wie es noch der Fall war, ehe das keimende Leben im Mutterschoß

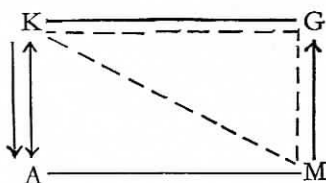
erwacht ist, ist beeinträchtigt. So kommt es zu Eifersuchtsregungen und zu Reaktionen, die im entthronten Kernpartner, bei dem zum Gegenpart gewordenen Vater, leicht Erfahrungen wecken, wie er sie etwa selbst als enttäushtes Kind oder enttäushtes Geschwister hat machen müssen. Es kommt also zu Reaktionsbildungen bis zu mehr oder weniger feindseligen Gefühlen, die die eheliche Gemeinschaft und später auch die Familiengemeinschaft beeinträchtigen können. Überwiegt indessen das Bewußtsein eines gemeinsamen Zieles bei Part und Gegenpart, so wird es möglich, daß beide das tun, was man von einer reifen Ehe verlangt: Sie wirken, jeder mit seinen Möglichkeiten, für das gemeinsame Wohl der sich bildenden Familie und finden einander wieder dort, wo sie sich ergänzen können, ohne das gemeinsame Wohl der Triade durch Eifersucht zu stören.

Bei Vergrößerung der Familie — wenn wir bei unserem ursprünglichen Schema bleiben — kommt es nun dazu, daß jeweils das ältere Kind durch das jüngere aus der nächsten Nähe der Auseinandersetzung mit der Mutter hinweggedrängt wird. Hat der väterliche Gegenpart nicht die Möglichkeit, hier seine Gruppenrolle als harmonisierender Faktor zu erfüllen, so kommen die älteren Kinder aus der Rolle der engen Anhänger der Familiengruppe mehr und mehr in die Rolle der stummen Mitläufer. Sie stellen scheinbar keine Ansprüche mehr und verhalten sich als Mauerblümchen in der Tetrade wie unaufgeforderte Tänzerinnen bei einem Ball. Die Bindungen an die ursprüngliche Gruppe lockern sich. Sie flottieren oder wenden sich bei mangelhafter Beanspruchung durch den Gegenpart anderen Partnern zu.

In dieser Lockerung liegt psychohygienisch eine für unser Lebensschicksal entscheidende Möglichkeit. Würden wir etwa in unserer Familiengruppe so fest verankert werden wie Part und Gegenpart, so wäre der Fortbestand der Familie durch Erstarrung gefährdet. Wir kennen als Psychotherapeuten die schweren Kontaktstörungen bis zur Eheunfähigkeit, die dort auftreten, wo die Bindung an Eltern und Geschwister zu einer unauflöslichen Dualunion geführt hat, also zu einer Einheit, die zwei Partner einer Gruppe so eng aneinander gebunden hat, daß sie für weitere seelische Beanspruchung nicht mehr frei sind. Solche »Verklumpungen« gefährden — wie jeder Sachverständige weiß — häufig in unseren Therapiegruppen den Gruppenbestand und die Arbeitsfähigkeit der Gruppe und sogar ihren Bestand, wenn der Sachverständige nicht rechtzeitig diese Gefahr erkennt.

Wir sind von der Familie als Urgruppe ausgegangen. Wir erkennen aber in dieser Entwicklung der Urgruppe bereits eine Dynamik, die sich

in allen menschlichen Gruppenbildungen immer wieder erneut zeigt. Wir haben einmal im Schema, das wir zeigen werden, die Kernpersönlichkeit K.



Diese Kernpersönlichkeit — es muß nicht immer die Mutter sein — sammelt um sich eine Gruppe von Anhängern A. Es ist der Kernpersönlichkeit nicht möglich, alle Ansprüche zu erfüllen, die die Anhänger an sie stellen. Es kommt zu Enttäuschungen. Eine Reihe der Anhänger treten in den Hintergrund als Mitläufer (M) der Gruppe. Sie wenden sich entweder enttäuscht direkt an den Gegenpart (G), der vielleicht ihre Ansprüche besser erfüllen könnte, oder treten früher oder später in andere Gruppen ein. Während bei den Mitläufern die affektiven Valenzen frei werden, um sich je nach Gelegenheit wieder mit der Kernpersönlichkeit zu verbinden oder mit dem Gegenpart, oder auch mit beiden, haben sie also auch die weitere Möglichkeit, frei zu werden für neue Gruppenbildungen. Die Beachtung dieser Gruppenordnung ist von schicksalhafter Bedeutung für die einzelnen Gruppenmitglieder. Hat die Kernperson die Möglichkeit, sich mit ihrem Gegenpart zu einem Gruppenverhältnis zusammenzufinden, so wird das Lebensprinzip, der Eros, die Philia, die Gruppe zusammenhalten. Die Anhänger haben die Möglichkeit, ihre unbefriedigten Ansprüche am Gegenpart zu befriedigen. Der Gegenpart hat die Möglichkeit, auch die Gruppenteilnehmer, die die Gruppe nicht mehr brauchen, freizugeben oder dort, wo sie als Mauerblümchen ihre Ansprüche nicht anzumelden wagen, zu berücksichtigen. Kernperson und Gegenpart haben dann die Möglichkeit, nicht nur selbst hilfreich bei der Entwicklung der Gruppe zu sein, sondern sie haben auch eine weitere Möglichkeit, jeweils im Rahmen der Gruppe oder außerhalb erfahrene Menschen einzuschalten, die die Gruppe als Experten (E) beraten.

Entscheidend für den Wert des Experten ist sein Sachverständnis und seine innere Beherrschung der erkannten Sachverhalte. In diesem Sinne muß der Leiter einer Psychotherapiegruppe, der Sachverständige, nicht nur die Gruppendynamik und den Gruppenstoff, sondern auch sich selbst beherrschen. Hier gelten die gleichen Grundregeln, wie sie für den Psychoanalytiker selbst aufgestellt werden müssen.

Für jeden Menschen aber gilt die Tatsache, daß Gruppenbeziehung und Gruppenüberwachung um so besser gelingt, je besser der Sachverständige ausgebildet ist, je besser er seine Funktion erfüllen kann. Er braucht Einsicht, Selbstkontrolle, Kenntnis und Verarbeitung der Übertragung, Gegenübertragung und der Abwehrmechanismen. Der gute Sachverständige wird aber seine Tätigkeit so ausüben, wie Heinrich Meng es dem guten Analytiker empfiehlt, nämlich mit Takt, den jede menschliche Beziehung nötig hat, mit der Kontaktfähigkeit, ohne die ein Aufbau menschlicher Beziehungen gar nicht möglich ist, und mit der nötigen Distanz, die uns die Achtung vor dem Mitmenschen und seinem persönlichen Erleben auferlegt. Nehmen wir dazu die Erkenntnis, dem ewigen Wiederholungszwang von Leben und Tod, wie Freud es nennt, unterworfen zu sein, so wird auch im Rahmen der Gruppendynamik eine bessere Beherrschung von Libido und Destrudo, von Philia und Neikos, von Aufbau und Abbau eine immer bessere Entwicklung der Gruppe ermöglichen.

Wir werden nicht zu überheblicher Gottähnlichkeit verleitet werden, sondern uns im Rahmen menschlicher Freiheit den Gesetzen einsichtig beugen, denen der Mensch, wie alle Lebewesen auf dieser Erde, unterworfen bleibt.

## DIE ARTEN DER GRUPPENPSYCHOTHERAPIE UND IHRE KLINISCHE ANWENDUNG

### *Einführung: Die Bedeutung der Spezifität*

Theorie und Praxis bestätigen den Grundsatz, daß die Wirksamkeit der Psychotherapie bedingt ist durch ihre Eignung für die nosologischen Voraussetzungen und die spezifischen ätiologischen und psychodynamischen Faktoren, die bei dem Patienten festzustellen sind, mit dem man es zu tun hat. Unterschiedlose Anwendung irgendeiner Technik bei Patienten, für die sie nicht geeignet ist, kann für sie nur mit einem Mißerfolg und für den Therapeuten nur mit Frustration enden. Um diesen Grundsatz zu veranschaulichen, können wir die übliche Einteilung der Patienten in drei größere allgemeine Kategorien verwenden: Psychoneurosen, Charakterstörungen und Psychosen (die man als eine besondere Form von Charakter- oder Ichstörungen ansehen kann), wo man jeweils eine entsprechend geeignete Therapie anwenden muß.

Der Autor hat im Lauf seiner Erfahrung festgestellt, daß Fälle von ausgeprägter klassischer Psychoneurose, bei denen die in der psychoanalytischen Behandlung erzeugte Übertragungsneurose das Hauptwerkzeug der Therapie ist, für Gruppen nicht zugänglich sind. Auf Grund der geteilten oder vielfältigen Übertragung läßt sich in einer Gruppe nur ein begrenztes Maß an libidinöser Übertragung auf den Therapeuten erreichen, das nicht genügt, um die virulenten ödipalen und inzestuösen Strebungen, mit denen solche Patienten in die Behandlung kommen, zu entwirren oder aufzulösen. Außerdem wirkt gerade die Dynamik der Gruppeninteraktion dem entgegen. Die unvermeidliche Tatsache, daß der Therapeut seine Aufmerksamkeit teilen muß, und die Unterbrechungen durch andere Gruppenmitglieder verhindern bei allen eine regressive Katharsis. Dadurch wird die Auflösung des psychoneurotischen Syndroms blockiert. Ferner muß im Verlauf der Behandlung einer echten Psychoneurose die Zielperson der Übertragung (der Therapeut) die Regression nähren, indem sie passiv bleibt und fast gar nicht reagiert. Das ist in Gruppen nicht möglich, denn selbst wenn der Therapeut diese Rolle angemessen spielt, reagieren andere Patienten und manchmal die Gruppe als Ganzes auf den, der etwas mitteilt. Wenn dies geschieht,

werden Katharsis und Regression unterbrochen, weitere Regression wird verhindert, und der Patient wird außerdem frustriert.

Alle Arten von Psychotherapie, über die in diesem Abschnitt berichtet wird, gründen sich auf die Psychologie Freuds (nicht auf seine Technik). Wir akzeptieren Freuds Formulierungen über das Unbewußte, die infantile Sexualität, die ödipalen Phänomene und die topologischen Formulierungen von Es, Ich und Über-Ich. Aber wegen der Art von Patienten, denen wir heute in der modernen Gesellschaft begegnen, besonders in den USA mit ihrem anderen Charakter, der auf die veränderten Rollen von Vater und Mutter und die geübte größere Nachsicht gegenüber Triebverwirklichungen zurückgeht, waren wir gezwungen, die therapeutischen Verfahren zu verändern. Sonst hätten wir keine Wirkung erzielen können.

Das erste Projekt intensiver Behandlung in kleinen Gruppen durch das, was später als »Gruppentherapie« und danach als »Gruppenpsychotherapie« bekannt wurde, hat der Autor 1934 in der führenden gemeindeeigenen Child Guidance Clinic des Jewish Board of Guardians begonnen. Im Anfang wurde diese Arbeit mit Mädchen und Jungen in der Latenzperiode, die primäre Verhaltensstörungen zeigten, durchgeführt. Dieses bescheidene Projekt erweiterte sich bald so, daß es Patienten aller Altersstufen und aller klinischen Kategorien umfaßte. In den folgenden mehr als sechsunddreißig Jahren haben wir bei mehr als 4000 Patienten eine Reihe von Variationen der ursprünglichen Idee eingeführt und ausprobiert. Die Notwendigkeit dieser Variationen wurde uns durch die pragmatische Entdeckung aufgedrängt, daß manche Patienten auf die ursprüngliche Technik (Aktivitäts-Gruppentherapie) nicht reagierten. Um diese Patienten zu beeinflussen, mußten also abweichende Verfahren eingeführt werden. Wir haben daher die Anordnungen und Techniken abgewandelt; von diesen neuen Formen mußten manche wieder aufgegeben werden, während andere sich für *spezifische* Patiententypen als wirksam erwiesen. Diese Prüfungen und Untersuchungen haben eine Anzahl spezifischer Methoden ergeben, die das Alter der Patienten, klinische Erwägungen und die für jeden Patienten geeignete »Tiefe« der Behandlung berücksichtigen.

Die entwickelten Techniken der *Gruppenbehandlung* sind folgende: *Für Erwachsene und Jugendliche:* Beratung, lenkende Therapie (guidance), analytische Psychotherapie, para-analytische Psychotherapie, pflegende Psychotherapie (psychonursing), auf das Kind zentrierte »group guidance« (Gruppenführung, Führungsgruppen) von Eltern, koordinierte »Familietherapie« und »Vita-erg-Therapie« für hospitalisierte Psychotiker. *Für Kinder:* Aktivitäts-Gruppentherapie, Aktivitäts-Interview-Therapie, Spieltherapie und Übergangsguppen.

Bevor wir darangehen, diese verschiedenen Arten von Gruppenpsychotherapie zu beschreiben, die wir entwickelt haben, um den individuellen Bedürfnissen der Patienten nach dem Alter, dem Geschlecht, den Lebensrollen und den klinischen Voraussetzungen gemäßen Methoden zu entsprechen, müssen wir die Verschiedenheiten der psychotherapeutischen Mittel aufzeigen, die heute praktisch verwendet werden.

Um die »Tiefe« der therapeutischen Bemühung, wie die spezifischen Bedürfnisse eines Patienten sie erfordern, zu unterscheiden, müssen wir drei deutlich unterschiedene Ebenen skizzieren, die gewöhnlich allein oder manchmal auch gleichzeitig verwendet werden, wie es der Fluß der therapeutischen Inhalte angezeigt erscheinen läßt. Diese drei Ebenen haben wir *Beratung* (counselling), *guidance* (lenkende Therapie, Führung) und *Psychotherapie* genannt.

### *Beratung, »guidance« und Psychotherapie*

Die Begriffe »Beratung« und »guidance« werden angewandt auf Einzel- oder Gruppenmaßnahmen, wo es um Schwierigkeiten in der sozialen Anpassung und ihre Lösung geht, also um kognitive Gebiete und zielgerichtete Anstrengungen, im Unterschied zu intrapsychischen Problemen und Konflikten, die eine grundlegende Lösung und einen Umbau der Persönlichkeit erfordern. Bei den Erstgenannten haben wir es nur mit Oberflächenschichten der Persönlichkeit zu tun, und im Mittelpunkt unserer Aufmerksamkeit stehen situationsbedingte Schwierigkeiten, mit denen ein Individuum vielleicht nicht allein fertigwerden kann. Bei diesen Formen der Therapie hat man mit Menschen zu tun, die nicht auf eine radikale innere Veränderung hinarbeiten können (oder müssen). Häufig wird eine solche Arbeit fälschlich als Psychotherapie bezeichnet, wenn es sich auch in Wirklichkeit um Beratung oder Guidance handelt.

*Beratung* (counselling). Ein Berater kann ein ausgebildeter Psychotherapeut sein oder auch nicht. Er hilft dem Ratsuchenden, eine Lösung der Schwierigkeit, die ihn beunruhigt, zu finden oder zu akzeptieren. Das kann durch Erklärung (im Unterschied zu Einsicht) oder Rat erreicht werden. Der Berater handelt aktiv, wenn er auch gewöhnlich die Regel jedes guten Lehrens befolgt, daß der Lernende (in diesem Fall der Ratsuchende) soweit wie möglich selbst seine Schlüsse ziehen sollte.

Dieser Prozeß kann entweder im Rahmen einer Zweiersituation oder in einer Gruppe vor sich gehen, aber der Berater muß sich darüber klar sein, daß *Gruppenberatung* bei weitem schwieriger und manchmal sogar unmöglich ist. Das ist auf den Umstand zurückzuführen, daß bei der Be-



ratung Probleme besprochen werden müssen, die bestimmte Einzelmenschen betreffen, denn es wäre wohl schwierig, eine Reihe von Menschen mit genau den gleichen Problemen zu finden, abgesehen natürlich von Dingen wie ehelichen oder vorehelichen Unstimmigkeiten, Familienleben, Eltern von Kindern mit speziellen Schädigungen oder Krankheiten, Problemen der normalen Anpassung im Jugendalter, manchen Arten von Delinquenten usw.

*Guidance* (lenkende Therapie, Führung). Bei der *Guidance* andererseits werden nicht nur pragmatische Probleme und ihre Lösung betrachtet, sondern es werden auch in begrenztem Maß (und vielleicht oberflächlich) Einstellungen und Gefühle freigelegt und betrachtet. Aber die zugrundeliegenden Motivationen und ihre Ursachen werden nicht, wie in der Psychotherapie, an die Oberfläche geholt. Die Entscheidung für Beratung oder *Guidance* wird bestimmt durch die Stärke des auftretenden Affekts, durch die Frage, wie lange das Problem schon besteht und durch die zum Syndrom gehörenden Elemente. Manche Probleme einzelner Menschen entstehen aus Ursachen jenseits der Ich-Funktionen; sie beinhalten starke Gefühle, die in der Psyche entwickelt werden. Schwierigkeiten mit dem Vermieter z. B. können durch Beratung gelöst werden, aber Beratung kann bei der Lösung von Unstimmigkeiten zwischen Ehepartnern kaum wirksam werden. Die in den beiden Arten von Beziehungen enthaltenen emotionellen Ladungen sind sehr verschieden und erfordern verschiedene Arten der Behandlung. Es ist klar, daß *Guidance* ein viel länger andauernder und auch tiefer gehender Prozeß ist als Beratung.

Gruppen helfen beim Prozeß der *Guidance* und beschleunigen ihn, besonders dann, wenn die Probleme der Gruppenmitglieder ähnlich oder gleich sind, denn während der intellektuellen und emotionalen Interaktion aktivieren und katalysieren die Gruppenmitglieder jeweils die Kommunikationen der anderen; sie dienen einander auch als Beispiele. Ein weiteres Element ist das der Verallgemeinerung; man entdeckt nämlich, daß andere in den gleichen Schwierigkeiten stecken; dadurch werden der Makel der Einzigartigkeit und Gefühle der Wertlosigkeit und der Schuld bei jedem herabgesetzt.

Ein Berater braucht nicht klinisch ausgebildet zu sein, aber die der *Guidance* eigenen Erfordernisse bedingen, daß der Leiter einer »*guidance group*« (Führungsgruppe) eine akademisch ausgebildete Person mit Erfahrung in Psychotherapie sein muß. Zwischen Psychotherapie und *guidance* besteht eine deutliche Ähnlichkeit, aber die beiden Methoden unterscheiden sich sehr stark in bezug auf Intensität und Tiefe.

Anders als Beratung und guidance, die darauf abzielen, mehr oder weniger vorübergehende Probleme zu lösen, die das Individuum beunruhigen, ist die Psychotherapie darauf abgestimmt, innere Verformungen der Persönlichkeit zu beseitigen, deren Folgen die Fehlanpassungen des Patienten sind. Ihr Grundziel ist, die psychischen Kräfte, die im Einzelmenschen wirksam sind, neu zu gewichten. Sie strebt dies weitgehend durch eine Regression auf frühere Entwicklungsstadien an — dadurch bringt sie die traumatischen Ereignisse im Leben des Patienten ans Licht. Der Patient muß sie dann im Licht reiferer Einsichten und realistischerer Emotionen ersatzweise noch einmal erleben. Die Bedeutung dieses Prozesses liegt in der Entbindung von aufgetauter Angst, Schuldgefühlen und Feindseligkeit, die das Individuum bedrücken und die es in erster Linie treiben, sich in eine Behandlung zu begeben. Die verdrängten Gefühle und Verwirrungen, die frühere Traumata erzeugt haben, äußern sich im späteren Leben in einer Vielfalt von Symptomen, die die Psychotherapie mit der Wurzel beseitigen will.

Die verdrängten Erinnerungen und Gefühle werden durch regressive freie *Assoziation* wiedererweckt, die man in der Beratung und guidance vorsichtig verhindert, da die Spannungen, die sie hervorruft, im Rahmen jener Maßnahmen nicht *durchgearbeitet* werden können. Die freie Assoziation erweckt unweigerlich die Schmerzen und Leiden, die der Patient in der Vergangenheit erlebt hat, zu neuem Leben, und die Abwehrmechanismen des Ichs, die man in der Beratung und guidance unberührt läßt oder nur wenig berührt, werden in der Psychotherapie angegriffen, was die Hauptquellen der Widerstände sind. Die Aufgabe insbesondere der psychoanalytischen Psychotherapie ist daher die Analyse dieser Widerstände; infolgedessen werden Angst, Schuldgefühle und Feindseligkeit mobilisiert. Da die wahre Persönlichkeit des Patienten ans Licht gebracht wird, fördert der Psychotherapeut ihr Wiedererscheinen und verwendet sie als nützliche Helfer im therapeutischen Prozeß.

Der Verlauf der Therapie ist mit viel Ambivalenz und Widerstand beladen; der Patient schwankt hin und her zwischen positiver und negativer Übertragung, Mitteilung und Schweigen, Vertrauen und Mißtrauen, Offenheit, Täuschungsmanövern und Vermeidungsverhalten. Dies alles muß als Produkt bewußter und unbewußter Bedürfnisse und Ursachen durchgearbeitet werden. Die Patienten durchlaufen Stimmungsumschwünge zwischen Jubel und Niedergeschlagenheit, Unterwürfigkeit, Feindseligkeit, Aggression, Expansivität und Gleichgültigkeit. Diese

müssen beobachtet und in ihrer Bedeutung verstanden werden. Dies alles dauert sehr lange, viel länger als guidance und noch viel länger als Beratung. Ein Großteil der Zeit wird mit der Entwicklung einer positiven Übertragung zugebracht, damit die Patienten sich geborgen genug fühlen, um sich offenbaren zu können. Diese Beziehung ist stark von sexueller Libido gefärbt. Der Therapeut wird mit großer libidinöser Bedeutsamkeit ausgestattet und kann zum Sexualobjekt oder Sexualziel des Patienten werden. Während in der echten Psychoanalyse der Grad der Regression auf die präödiipale und die prägenitale Phase das höchste Maß erreicht, werden die Haltungen des Patienten in jeder wirklichen Psychotherapie durch diese irrationalen, infantilen Strebungen getönt<sup>1</sup>.

In den letzten drei Jahrzehnten ist die Psychoanalyse insofern modifiziert worden, als sie jetzt auch die gleichzeitige Behandlung einer kleinen Zahl vorher ausgewählter Patienten in kleinen Gruppen umfaßt<sup>2</sup>. Ein Großteil der interpersonalen Dynamik und der persönlichen Reaktionen, die bei allen kleinen Gruppen von Menschen vorkommen, erscheinen auch in Therapiegruppen oder werden dort modifiziert, während andere ausschließlich in Therapiegruppen auftreten, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 1: Die Dynamik von nichttherapeutischen und therapeutischen Gruppen

Ohne Therapie	Mit Therapie
Interaktion	Interaktion
Gegenseitige Stimulation	Gegenseitige Stimulation
Intensivierung	Intensivierung
Induktion	Induktion
Neutralisierung	Neutralisierung
Totaler Kompromiß	Teillösung von Konflikten
Identifikation	Identifikation
Angleichung	Keine Angleichung
Integration	Keine oder teilweise Integration
Motivationen	Motivationen
Kollektive Impulse	Genesung
Kohäsion	Keine Kohäsion
Synergie	Individuation

Die Unterschiede in den auf die Entwicklung und auf die Erziehung wirkenden Einflüssen von nicht-therapeutischen Gruppen im Unterschied zu therapeutischen Gruppen erscheinen in Tabelle 2.

Tabelle 2: Expansive und einengende Einflüsse von nichttherapeutischen und therapeutischen Gruppen

Ohne Therapie		Mit Therapie	
Expansiv Selbstaussdruck	Einengend Gruppeninduzierte Angst	Expansiv Status	Einengend Gruppenkohäsion
Kreative Bemühungen	Interindividuelle Drohungen	Annahme	Homoerotik
Sozialer Umgang Unterdrückung Sublimierung	Antipathien Rivalitäten	Freiheit Sicherheit Wiederherstellung	
Identifikation	Antagonismus	Erkennbarer Charakter der Gruppe	
Allotropismus	Einschränkung des Verhaltens		
Übergang zu sozialer Teilnahme	Ich-Funktionen der anderen		
Übergang von der Familie zum Ethos	Herabsetzung der Ich-Steuerung		
Erhöhung der Selbstachtung	Verstärkung des Es		
Entwicklung von Ver- antwortungsgefühl	Abwehr gegen narziß- tische Kränkung		

*Unterscheidende Merkmale von Gruppen.* Die Merkmale von Gruppen im Unterschied zu großen Menschenansammlungen sind folgende: 1. Um signifikante interpersonale Interaktionen zu sichern, ist die Anzahl der Mitglieder klein — bei Therapiegruppen maximal acht Personen, 2. alle Gruppen müssen einen Gruppenleiter haben, 3. Gruppen üblicher Art haben ein *gemeinsames* Ziel, während Mitglieder von Therapiegruppen Individualziele haben, wenn auch alle einen ähnlichen Zweck verfolgen, nämlich Genesung, 4. bei allen Tätigkeiten in Gruppen stehen die Mitglieder in dynamischer Interaktion, und 5. alle Gruppen tragen bei zur Entwicklung der Persönlichkeit und beeinflussen die Charakterentwicklung. Das besondere Merkmal von *Gruppen* im Unterschied zu Menschenmengen, Versammlungen, Zuhörern, Kongregationen, Mobs und Massen besteht darin, daß jedes Mitglied einer Gruppe mit jedem anderen Mitglied, ebenso mit dem Geflecht ihrer Beziehungen in irgend-einer Weise interagiert, das heißt, der einzelne bemerkt die Beziehungen

unter den Gruppenmitgliedern und hat Gefühle oder Reaktionen in bezug auf sie. Das einfachste Beispiel dafür ist eine Familie (die eine Gruppe von maximaler Intensität ist), wo Vater und Mutter jeweils auf die *Beziehung* des anderen zu den Kindern (sowie auch symbiotisch) reagieren, und die Kinder ihrerseits reagieren sowohl auf ihre *Beziehung* als auch auf die *Beziehung* jedes Geschwisters zu jedem Elternteil.

Der Unterschied zwischen Therapiegruppen und anderen Gruppierungen in der modernen Gesellschaft liegt darin, daß bei Therapiegruppen ein Element vorhanden ist, das wir als *Gemeinsamkeit der Probleme* (commonality of problems) bezeichnet haben. Während das Ziel der Therapiegruppe kein gemeinsames ist, weil es um die individuelle Genesung von einer Krankheit geht, die jedes Mitglied sucht, sollten die Probleme, die die Teilnehmer in die Gruppe bringen, im Idealfall trotzdem gemeinsame Elemente haben. Dies schafft ein Klima der Einfühlung und Identifikation, in dem die Patienten einander im Streben nach Gesundheit am besten helfen können. Wenn dieser Faktor fehlt, kann die Psychotherapie in der Gruppe zur Einzelbehandlung in Gegenwart der anderen Mitglieder werden. Die beiden Probleme jedoch, die die Patienten unweigerlich beunruhigen und die in Gruppensitzungen immer auftauchen, sind Gefühle gegenüber Eltern und Geschwistern und Gefühle im Bereich des Sexuellen.

Vielleicht der wichtigste Unterschied zwischen gewöhnlichen und psychotherapeutischen Gruppen ist das Element der *Synergie*. Synergie ist das Zusammenströmen von Kräften und Anstrengungen einer Reihe von Menschen zur Erlangung eines gemeinsamen Zieles oder Zwecks, das in der Besetzung der Teilnehmer eine beherrschende Rolle spielt. Es ist wichtig, diese Erscheinung zu verhindern, denn bei Synergie taucht die Individualität jedes Teilnehmers in verschieden hohem Maß in der Gruppe unter. Das heißt, jeder gibt zumindest teilweise die Hegemonie seines Ichs und seines Über-Ichs auf, deren Integrität im therapeutischen Prozeß wesentlich ist und deshalb erhalten bleiben muß. Der therapeutische Prozeß wird genährt von den Konflikten, Wertvorstellungen und Feindseligkeiten jedes Patienten, die sich in positive, negative und ambivalente Übertragungen unter den Patienten und auf den Therapeuten verwandeln. Während Gruppen im allgemeinen durch personale und soziale Homogenität und gemeinsame Ziele zusammengehalten werden, hält in therapeutischen Gruppen die Angst die Patienten zusammen.

Unsere operationale Struktur der echten Psychotherapie (im Unterschied zu Beratung und guidance und anderen Methoden, Menschen bei ihren Schwierigkeiten zu »helfen«) beruht auf dem spezifischen Ge-

brauch der Dynamik von *Übertragung*, *Katharsis*, *Einsicht*, *Realitätsprüfung* und *Sublimierung*. Dieser Unterschied wird in Tabelle 3 veranschaulicht.

Tabelle 3: Darstellung der unterschiedlichen Dynamik von Beratungs-, Guidance- und Psychotherapie-Gruppen

Dynamik	Beratung	Guidance	Analytische Psychotherapie	Para-analytische Psychotherapie
Übertragung	gering, positiv	mäßig, positiv	intensiv	intensiv
Katharsis	keine	mäßig, assoziativ	freie Assoziation	assoziativ und freie Assoziation
Einsicht	keine	gering	tief	mäßig
Realitätsprüfung	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Sublimierung	keine	möglich	vorhanden	vorhanden

*Die Anonymität.* Um einen therapeutisch wirksamen Typus und Grad von Übertragungsbeziehungen unter den Patienten in einer analytischen Gruppe aufrechtzuerhalten, ist es notwendig, daß die Patienten auf persönliche und wenn möglich auch soziale Kontakte außerhalb der Gruppensitzungen verzichten. Beziehungen außerhalb der Gruppe müssen die Wirkung der an den Sitzungen beteiligten Persönlichkeiten beeinflussen; es muß aber die freie Äußerung von Feindseligkeit und Groll und die unbehinderte Entladung anderer Arten von Gefühlen untereinander möglich sein. Enge Beziehungen außerhalb der Gruppe lassen bei einigen Menschen Freundschaften, bei anderen geschwisterliche Feindseligkeit entstehen, die die Offenheit von Reaktionen und Kritik beeinträchtigen können. Derartige Freundschaften hindern manche Patienten daran, einander in negativem Licht erscheinen zu lassen; dadurch wird die Katharsis durch freie Assoziation entwertet. Während der Behandlung sollten die Patienten emotional Abstand voneinander wahren, abgesehen von positiven oder negativen Gefühlen, die in der therapeutischen Interaktion entstehen und als Übertragungsphänomene angesehen, untersucht und analysiert werden. Solche Gefühle sind meistens die Schlüssel zu früheren traumatischen Beziehungen, von denen die Persönlichkeit der Patienten geformt worden und aus denen ihre Anpassungsschwierigkeiten entstanden sind. Als solche sind sie in der analytischen Psychothe-

rapie nützlich, ja wesentlich, während Beziehungen, die zwischen den Sitzungen erworben oder gepflegt werden, einer vernünftigen Psychotherapie schädlich sind.

*Sexuelles Agieren.* Bei heterosexuellen Gruppen ist eine der möglichen Folgen von Kontakten außerhalb der Gruppe, die bei Patienten häufig vorkommt, sexuelles Agieren (das auch bei gleichgeschlechtlichen Gruppen nicht auszuschließen ist); es bringt den Psychotherapeuten und die Gruppe oft in eine unlösbare und gewiß sehr schwierige Situation, die zum Auseinanderfallen der Gruppe führen kann.

Es wird erwartet, daß außerhalb der Gruppe vorkommendes homo- oder heterosexuelles Agieren mit Gruppenmitgliedern (wie auch mit anderen Personen) während der Sitzung der Gruppe mitgeteilt wird. Diese Offenheit ist aber in der Praxis erst nach langer Zeit möglich, und die Offenbarungen erweisen sich für manche als schockierend, in anderen erregen sie Eifersucht und Groll, wieder in anderen heftige Feindseligkeit. Diese Art des Agierens öffnet für den Therapeuten und die Gruppe eine Büchse der Pandora voller Schwierigkeiten.

Aus dem vorher Gesagten geht deutlich hervor, daß die Anonymität bei der Auswahl von Patienten für eine Gruppe, bei der Zusammenstellung der Gruppe und bei der Führung einer Therapiegruppe eine wichtige Rolle spielt.

*Das »geschlossene System«.* Therapiegruppen funktionieren nach dem Prinzip eines »geschlossenen Systems«, d. h. als Komplex von Kräften, der sich selbst erhält und seiner Natur nach das Eindringen äußerer Kräfte nicht erlaubt, oder nur in geringstem Maß. Gruppen üblicher Art, also Erziehungs- und Freizeitgruppen, soziale, politische und Gruppen mit besonderen Interessen funktionieren nach einem »offenen System«. Das heißt, sie erhalten Außenkontakte aufrecht und ziehen Interessen und Mittel von außen heran, anstatt auf sich selbst beschränkt zu bleiben. Bei Therapiegruppen ist dies nicht der Fall. Die Natur und der Zweck der Psychotherapiegruppe heben sie von dem umgebenden Strom des Lebens ab. Die emotionale Ladung erlaubt in ihrer Intensität kein Eindringen von außen und keine ablenkenden Einflüsse, Interessen und Tätigkeiten, die nicht aus dem in Gang befindlichen therapeutischen Prozeß der Gruppe hervorgehen.

Das Prinzip des »geschlossenen Systems« muß in richtigen Therapiegruppen bewahrt werden, wenn man Erfolge erzielen will<sup>3</sup>. Wenn zu häufig fremde Einflüsse eindringen, die nicht aus dem emotionalen Wirbel in der Gruppe — von Individuen und Interaktionen — hervorgehen, kann das nur den fortlaufenden Therapieprozeß verlangsamen. Die Ge-

fühle werden abgekühlt, und der Prozeß der freien Assoziation, der aus der gegenseitigen Stimulation und Interaktion der Patienten und aus dem introspektiven Nachdenken, den Hauptmitteln der Psychotherapie, hervorgeht, wird abgelenkt. Der jugoslawische Psychiater Dr. Stepan Betlheim hat dieses Phänomen veranschaulicht, indem er die Gruppe mit einem Kessel voll kochenden Wassers verglichen hat: Wenn man kaltes Wasser hineingießt, hört das Wasser sofort auf zu kochen. Dieses Prinzip gilt auch für die Gruppensitzungen, denn die Patienten haben den größten Gewinn von der therapeutischen Erfahrung, wenn sie gleichsam »kochen«, und alles, was die emotionale Temperatur herabsetzen würde, sollte vermieden werden.

In bezug auf die Aufnahme neuer Patienten in eine bereits arbeitende analytische Therapiegruppe ist zu sagen, daß dies in den *frühen Stadien* des Lebens einer Gruppe keine ernsthafte Behinderung sein muß. Wenn man aber in fortgeschrittenen Stadien Patienten hinzufügt, bedeutet dies, selbst wenn die Neuen therapeutisch auf dem gleichen Stand sind wie die Gruppenmitglieder, immer einen Schock für die Gruppe, aber manchmal kann dieser Nachteil überwunden werden, da der Neue auf Grund seines therapeutischen Gleichstandes »assimiliert« werden kann<sup>4</sup>.

### *Para-analytische Gruppenpsychotherapie*

Para-analytische Gruppenpsychotherapie gründet sich auf die gleichen Grundannahmen und die gleiche Orientierung wie die analytische Psychotherapie. Da sie vorwiegend, wenn auch nicht ausschließlich, für Jugendliche entworfen wurde, ist sie notwendigerweise weniger »tief«. Wie bei neurotischen Erwachsenen stammen auch hier die Probleme mancher Patienten aus dem Unbewußten, aber wegen des Alters und der psychischen Struktur der Jugendlichen müssen die üblichen psychoanalytischen Techniken modifiziert werden. Auch für diese Art von Therapie sind freie Assoziation und die Passivität des Therapeuten noch charakteristisch, aber es sind Abwandlungen nötig, um die Realitätsprobleme einzubeziehen, die junge Leute beschäftigen; man muß ihnen helfen, sie in Begriffe zu fassen und rationale Lösungen für sie zu suchen. Außerdem vermittelt der Therapeut den Gruppenmitgliedern psychologisches Wissen, um ihr Verständnis zu erweitern und zu vertiefen. Dies dient zur Erweiterung ihrer psychologischen Bildung, auf die sie in Zeiten von Zwangslagen oder Streß zurückgreifen können.

Dieses Verfahren ist nicht nur für Jugendliche, sondern auch für Er-



wachsene geeignet, für die eine Tiefenbehandlung und die Aufdeckung unbewußter verdrängter Erinnerungen und Gefühle zu beunruhigend sein könnten oder deren Ich-Reserven überfordert würden. Andererseits würden die zu oberflächlichen Besprechungen in Beratung und guidance nicht genügen, um ihre Pathognomie zu entwirren. Dies sind erwachsene Patienten, die normalerweise mit psychoanalytischer Therapie im strengen Sinn versorgt werden müßten, aber ihr Ich wäre dem Angriff und der Belastung einer ganz aufdeckenden analytischen Therapie nicht gewachsen. Für sie ist die para-analytische Psychotherapie als weniger belastendes Verfahren geeignet. Es gibt selbst in der herkömmlichen Psychoanalyse und in der psychoanalytischen Gruppe Perioden und Stadien, in denen intellektuelle Klärung und Information dazu beitragen, daß in den Patienten eine Herrschaft des Ichs über Gefühle und Verhalten entsteht.

Die para-analytische Psychotherapie ist zwar hauptsächlich, aber nicht ausschließlich für Jugendliche entworfen worden, aber sie ist auch bei der Behandlung latenter und Borderline-Schizophrener wirksam. Manche dieser Patienten können ein Minimum an Aufdeckung ihrer Motivationen und ihrer psychischen Inhalte ertragen. Die Mehrzahl scheut vor jedem Schritt in dieser Richtung zurück, gleichgültig, wie vorsichtig er auch unternommen wird. Die schwachen Ich-Reserven treiben die Patienten in einen Zustand der Agitation oder in Wahnvorstellungen und Halluzinationen.

Jugendliche sind wegen ihres Reifezustands und ihrer Lebenserfahrung noch nicht bereit für eine tiefe introspektive Auslotung ihres Unbewußten. »Die Oberflächennatur ihrer inzestuösen und libidinösen Wünsche und ihre Übertragungsfeindschaft gegenüber Erwachsenen (und daher auch dem Therapeuten gegenüber) hindern sie daran, eine Beziehung einzugehen und in ihre eigene Seele einzudringen, wie es eine echte analytische Therapie erfordert. Andererseits kann man Jugendlichen, deren innerer Streß sie in die Therapie führt, nicht durch Beratung und guidance allein helfen. Infolgedessen ist ein anderer Weg notwendig, die *para-analytische Gruppenpsychotherapie* ist die bevorzugte Behandlung für die meisten Jugendlichen«<sup>5</sup>.

Para-analytische Gruppenpsychotherapie ist auch für ältere Menschen (nicht für senile) geeignet, deren abnehmende Libido-Kräfte und zunehmende egoistische Interessen eine instabile psychische Struktur entstehen lassen. Im großen ganzen sind solche Menschen keine vielversprechenden Patienten, und sie sollten nur selten in offene Psychotherapie irgendeiner Art genommen werden. In der Regel sollte man bei alten Leuten Interes-

sen wecken, Möglichkeiten der Betätigung und zur Geselligkeit schaffen, einschließlich kleiner Diskussionsgruppen. Wenn jedoch Therapie unumgänglich ist, sollte man das Unbewußte so wenig wie möglich aufrühren. Vernunft und Konfrontation, vermischt mit ein wenig Einsicht, die para-analytische Gruppenpsychotherapie ausmachen, sind die richtige Methode. In der para-analytischen Gruppentherapie werden Träume in der gleichen Weise verwendet wie in analytischen Gruppen, falls es angezeigt erscheint, und bei den Sitzungen wird dem Unbewußten erlaubt, sich zu offenbaren, und man macht sich dies auch zunutze.

Wenn man eine analytische Einzel- oder Gruppensitzung sorgfältig analysierte, würde man feststellen, daß die oben skizzierten Manöver und strategischen Methoden in allen Arten der Behandlung nach Bedarf verwendet werden. Bei den Tiefentherapien kommen sie jedoch nur vorübergehend oder während kurzer Zeit vor. In der para-analytischen Psychotherapie andererseits ist das Verhältnis umgekehrt, das heißt, in der para-analytischen Therapie ist das allgemeine System so, wie oben beschrieben, während die Perioden tieferer Exploration selten und kurz sind.

Die Grundregeln der para-analytischen Psychotherapie lauten: »Der Therapeut darf die Patienten nicht zur Regression auf tiefe Schichten des Unbewußten drängen; die Sitzungen beschäftigen sich vorwiegend mit wichtigen Realitäten, mit aktuellen Problemen und Anliegen; nur ein Mindestmaß an Angst ist zulässig; ein Ansteigen des Angstniveaus muß verhindert, gemildert oder abgewendet werden; introspektive oder aufdeckende Therapie darf, wenn man sie überhaupt anwendet, erst nach dem Erwerb »psychologischer Bildung« folgen, welche begriffliches Verstehen (im Unterschied zur emotionalen Einsicht) mit sich bringt; freie Assoziation wird nicht gefordert oder erwartet, vielmehr herrscht assoziatives Denken vor, d. h. horizontale Assoziation von Ideen, Gedanken, Gefühlen und Ereignissen (im Unterschied zur vertikalen, regressiven freien Assoziation); der Therapeut ist viel aktiver als in der analytischen Psychotherapie; im großen ganzen befaßt sich der Therapeut mit dem Verhalten und den Ich-Funktionen der Patienten und kümmert sich weniger um Libido und Über-Ich als in der analytischen Therapie.«<sup>6</sup>

Die entsprechende Dynamik der para-analytischen Psychotherapie sieht folgendermaßen aus: »Die Übertragung ist von der gleichen Intensität wie in analytischen Gruppen; die Katharsis ist erheblich weniger regressiv; in der para-analytischen Therapie kann nicht das gleiche Niveau der Einsicht erreicht werden wie in der analytischen Therapie

(wenn es auch viel höher ist als bei guidance); Realitätsprüfung und Sublimierung sind mehr oder weniger der gleichen Art. Der größte Unterschied, zugleich der wirkungsvollste, liegt in der Aktivität des Therapeuten. In der para-analytischen Gruppenpsychotherapie ist der Therapeut viel aktiver in der Führung und manchmal auch der Steuerung der Gespräche. Er bietet Erklärungen und Deutungen an, weist auf Ideen, Prinzipien, Philosophien hin und schlägt Leitlinien für Verhalten und Leben vor, und zu bestimmten Zeiten kann er die Rolle eines Diskussionsleiters einnehmen. Er folgt jedoch, wie in der analytischen Psychotherapie, den Anstößen und Stichworten, die aus der Gruppe kommen; Kommentare und Fragen setzt er sorgfältig in Beziehung zu den subjektiven Bedeutungen, die sie für die Patienten haben, ebenso zu den unbewußten Strebungen der Patienten, wenn er sie auch häufiger ins Allgemeine als ins Persönliche verlegt.«<sup>7</sup>

Aus dem Vorangehenden geht deutlich hervor, daß die para-analytische Gruppenpsychotherapie sich auf mehrere Disziplinen stützt: Pädagogik, Beratung, »guidance« und psychoanalytische Psychotherapie. Diese werden zu einer praktischen Methode verschmolzen; sie werden zu verschiedenen Zeitpunkten, wie es während des therapeutischen Prozesses angezeigt erscheint, fürs Lernen, für Einsicht, Introspektion und Durcharbeiten herangezogen. Der Wert dieser Technik bei Jugendlichen liegt in dem Umstand, daß sie 1. Eifer und Neugier der jungen Menschen erregt und den intellektuellen Horizont erweitert, 2. durch vernünftige erzieherische Mittel die verwirrenden und bestürzenden psychologischen und heuristischen Probleme klärt, die für diese Entwicklungsphase des Individuums charakteristisch sind, 3. die Wertschätzung des Lernprozesses und menschlicher Beziehungen vertieft, 4. dem Leben eine Richtung gibt und 5. die Teilnehmer von charakterbedingten und neurotischen Spannungen und Nöten befreit.

Um diese Ziele mehr und mehr zu erreichen, muß der Therapeut über die Grenzen des Klinischen hinaus in die gesamte Lebenssphäre der jungen Menschen im Zusammenhang mit Familienbeziehungen, Beziehungen zu Gleichaltrigen, mit sozialen Beziehungen und Beziehungen zum Gemeinwesen hineingehen, wie auch in die Welt von Kunst, Wissenschaft und Literatur, die infolge der Neugier und der charakteristischen Vitalität der jungen Menschen in den Gruppensitzungen berührt werden können. Sexualaufklärung und die Auflösung von Angst und Schuldgefühlen in bezug auf dieses Thema sind für die Herstellung seelischer Gesundheit in diesem kritischen Lebensabschnitt von besonderem Wert.

Die para-analytische Psychotherapie ist ein wirksames Instrument zur

Behandlung von Teenagern, weil sie schon durch ihr Wesen ihren natürlichen Widerstand vermindert, ihre Zweifel, Unsicherheiten und Gefühle der Schwäche den Blicken Erwachsener auszusetzen. Ihr Bedürfnis, eine defensive Fassade der Großartigkeit aufrechtzuerhalten, und ihre Aufsässigkeit gegen die Erwachsenen, ihre Welt und ihre Sitten werden durch die aufdeckende direkte Psychotherapie bedroht. Sie muß daher abgewandelt und verdünnt werden, damit sie die defensive Panzerung nicht aktiviert. Gruppen sind bei der Behandlung Jugendlicher von besonderem Wert, weil sie als Schutz gegen den Therapeuten dienen und zugleich durch die Gegenwart von Gleichaltrigen die Übertragung abschwächen. Die Gruppe bietet dem Jugendlichen eine Kultur oder ein Klima, in denen er sich geborgener und geachteter fühlt als in Gegenwart eines oder mehrerer Erwachsener. Diese charakterologischen Probleme, von denen einige vorübergehender Art sind, müssen in der Erziehung, in der Gesellschaft allgemein und besonders in der Psychotherapie zur Kenntnis genommen werden.

Die para-analytische Gruppenpsychotherapie hatte ihren Ursprung in der Behandlung von rechtskräftig verurteilten Jugendlichen von 15 bis 17 Jahren, die im Rahmen einer Anstalt vom Autor dieses Beitrags geleitet und durchgeführt wurde. Sie hat sich als äußerst erfolgreich erwiesen; ein ziemlich ausführlicher Bericht über diese Arbeit ist kürzlich erschienen. Die Wirksamkeit beweisen die Ergebnisse, die in der folgenden Tabelle gezeigt werden (wir entnehmen die Tabelle dem genannten Bericht<sup>8</sup>; von 34 willkürlich ausgewählten Patienten zeigten 28 eine Besserung).

Tabelle 4<sup>9</sup>: Anteil der Gebesserten in para-analytischen Gruppen

Gruppe	A	B	C ***	D ***	Gesamt
Signifikante Besserung	6	2	6	4	18
Teilweise Besserung		5	1	4	10
Keine Besserung					
Ausgeschieden *	1		3		4
Geschlossen **		1			1
Spät eingetreten	1				1
Gesamtzahl	8	8	10	8	34

\* Aus dem „Dorf“ entlassen; weigerte sich, zur Gruppe zu kommen; ein Junge lief fort.

\*\* Ungeeignet für Gruppentherapie.

\*\*\* Gruppen bestanden noch zur Zeit der Niederschrift.

Die folgende Tabelle stellt die Ziele und die Dynamik der Psychotherapie im allgemeinen und ihr Vorhandensein oder Fehlen (und den Grad des Vorhandenseins) in den verschiedenen, auf den vorhergehenden Seiten erörterten Gruppentechniken dar.

Tabelle 5: Ziele und Dynamik bei Beratung, Guidance und Psychotherapie

Ziele	Beratung	Guidance	Analyt. Psychoth.	Para-analyt. Psychoth.
Neuverteilung der Libido	keine	keine	vorhanden	teilweise
Regulierung der Über-Ich-Forderungen	keine	gering	vorhanden	teilweise
Ich-Stärkung	keine	gering	vorhanden	vorhanden
Verbesserung des Selbstbildes	keine	gering	vorhanden	vorhanden
Lösung des dringlichsten Problems	vorhanden	vorhanden	vorübergehend	vorhanden
<i>Dynamik</i>				
Übertragung	gering, positiv	mäßig, positiv	intensiv, zyklisch	intensiv
Katharsis	keine	mäßig, assoziativ	regressiv, durch freie Assoziation	assoziativ und freie Assoziation
Einsicht	keine	gering	tief	mäßig
Realitätsprüfung	vorhanden	vorhanden	vorhanden	vorhanden
Sublimierung	keine	möglich	vorhanden	vorhanden

### *Pflegende Psychotherapie (psychonursing)*

In der Praxis der Psychotherapie kann man es nicht vermeiden, daß man Patienten bekommt, die nach dem Wesen ihrer klinischen Störungen, nach ihrer Persönlichkeitsstruktur oder nach ihren psychischen oder konstitutionellen Grenzen entweder der aufdeckenden Psychotherapie nicht zugänglich sind, oder bei denen sie klinisch kontraindiziert ist. Zu den Patienten dieser Kategorie mit konstitutionellen Schwächen gehören: Schwachsinnige, geistig Zurückgebliebene, intellektuell Beschränkte, Senile, Sterbende und Patienten mit Drüsen- und anderen schwächen-

den physischen Schäden und Unausgewogenheiten, die vorerst ärztlicher Behandlung bedürfen. Zu den klinischen Kontraindikationen der tiefergehenden Psychotherapie gehören: einige Charakterstörungen, besonders Schizophrenie, bei der die schwachen Ich-Kräfte und die geringen Abwehrkräfte unter der Einwirkung der analytischen Introversion zusammenbrechen würden, was ein Zerbrechen des Ichs zur Folge hätte.

Patienten mit solchen Persönlichkeitsmängeln und klinischen Risiken sollten der Belastung einer analytischen Therapie (die sowieso unwirksam wäre) nicht ausgesetzt werden; sie brauchen vielmehr längerdauernde guidance oder Beratung, oft jahre-, manchmal sogar jahrzehntelang. Dies gilt besonders für ausgeprägte Schizophrene, die Ich-Stützung und eine anaklitische Beziehung wie Kinder zu jemandem brauchen, dessen Ich intakt ist, auf das sie sich stützen und das sie in gewissem Maß sogar internalisieren können. Das gilt ebenso für Borderline- und latent Schizophrene, für die eine längere Periode der Beratung und guidance angezeigt erscheint. In den meisten Fällen kann man solchen Patienten nicht mehr bieten; allerdings gibt es Individuen, die nach einer Ich-Stärkung infolge längere Zeit durchgeführter Beratung und guidance eine vorsichtig angewandte Einsicht-Therapie mit Gewinn ertragen können.

Es mag eine Tendenz bestehen, die »Pflege« in der Psychotherapie wegen ihrer »Verdünnung« und ihrer elementaren Inhalte zu unterschätzen. Diese Haltung mag vom professionellen Standpunkt aus gerechtfertigt sein, aber die »pflegende Psychotherapie« ist in bezug auf ihren sozialen Nutzen von unschätzbarem Wert. In sehr vielen Fällen und Situationen werden durch diese Methode interpersonale Beziehungen verbessert, und die geistige Gesundheit eines Gemeinwesens wird durch Vermeidung oder Verminderung von Konflikten und Spannungen sehr verbessert. »Pflegerische Psychotherapie« kann dazu beitragen, Eintracht zwischen einem Menschen und seiner Umwelt herzustellen, wo tiefergehende Methoden auf Widerstand stoßen oder sich in anderer Weise als fruchtlos herausstellen würden.

Beratungs-, guidance- und Psychotherapiegruppen kommen einmal in der Woche für 90 Minuten zusammen; sie können aber auch verschieden lange, bis auf vier Stunden, ausgedehnt werden.

### *Vita-erg-Therapie mit Psychotikern*

Diese Form der Therapie bei schwer herabgesetzten chronisch psychotischen Patientinnen ist auf zwei Stationen mit je 65 Patientinnen aus-

probiert worden<sup>10</sup>. Dieses Therapieverfahren beruht, kurz gesagt, auf folgenden Grundannahmen: Psychose ist a) ein defensiver Rückzug vor der Realität und b) die Erschaffung einer Welt von Halluzinationen und Wahnvorstellungen als Abwehr 1. gegen inzestuöse Wünsche, die von unklugen, krankmachenden Eltern genährt wurden und mit denen das Ich des potentiell psychotischen Patienten nicht fertigwerden kann; 2. gegen mörderische Feindseligkeit den Eltern (besonders dem Vater), ebenso allen anderen Menschen als deren Ersatzfiguren gegenüber; und 3. weil die Psyche ständig in den Klauen von Furcht und überwältigender Angst ist, die den Patienten ohnmächtig und periodisch ängstlich und unterwürfig oder wütend und zu Tätlichkeiten geneigt machen.

Man zielt erstens darauf, den Kontakt und die fortschreitende Interaktion mit äußeren Aktualitäten (fälschlich als Realität bezeichnet) zu vermehren und das Verständnis für die Außenwelt zu verbessern, indem man durch realistische Bedürfnisse und abgestufte Forderungen die Berührung mit der Außenwelt erweitert, um das Potential des Patienten zu wecken. Das zweite Ziel, die Steigerung der Fähigkeit, Beziehungen herzustellen, ist in gewissem Sinn im ersten mitenthalten, da andere Menschen Teil der äußeren Realität sind.

Für den Psychotiker sind Menschen jedoch eine noch anstrengendere Aktualität als leblose Dinge, obwohl der Eindruck von diesen für sein geschwächtes, wehrloses Ich auch schon bedrohlich ist. Diese inneren Reaktionen gegenüber den äußeren Vorgängen müssen dem Therapeuten und allen anderen Mitarbeitern in der Anstalt immer gegenwärtig und aufs deutlichste bewußt sein. Man muß dem Psychotiker helfen, seine defensive Verkapselung, seine Isolierung und seinen traumähnlichen Zustand zu durchbrechen, indem er zwischen sich und der unbelebten und der belebten Welt um sich her allmählich Brücken baut. Während diese Brücken die Kluft zwischen ihm und der Welt überwinden, müssen die Aktualitäten dieser Welt in Qualität und Komplexität erweitert werden, so daß sein sich allmählich kräftigendes Ich und seine klarere Wahrnehmung fortwährend herausgefordert werden.

Die Mitarbeiter auf der Station dürfen die Haupttatsache nie aus den Augen verlieren, daß der psychotische Patient ständig von Schrecken erfüllt ist, den er als Angst wahrnimmt und vor dem er bei Betäubungsmitteln Erleichterung sucht, nur um wieder den gleichen Ängsten zum Opfer zu fallen, wenn ihre Wirkung nachläßt. *Dieser grundlegenden Angst müssen sich die Mitarbeiter auf allen Ebenen bewußt sein*; diese Angst müssen sie durch ihre gütige, aber feste Haltung, unterstützenden Gesichtsausdruck und Handlungen zu lindern versuchen.

Bei der Behandlung von Psychotikern in Anstalten liegen die Fundamente des Weges zur Realität in den Beziehungen der Patienten zu den Mitarbeitern, besonders zu den Pflegern, die den direktesten, intimsten, extensivsten und intensivsten Kontakt zu den Patienten haben, und zum Stationsarzt, dessen charismatische Kräfte für die Kranken magische Hoffnungen bedeuten. Die Brücken zur Realität liegen in den Gefühlen der Geborgenheit und der Stützung, die diese ihnen am nächsten stehenden Mitarbeiter in den Patienten erzeugen. Sie müssen zwar bestimmt, aber zugleich zart und verständnisvoll sein; dadurch bieten sie den Patienten Trost und Geborgenheit als Ausgangsbasis für ihre erweiterten Kontakte und Verantwortlichkeiten.

Natürlich werden interpersonale Beziehungen wirksamer und gewiß auch wirtschaftlicher durch Gruppeninteraktionen gefördert, in deren Zentrum anregende Tätigkeiten stehen, an denen mehr als eine Person teilnimmt, und die die Interaktionen in Fluß bringen. Wenn die Notwendigkeit, Beziehungen herzustellen und zu interagieren, aus einem echten Aktionsinteresse hervorgeht, das das Individuum zur Beteiligung anregt, ist sie real und motiviert Beziehungen. Anstaltspatienten sollten in ihrem täglichen Leben so viel Zeit wie möglich zusammen mit anderen mit interessanten und anregenden Tätigkeiten verbringen, von denen jedoch viele auf eigene Initiative zustande kommen sollten. Wir haben daher einen Plan dieser Art eingeführt.

Dieser Plan erfordert eine grundlegende Neueinschätzung und Neuplanung des äußeren Rahmens und des Lebens auf den Stationen, wo die Patienten den größten Teil ihrer Tage verbringen. Besonders die Funktionen der Pfleger, die in der Vergangenheit eine passive, teilnahmslose Rolle spielten, meistens als Bedienung und Aufseher, bedurften der Revision.

Um Gelegenheiten für intimen Kontakt mit der objektiven Welt zu schaffen und zugleich Möglichkeiten zu persönlicher Interaktion zu bieten, haben wir eine moderne, mit elektrischen Geräten ausgestattete Küche gebaut, eine Wäscherei mit elektrischer Wasch- und Trockenanlage und Bügelbrettern mit elektrischen Bügeleisen und einen Kosmetiksalon, der halb-professionell für persönliche Schönheitspflege ausgerüstet ist. Besonders im letzteren halfen die Patientinnen einander häufig gegenseitig beim Haare-Einlegen, bei der Nagelpflege, und es gab viel allgemeine soziale Interaktion. Außer den oben erwähnten drei Räumen wurde ein Zimmer für Konferenzen und Gruppenversammlungen eingerichtet. Dieser Raum wurde benützt, um agitierte Patienten abzusondern und zu beruhigen und so eine emotionale Ansteckung der anderen



Patienten auf der Station und eine sich ausbreitende Panik zu vermeiden.

Abgeschlossenheit zum Auskleiden und Duschen wurde durch geringfügige Umbauten und wasserdichte Vorhänge erreicht. Trennwände zwischen den Toilettenschüsseln und selbstschließende halbhohe Klapptüren sorgten in der vorher ungeteilten Massentoilette für Abgeschlossenheit. Die Beschränkung der Raucherlaubnis auf bestimmte Bereiche wurde gelockert, und eine Atmosphäre allgemeiner Bewegungsfreiheit und der freien Wahl von Interessen und Betätigungen wurde gefördert, einmal durch den gesamten Rahmen, besonders aber durch die veränderte Einstellung und die neue Rolle der Mitarbeiter auf der Station.

Anstatt kleine Gruppen von Patienten zur Beschäftigungstherapie und in Freizeitzentren außerhalb der Station abzusondern, wurden diese Betätigungsmöglichkeiten am Vormittag und an manchen Nachmittagen auf den Stationen selbst ermöglicht. Jeder der zwei Stationen hatte man eine Beschäftigungstherapeutin und eine Freizeithelferin zugeteilt. Sie stellten gewissermaßen ihr Angebot zur Schau, und das Beispiel der Pflegerinnen, die selbst die angebotenen Beschäftigungen ausübten, zog eine immer größere Zahl von Patientinnen an, die sich um die Tische versammelten, wo alle eifrig nähten, strickten, häkelten, Topflappen herstellten, farbige Mosaikarbeiten machten, zeichneten und malten, Schach und Domino spielten, geographische und andere Puzzles zusammensetzten und sich mit verschiedenem Lesestoff befaßten.

Für jede der Stationen wurden zwei Nähmaschinen und andere notwendige Nähwerkzeuge zur Verfügung gestellt. Unter anderem gehörten zur neuen Ausrüstung Pingpong-Tische und große Gummibälle für Spiele in Patientengruppen und zwischen Patientinnen und einer Mitarbeiterin. Besondere Aufmerksamkeit wurde Stimmungsmusik aus dem Radio oder vom Plattenspieler geschenkt; regelmäßig wurden kleine Konzerte veranstaltet, die die Möglichkeit zu spontanem Einzel- oder Gruppentanz boten. (Die Plattenspieler wurden gewöhnlich von irgendeiner Patientin bedient, die sich selbst zum Plattenwechseln angeboten hatte.)

Die Bedeutung der Ausstattung, die oben nur unvollständig aufgeführt ist, lag nur zum Teil in den Gegenständen. Ihr therapeutischer Hauptwert lag in der Art und Weise ihrer Verwendung. Die Vita-erg-Therapie baut auf Spontaneität und auf die Relevanz und Bedeutung, die eine Betätigung für das wirkliche Leben und die psychischen Bedürfnisse jedes Patienten hat, und auf seine Bereitschaft, sich mit Profit auf diese Tätigkeit einzulassen. Das heißt, sie muß die Befriedigung hervor-

bringen, die der vollbrachten Leistung innewohnt, sie muß erkennbaren Nutzen und praktischen Wert für die Patienten haben und Anerkennung mit sich bringen, um Angst, Frustration und das Gefühl des Mißerfolgs zerstreuen zu können.

Um therapeutisch wirksam zu sein, muß eine Tätigkeit wirklich eine Bedeutung haben, die der Patient fühlt oder erkennt. Für manche Patientinnen waren z. B. die sinnvollsten Tätigkeiten und Arbeiten: die Haushaltspflichten wie die Reinigung der Schiffsäle, der Station, der Duschräume und Toiletten, die Zubereitung und Verteilung des Kaffees zum zweiten Frühstück und das Backen von Kleingebäck für die gemeinsamen Imbisse der Station. Für andere waren Einzelprojekte am lohnendsten, die an den Gruppentischen durchgeführt wurden; sie brachten ihnen die Art von Befriedigung, die den zentrifugalen Fluß der Lebensenergien in Gang bringt. Das Nähen eines Kleides, eines Unterrocks oder einer Schürze, das Stricken einer Mütze oder eines Pullovers, das Zeichnen eines Bildes, das bewundert wurde, das Drehen von Zigaretten für den eigenen Bedarf oder für die Stationsgemeinschaft waren einige der unzähligen Tätigkeiten und Leistungen, die dazu beitrugen, die regredierten, stummen, in Halluzinationen vertieften, eingekapselten Patientinnen näher an die wirkliche Umwelt heranzubringen; dadurch wurden ihr Isolierungsdrang, ihr Mangel an Selbstvertrauen und ihre Ängste vermindert.

Eine interessante Beobachtung über die Wirkung des aktiven Klimas auf der Station ist, daß in den Jahren seit der Verwirklichung des neuen Planes kein einziger Fall von katatoner Starre vorgekommen ist, während es früher nicht ungewöhnlich war, an manchen Tagen mindestens eine, manchmal auch zwei oder drei Patientinnen auf jeder Station in diesen Zustand verfallen zu sehen. Eine weitere Folge der Veränderung in der Umwelt und der verständnisvollen und respektvollen Behandlung der Patientinnen durch das Personal auf den Stationen war die starke Verbesserung in Aussehen und allgemeiner Erscheinung der Insassen der Station.

Die Vita-erg-Therapie bekommt ihre besondere Bedeutung dadurch, daß die Tätigkeiten in einem vom Stations-Personal geschaffenen *günstigen menschlichen Klima* stattfinden, und im besonderen dadurch, daß die Tätigkeiten einen Lebenssinn haben und so die Realitätsprüfung vermehren. Dieser Sinn wird durch den Umstand erzeugt, daß die Tätigkeiten für das Leben jeder Patientin *unmittelbar relevant* sind, daß sie aus einem *inneren* Drang entstehen und den Patientinnen nicht von den Mitarbeitern auferlegt oder geplant werden. Es ist ein lebendiger

Prozeß und keine programmierte Teilnahme, die den Beschäftigten den Glanz nimmt, den eigene Bedürfnisse und Realität ihnen geben.

Um die beschriebenen Veränderungen zu bewirken, ist es notwendig, daß das Pflegepersonal und deren Aufsicht eine neue Einstellung gewinnen und ihre Rolle im Leben und im Genesungsprozeß der Patienten neu sehen lernen. Um dies zu erreichen, wurde ein fortlaufendes wöchentliches Praktikumsseminar mit diesen Mitarbeitern abgehalten. Es wird Wert darauf gelegt, daß die Seminarteilnehmer sich an der Untersuchung der Probleme beteiligen, denen sie sich in ihrer täglichen Arbeit gegenübersehen, und daß sie als Gruppe Sinn und Bedeutung von Entwicklungen explorieren, mögliche Wege zu ihrer Bewältigung erarbeiten und sich überlegen, wie man das oben angedeutete Programm verwirklichen könnte, das ständig verändert wurde, wie es die Zustände erforderten. Abgesehen von wenigen ersten Sitzungen hielten wir uns streng an das Prinzip, rein theoretische Erwägungen zu unterlassen. Die Theorie erwuchs aus praktischen Problemen und aktuellen Situationen und war auf sie bezogen. Praktische Vorschläge für Möglichkeiten der Verwirklichung des Programms wurden unterstrichen, und im Mittelpunkt der Seminargespräche stand das Verstehen der Wesensart und der Motivationen von Patienten.

Eigene Seminare in der Mittagspause wurden für die Aufsichtspersonen, Ärzte und Schwestern abgehalten, die für die alltägliche Verwirklichung des Programms verantwortlich waren, und die bei den Seminaren für Pflegerinnen nur Zuhörer, nicht Teilnehmer waren. Die Fortgeschrittenen-Seminare folgten auf die Diskussionen mit den Pflegerinnen; hier wurden die verschiedenen Ideen und Probleme aus den früheren Seminaren mit dem Wachpersonal ausführlicher diskutiert. Diese Sitzungen dienten als Forum für die Kommunikation unter den Spezialisten und dazu, die speziellen Fähigkeiten der Fachleute zum Wohl der Patientinnen zu integrieren oder aufeinander abzustimmen.

Die Seminare und Zusammenkünfte brachten viele Ergebnisse. Das wichtigste ist, daß die nur mit einer minimalen Schulbildung ausgestatteten und beruflich unausgebildeten Pflegerinnen sich immer mehr dessen bewußt wurden, daß die Patientinnen »Personen« sind (um ihre eigene Formulierung zu gebrauchen) und nicht nur Patienten, die man versorgen, abrichten und disziplinieren muß. Daß bei diesen Besprechungen die Patientinnen im Brennpunkt standen und nicht die gewohnte Sorge des Personals um die Sauberkeit auf den Stationen, die tägliche Routine und »Haushaltspflichten«, rief ein gewisses Maß an Mitgefühl für den traurigen Zustand, die Leiden und die Bedürfnisse der Patientinnen her-

vor. Dies nannten die Pflegerinnen selber ein Gefühl des »Mitleids«. (Nach zwei intensiven Sitzungen lehnten sie den vom Seminarleiter vorgeschlagenen Ausdruck »Liebe« ab.)

Infolge dieser und anderer Entwicklungen wurde das Interesse, das Verhalten der Patientinnen zu beobachten, sehr viel größer, und es war eine gewisse Neugier zu spüren, das Verhalten der Patientinnen zu verstehen. Die Pflegerinnen sammelten aus eigenem Antrieb eine Fülle wichtiger Beobachtungen und Informationen über bestimmte Patientinnen und ihre Familien, die zu Besuch kamen, und brachten dieses Material mit in die Diskussion. Ihre Beobachtungen erwiesen sich als nützlich für den Umgang sowohl mit den Familienangehörigen als auch mit den Patientinnen und erbrachten außerdem Hinweise auf notwendige therapeutische Maßnahmen.

Eine reiche Fülle von Vorschlägen kam auch aus den Zusammenkünften der aufsichtführenden Mitarbeiter in der Mittagspause, die zwei Stunden dauern sollten, oft aber um eine Stunde verlängert wurden. Der Inhalt dieser Sitzungen setzte sich zusammen aus dem, was bei den Seminaren der Pflegerinnen aufgefallen war, aus Beobachtungen und Erlebnissen auf den Stationen und den Reaktionen und Kommentaren der verschiedenen Mitarbeiter der einzelnen Fachgebiete und Ebenen.

Gemäß unserer Betonung der Aktivierung der Patientinnen und der Ermutigung zur aktiven Teilnahme haben wir Stationsversammlungen eingeführt, auf denen vorwiegend Aktivitäten geplant und Freiwillige für Komitees gesucht werden, die bestimmte Aufgaben zu erfüllen haben. Dazu gehörten Komitees für die Zubereitung und das Servieren des Kaffees am Vormittag, ein Komitee fürs Plätzchen- und Kuchenbacken, für die Reinigung der Station, fürs Bettenmachen, für die Ausschmückung der Räume für geplante Feste, für die Bewillkommnung von Gästen, für die Vorbereitung von Erfrischungen für die Feste, und Komitees für das Aufräumen hinterher (da die Feste im Eßsaal gefeiert werden, der der größte Raum des Stockwerks ist).

Zuerst wurden diese großen Stationsversammlungen oft gestört und unterbrochen von einzelnen halluzinierenden und irrationalen Patientinnen, die irrelevante und abfällige Bemerkungen, Obszönitäten, Angriffe auf den Leiter und verschiedene Forderungen hinausschrien (meistens wollten sie die Erlaubnis haben, nach Hause zu gehen). Bei Gelegenheit waren Auseinandersetzungen und physische Kämpfe unter je zwei Patientinnen häufig vorgekommen. Jedoch ließen diese tumultuösen Manifestationen mit der Zeit weitgehend nach, je mehr sich die Patientinnen beruhigten und auf die humanere und respektvollere Behandlung

durch das Personal reagierten. Das Klima auf den Stationen wurde ruhiger infolge der verminderten Feindseligkeit und Angst der Patientinnen, und die Stationsversammlungen spiegelten ebenso wie alle anderen Bereiche des Lebens auf den Stationen diese Veränderungen wider. Sie manifestieren sich in engeren Freundschaften, im Teilen von Besitztümern und in spontaner Kommunikation unter Patientinnen, die vorher vollständig fehlte, ebenso in spontanen Gruppenbildungen zu Spielen (z. B. zum Kartenspielen) oder ruhigen Gesprächen.

Niemals schließen sich jedoch alle Patienten auf einer Station während einer Diskussion dem Kreis an. Es gibt immer einzelne, die es vorziehen, abseits der Gruppe allein zu sitzen. Manche sind passive, stille Teilnehmer, und einige wenige sind noch zu sehr mit ihren eigenen Problemen beschäftigt. Es war und ist unsere Politik, die Bedürfnisse der Patientinnen nach Absonderung und Selbstversunkenheit nicht zu stören. Es gibt aber auf beiden Stationen eine genügend große Zahl von interessierten, aktiven Teilnehmerinnen, die für die Schaffung eines Gemeinschaftsgefühls einen wirksamen Kern bilden.

Nach etwa zwei Jahren hatten sich viele Patientinnen genug gebessert, daß sie konstruktiv an zusammenhängenden rationalen Diskussionen und direktem Meinungs austausch von Mensch zu Mensch teilnehmen konnten. Zu diesem Zeitpunkt gab es Zusammenkünfte kleiner Gruppen von acht bis zehn ausgesuchten Patientinnen mit zwei Mitarbeitern (einem Mann und einer Frau), von denen jeweils einer Psychologe war. Auch hier war der Inhalt der Gespräche auf praktische Dinge ausgerichtet. Dies entspricht unserem Grundsatz von der Notwendigkeit, Psychotikern die Gelegenheit zur Realitätsprüfung zu geben. Deshalb werden Gegenstände zur Sprache gebracht, die die Gruppenmitglieder zur Reaktion veranlassen, also z. B. die Auswahl von Themen, über die einige begabte Mitglieder Dialoge und Gedichte schreiben, das Schreiben von Theaterstücken (meistens in der Art von Musicals mit Dialogen, Gesang und Tanz), das Entwerfen von Kostümen, die Übernahme und das Verteilen von Rollen in den Stücken und die gegenseitige Hilfe beim Lernen der Rollen und bei der Verbesserung der schauspielerischen oder sonstigen Leistung.

Manchmal werden die Diskussionen, wenn es angebracht erscheint, vom Leiter, der ein ausgebildeter Musiker und für die Arbeit mit Patientinnen wie den unseren ausgesprochen begabt ist, planvoll auf die Untersuchung von Gefühlen und Einstellungen hingelenkt; dann werden Fragen besprochen, die mit Besuchen zu Hause, mit den Beziehungen zu Eltern und Geschwistern zu tun haben. Bei diesen Gesprächen gingen wir

jedoch behutsam vor und blieben mehr oder weniger an der Oberfläche, um den inneren Gleichmut der Patientinnen nicht mehr zu stören, als es ihrer Ich-Kapazität angemessen war.

Diese Gruppensitzungen werden wie die Stationsversammlungen einmal wöchentlich abgehalten. Ihre Dauer wird nicht von vornherein festgesetzt, und sie werden beendet, sobald ein Zeichen von nachlassendem Interesse erscheint oder Unruhe entsteht.

Es wäre ein schwerer Irrtum, und es würde Generationen von Patienten schaden, wollte man annehmen, Vita-erg-Therapie sei ein Allheilmittel für psychotische Patienten in Anstalten. Sie wurde zuerst in Stationen mit schwer herabgesetzten, chronischen und bisher »hoffnungslosen« Fällen eingeführt und ausprobiert. Das entsprang nur den Gegebenheiten. Wenige Patienten dieser Art können durch eine situative Therapie wie diese genügend gebessert werden, so daß ihre Rückkehr in die Gemeinschaft der »Normalen« gerechtfertigt erscheint. Durch das Programm ist bei vielen Patientinnen eine unverkennbare Veränderung zum Besseren eingetreten. Sie zeigten eine normalere »Fassade«, benahmten sich viel vernünftiger und hatten mehr mitmenschliche Beziehungen. Das wurde von Mitarbeitern und anderen Personen bestätigt. Verwandte der Patientinnen und ehemalige Mitarbeiter, die ihre frühere Arbeitsstätte einmal wieder besuchten, machten Bemerkungen darüber. Viele Patientinnen waren in andere offene Stationen versetzt, und eine Reihe war entlassen worden. Trotzdem wäre man sehr im Irrtum, wollte man behaupten, in der Psyche der meisten Patientinnen seien durch unsere Techniken grundlegende Strukturveränderungen bewirkt worden. Die Besserungen müssen als funktionell betrachtet werden, lediglich als eine Reaktion auf die wohltuendere Umwelt und die bessere Behandlung durch die Mitarbeiter. Die meisten hatten ausgesprochenere Psychotherapie nötig, sowohl einzeln als auch in Gruppen.

*Auf das Kind zentrierte »group guidance« (Gruppenführung)  
von Eltern <sup>11</sup>*

*Die Familie in der Psychohygiene.* Obwohl die Familie keine ganz autonome Institution ist, kann man die Tatsache nicht leugnen, daß die Familie und die Beziehungen in der Familie die Wurzeln geistig-seelischer Gesundheit sind. Die Familie spiegelt das umfassendere soziale Klima wider und erhält von ihm ihren Grundcharakter, aber in unserer Kultur werden die ersten Wahrnehmungen, die das Kind von sich

selbst, von anderen und von der Welt im allgemeinen hat, das Gefühl, geliebt und geborgen zu sein, seiner Persönlichkeit unauslöschlich durch die Behandlung eingeprägt, die ihm widerfährt, und von der Haltung, die seine Eltern und andere Angehörige seiner engsten Familie ihm gegenüber einnehmen.

Trotz der tiefgreifenden Folgen der Elternschaft haben Männer und Frauen ihre Elternrolle immer mit verschieden großer Zulänglichkeit gespielt, ohne viel oder auch nur etwas von der Dynamik zu wissen, die in der Persönlichkeitsentwicklung wirksam ist. Männer und Frauen, die das Glück hatten, selber in einer vergleichsweise konstruktiven Familienatmosphäre von Eltern aufgezogen zu werden, die in vernünftigem Maß Toleranz und Takt geübt haben, spielen ihre Elternrolle, ohne zu viele Schwierigkeiten zu schaffen. Es gibt auch Männer und Frauen, die wegen äußerer Bedingungen oder auf Grund ihres subjektiven Zustands, wie guter Gesundheit und belastbarer psychischer Struktur, in der Lage sind, diese Rolle ohne übermäßige Anstrengung und negative Wirkungen durchzuhalten. Die Elternschaft ist für sie keine übergroße Last, und infolgedessen reagieren sie auch nicht mit unverhüllter Wut, Reizbarkeit, Groll, Vernachlässigung oder übermäßiger Fürsorglichkeit. Dies wird manchmal als »Bereitschaft zur Elternschaft« bezeichnet. Diese passende Formulierung trifft zwar den Kern der Sache, aber sie ist doch ziemlich unklar, weil sie uns nicht sagt, worin eine solche »Bereitschaft« besteht. Wir wollen auf diesen Komplex nicht näher eingehen, um nicht zu weit von unserem Hauptziel abzuschweifen, aber jeder kann Störungen der adäquaten Erfüllung der Elternfunktionen erkennen, die von infantilen Eigenschaften, anachronistischen Wünschen und anderen Persönlichkeitsmängeln und -problemen herrühren. Man kann diese zwar nicht immer beseitigen, gewiß nicht bei der großen Zahl der bereits Erwachsenen, aber man muß Methoden entwickeln, sie für eine positive Elternschaft vorzubereiten, um mindestens die Belastungen für künftige Generationen zu verringern.

Jeweils acht Mütter oder Väter, die getrennten Gruppen zugeteilt werden, kommen alle 14 Tage für 90 Minuten oder zwei Stunden zusammen. Am besten ist die Wirkung der Gruppenarbeit, wenn die Kinder dieser Eltern im gleichen Alter und gleichen Geschlechts sind. Dies ist nötig, damit die Erfahrungen der Teilnehmer so ähnlich wie möglich sind. Ähnliche Erfahrungen und gleiche Situationen unterstützen die gegenseitige Identifikation, erleichtern die Teilhabe und gegenseitige Hilfe, erhöhen die Bedeutung der Kommunikationen und machen die Diskussionen praktischer und bedeutsamer. Wenn Gemeinsamkeiten fehlen,



werden die Diskussionen leicht theoretisch; das geschieht weniger leicht, wenn alle Beteiligten die gleichen Sorgen haben. Wir werden gleich sehen, daß Diskussionen und Gespräche sich immer um *aktuelle Situationen* drehen müssen, wie sie im Leben der Eltern vorkommen, und *nur um diejenigen, die mit ihren Kindern zu tun haben*. Aus diesem Grund ist der Faktor der Gemeinsamkeit so wichtig. Der Bericht oder die Darstellung einer Situation<sup>12</sup> durch einen Elternteil spiegelt in verschiedenem Maß die Situationen der anderen Teilnehmer. Reaktionen auf und Nachdenken über eine Situation nehmen daher eine praktische Wendung, da sie jeden auf intime und realistische Weise angehen. Die Auswahl der Teilnehmer ist hier wie bei allen Arten effektiver Gruppenarbeit — Gruppenberatung, »group guidance« und Gruppenpsychotherapie — der Angelpunkt des Erfolgs.

Im Interesse der geistig-seelischen Gesundheit muß man immer, wenn Angst erregt wird, Wege zu ihrer Beseitigung schaffen. Das Wasser auf der Mühle der Psychotherapie ist die Angst. Abgesehen von Fällen, in denen klinische Indikationen das Gegenteil verlangen, wird der Angst in der Psychotherapie erlaubt, ihren Lauf zu nehmen, denn der daraus resultierende emotionale Druck treibt den Patienten an, die Behandlung fortzusetzen. Das ist bei der auf das Kind zentrierten group guidance von Eltern natürlich nicht beabsichtigt. Das Ziel ist hier: 1. Eltern sensitiv zu machen für das Wesen und die Bedürfnisse ihrer Kinder, 2. Einstellungen und Wertmaßstäbe zu ändern, und 3. geeignete Methoden zu entwickeln, um mit den Kindern umzugehen. Dieses Ziel bestimmt a) die Auswahl der Gruppenmitglieder, b) die Zusammenstellung der Gruppen, c) die Rolle des *Leiters* und d) den Inhalt der Diskussionen. Die guidance groups (Führungsgruppen) für Eltern unterscheiden sich in jeder Hinsicht von Therapiegruppen, da die Grundbedingungen und -ziele verschieden sind. Wenn man zuließe, daß die Angst zunimmt, ohne den Teilnehmern Erleichterung oder Einsicht zu verschaffen, würde man dazu beitragen, die Spannungen in den Familien zu intensivieren, anstatt sie abzubauen.

Bei den guidance groups, mit denen wir es hier zu tun haben, besteht das Ziel darin, Empathie mit den Kindern hervorzurufen, das Erkennen ihrer Befürchtungen, Ängste, Gefühle der Schwäche und Unsicherheit zu ermöglichen, die der Kindheit eigen sind, und Zustände zu beseitigen, die diese Gefühle durch das Familienklima und andere Lebenssituationen und Beziehungen des Kindes intensivieren und vergrößern könnten. Diese Dinge kann man durch didaktische Techniken, Unterricht und Vorträge als Information vermitteln. Aber auf diese Weise erworbene



Informationen haben sich in dem bedeutsamen und dynamischen Lebensprozeß, der Reaktionen auf die feinsten Nuancen von Gefühlen und Emotionen erfordert, als wirkungslos erwiesen.

Unsere Methode der guidance versucht daher, Gedanken, Erwägungen und Überlegungen tief einzuwurzeln, indem man sie an tatsächliche Ereignisse und Erfahrungen bindet. Das macht sie bedeutsam. Eltern müssen allmählich *erkennen*, daß die Handlungen ihres Kindes, ob sie lästig sind oder nicht, Manifestationen seiner inneren Bedürfnisse sind, und daß sie vorwiegend durch frühere Erlebnisse bedingt sind, bei denen die Eltern eine entscheidende Rolle gespielt haben. Diejenigen, die diese Methode praktizieren, sind immer wieder beeindruckt und überrascht, wenn sie entdecken, welche allgemein verbreitete Neigung bei den Erwachsenen besteht, Kinder für bestimmte Eigenschaften und Verhaltensweisen zu tadeln, als ob die Kinder selbstgeschaffene Wesen seien und niemand an ihrer Formung beteiligt gewesen wäre. Eltern sind im großen und ganzen besonders blind für ihre eigenen Einflüsse in diesen Dingen.

Der Leser wird sich erinnern, daß ein deutlicher Gegensatz zwischen Psychotherapie und guidance herausgestellt worden ist, ein Gegensatz, der auch für Gruppenpsychotherapie und group guidance gilt. Wir haben auch schon angedeutet, daß die letztere in speziellen Fällen therapeutisch sein kann. Das mag auf den ersten Blick wie eine widersprüchliche Behauptung aussehen. Bei näherem Zusehen werden sich die Aussagen jedoch als nicht unvereinbar erweisen; aber bevor wir uns an die Aufgabe machen, sie miteinander in Übereinstimmung zu bringen, ist es vielleicht fruchtbar, einiges von der Grund-Dynamik herauszustellen, die in den auf das Kind zentrierten guidance groups, welche mit sorgfältig ausgesuchten Erwachsenen zu Ergebnissen führen, wirksam sind. Im folgenden stellen wir Dynamik und Ziele dieser Methode dar.

*Unterstützung positiver Trends.* Die Gruppendiskussionen sind darauf abgestellt, positive Trends und konstruktive Elemente im Leben der Eltern zu unterstützen. Die Gespräche wirken häufig feindseligen und destruktiven Praktiken entgegen, die sich z. B. in kritischen, mäkelnden, unvernünftig einengenden und ablehnenden Reaktionen der Eltern auf sich selbst oder andere Familienmitglieder spiegeln, oder sie lösen sie auf. Das Ergebnis ist offensichtlich eine optimistische, hoffnungsvolle Einstellung der Eltern, die an die Stelle ihrer alles durchdringenden Hoffnungslosigkeit und ihres Gefühls tritt, gescheitert zu sein. Mit Hilfe des Gruppenleiters bringen die Gruppenmitglieder einander dahin, wirksame Methoden zur Bewältigung bisher frustrierender Situationen zu

entdecken, wodurch das Gefühl des Versagens und des Gescheitertseins herabgesetzt wird.

Die vorherrschende Erwartung von Mißerfolgen wird vermindert; die Hoffnung auf Erfolg und Trost wird erhöht. Fundamentalere ausgedrückt: Diese Gruppen verbünden sich mehr mit dem Lebenstrieb als mit negativen oder destruktiven Impulsen. Das Prinzip der Liebe und des Verständnisses tritt an die Stelle von Haß und Ärger. Das wird teilweise erreicht durch die positive, konstruktive und helfende Einstellung und Absicht des Gruppenleiters, die sich unweigerlich den Gruppenmitgliedern mitteilen. Seine Haltung verstärkt den latenten Liebesinstinkt der Eltern, der durch die übermächtigen Leiden und negativen Erfahrungen der Vergangenheit und die aus diesen resultierende Hoffnungslosigkeit überwältigt oder zurückgedrängt worden war.

Die Gegenseitigkeit und die deutliche und ehrliche Absicht zu helfen und zu verstehen, die in diesen Gruppen herrschen, erzeugen neue Gefühlsreaktionen in dem an Geschwisterbeziehungen erinnernden Milieu, die den früheren Beziehungen dieser Männer und Frauen fremd waren. Es entsteht ein neues Bewußtsein der Verwandtschaft zwischen dem eigenen Selbst und dem Selbst anderer; neue und früher unbekanntere emotionale Reaktionen werden aktiviert. Hier sind Menschen (exemplifiziert durch den Gruppenleiter), die nicht dem Antrieb unterliegen, kritisch und mißbilligend zu sein; sie nehmen vielmehr Anteil an den Schwierigkeiten, Sorgen und Problemen der anderen; sie versuchen mitfühlend zu helfen, sind alle am Wohl des anderen interessiert und wollen einander wirklich nützlich sein. Diese Gegenseitigkeit und Einigkeit im Hinblick auf das Ziel und ihre menschliche Wärme setzen neue und bisher unbekanntere und noch nie erlebte konstruktive Gefühle frei, die den Liebesimpuls verstärken und infolgedessen feindselige, destruktive Reaktionen vermindern. Die neuentdeckten Gefühle geben der Persönlichkeit Weiche, Toleranz, Beweglichkeit und die Fähigkeit zur Einfühlung und zum Verständnis, die unweigerlich in alle Beziehungen einfließen, besonders in die Beziehungen zum Partner und zu den Kindern.

*Das Sich-Einfühlen in Kinder.* Die Gruppen lösen starre Haltungen gegenüber Kindern auf, ebenso die Erwartung, sie sollten idealisierten Vorstellungen und von den Erwachsenen gebilligten Maßstäben gemäß leben. Die Deutung der unvermeidlichen, ja, dem Kind eigentümlichen Ängste, Verwirrungen und Unreifeerscheinungen macht die Eltern geneigt, *bereitwillig* zu verstehen und zu akzeptieren, daß das Kind grundlegend anders ist als sie selber, und auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen, anstatt von ihm ein Verhalten zu verlangen, das es noch gar

nicht verwirklichen kann. Infolgedessen reagieren die Eltern auf ihre Kinder nicht mehr fordernd, strafend und ablehnend, sondern einführend und mitfühlend.

*Selbst-Annahme.* Da die Eltern in den Gruppen zum erstenmal in ihrem Leben erleben, daß sie angenommen werden, d. h., daß sie selbst nicht kritisiert, gedemütigt und in Schuldgefühle gedrängt werden, werden sie fähig, nachahmend und durch die neuerworbene innere Entspannung sich selbst mit weniger Kritik und Ressentiment zu akzeptieren. Nach der Erfahrung, selbst akzeptiert worden zu sein, sind sie auf dem Weg, sich selbst in einem freundlicheren Licht zu sehen, und wenn dies geschieht, sind sie auch fähig, die Grenzen und Schwächen anderer mit größerer Toleranz hinzunehmen. Sie werden geneigter, die Mühen eines Kindes bei der Anpassung an die Welt der Erwachsenen und an die ihm gestellten Forderungen in positivem Licht zu sehen und sich einzufühlen.

*Die Spiegelreaktion.* Eltern überlegen sich gewöhnlich nicht, ob ihre Methoden, mit ihren Kindern umzugehen, die richtigen sind. Da sie emotional beteiligt sind, bemerken sie nicht, was für Wirkungen ihr Verhalten hat und welche Rolle sie bei der Entstehung der Schwierigkeiten und Anomalien ihrer Kinder spielen. In den Gruppen werden solche Dinge immer wieder durchdacht, bis schließlich die Erkenntnis dämmert. Dieses Erkennen wird dadurch stark beschleunigt und verstärkt, daß man sich in den Handlungen anderer gespiegelt sieht. In der Isolierung kann es Eltern zwar gelingen, mit Hilfe ihrer Abwehrmechanismen und ihrer Angst vor Schuldgefühlen ihr eigenes unerwünschtes Verhalten aus ihrem Gesichtsfeld auszusperrern, zu leugnen oder nicht bewußt werden zu lassen, aber das ist nicht so leicht zu machen, wenn man ähnlichem Verhalten bei anderen gegenübersteht. Wenn die Abwehr nicht zu starr ist (in diesem Fall würden Eltern nicht für unsere guidance groups in Frage kommen), müssen die Identifikationstendenzen den Elternteil dahin bringen, daß er in sich ähnliche Reaktionen erkennt wie bei den Gruppenmitgliedern, die jeweils ihre Probleme vortragen. Abgesehen von Fällen neurotischer Blockierung ist eine solche Spiegelung der eigenen Mechanismen und Handlungsweisen eine wichtige Dynamik zur Lockerung der verkrusteten Überzeugungen, Verhaltensweisen und Abwehrmechanismen; hier wird der Grund gelegt für emotionale Distanzierung, Objektivität und Flexibilität.

*Verallgemeinerung.* Immer wieder haben Mitglieder von auf das Kind zentrierten guidance groups für Eltern ihre Erleichterung über die Entdeckung geäußert, daß auch andere Leute mit ihren Kindern Schwierigkeiten haben. Eine Verminderung des Gefühls, einzigartig zu sein und

allein zu sein mit seinen Schuldgefühlen und seinem Unbehagen, setzt die Spannung in diesen Gruppen genau wie in Therapiegruppen herab. Die Entdeckung, daß nicht nur man selber einen unerwünschten Zug hat oder versagt, mildert Schuldgefühle und stärkt die Selbstachtung. Mißerfolg, selbst wenn er nicht bewußt zugegeben oder verbalisiert wird, führt zur Selbstabwertung und zu Gefühlen der Wertlosigkeit. Die Entdeckung andererseits, daß auch andere an ähnlichen Unzulänglichkeiten leiden, ähnliche Fehler machen und in der gleichen Not sind, vermindert Last und Makel und läßt einen selber in besserem Licht erscheinen. Diese »Verallgemeinerung« ist allen guidance groups eigen und hat überall die gleiche heilsame Wirkung, das Individuum zu entspannen und es auf diese Weise aufgeschlossen zu machen für das Erlernen und Entwickeln neuer Verhaltensweisen.

*Gegenseitigkeit.* Auf Grund der Tatsache, daß alle Teilnehmer im wesentlichen die gleichen Schwierigkeiten haben und sich wegen ähnlicher Probleme Sorgen machen, und auf Grund des Umstands, daß ein Geist der Vertrautheit, der Teilhabe und der gegenseitigen Hilfsbereitschaft herrscht, entsteht in den Gruppen ein *Gefühl der Gegenseitigkeit*. Die Leiter unserer guidance groups hatten das Gefühl, dies trage in hervorragender Weise dazu bei, die Eltern für die Bemühung zu gewinnen, mit ihren Kindern angemessener umzugehen. Es war gleichsam, als versuchten die Eltern, der Gruppe zu gefallen, ihren Beifall zu gewinnen und von ihr akzeptiert zu werden.

Es ist verständlich, daß Menschen mit beunruhigenden Schwierigkeiten, wenn man ihnen ein Milieu bietet, in dem das Gefühl der Isolierung und des Versagens herabgesetzt wird, dieses Milieu aufsuchen und genießen. Die Männer und Frauen, die der guidance bedürfen, haben im großen und ganzen keine oder nur wenige warme oder enge persönliche Beziehungen; sie fühlen sich mehr isoliert und einsam als der Durchschnitt. Das Zusammensein mit anderen in einer Beziehung des gegenseitigen Sich-Annehmens und der Teilhabe muß ihnen ein Gefühl der inneren Wärme, des Vergnügens und der Geborgenheit geben. Tatsächlich werden freundschaftliche Beziehungen oft über die Gruppe hinaus erweitert. Die Gruppenmitglieder fahren einander z. B. im Auto nach Hause (wovon in Therapiegruppen abgeraten wird); sie helfen einander bei der Parkplatzsuche und bieten sich gegenseitig abgelegtes Kinderspielzeug und Ausrüstungsgegenstände an. Sie beraten einander nicht nur in Fragen des Umgangs mit den Kindern, sondern auch in bezug auf geeignete Haustiere für ihren Nachwuchs verschiedenen Alters und Geschlechts und in bezug auf die Versorgung der Tiere. Einmal schickte ein Grup-

penmitglied seinen Sohn in eine Pfadfindergruppe, die von einem anderen Gruppenmitglied geleitet wurde<sup>13</sup>.

In großen Stadtgemeinden, wo die Menschen dazu neigen, sich zu verlieren und sich isoliert und einsam zu fühlen, kommt eine kleine Gemeinschaft wie eine guidance group mit ihrer Atmosphäre der Freundlichkeit und Vertrautheit dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit entgegen. Ein anderer Grund, warum die Mitgliedschaft in diesen Gruppen genossen wird, liegt darin, daß Eltern kleiner Kinder wenig Gelegenheit haben, mit anderen Menschen zusammenzukommen, weil sie mit ihren zahlreichen und dringlichen Pflichten beschäftigt sind und bei ihren Kindern zu Hause bleiben müssen. Das begrenzt ihren Kreis von sozialen Kontakten; die Gruppen erweitern diesen Kreis.

Es besteht auch die Möglichkeit, daß das emotionale Erlebnis gegenseitiger Beziehungen, wie es unsere Gruppen vermitteln, die Eltern dazu bringt, den konstruktiven Wert menschlicher wechselseitiger Abhängigkeit zu erkennen, die ein Bestandteil der Gegenseitigkeit ist. Diese Erkenntnis macht sie oft toleranter und verständnisvoller für den Wert der Abhängigkeit ihrer Kinder von ihnen, was wiederum ihre Fähigkeiten der Einfühlung und Reaktionsbereitschaft verbessert. Wenn sie ihre normale Abhängigkeit von anderen Menschen akzeptieren, lassen sie sich von den Manifestationen dieser Gefühle bei ihren Kindern nicht so sehr beunruhigen. Die Haltung des Gruppenleiters gegenüber ihren Schwächen in dieser Hinsicht macht ihnen deutlich, daß eine nicht-straftende Einstellung eine bessere und konstruktivere Methode ist, mit Situationen fertigzuwerden. Die Gegenseitigkeit in der Gruppe dient dazu, ihre Rivalitäten und ihren Wettstreit außerhalb der Gruppe zu vermindern, und manifestiert sich in verbesserten Beziehungen zu Geschwistern, Eltern und Ehepartnern.

Die Gegenseitigkeit und die Geborgenheit, die sie verleiht, dient auch dazu, bei manchen die Aggressivität, bei anderen Schüchternheit und Absonderungstendenzen herabzusetzen. Genau wie die furchtsamen und die schüchternen Kinder in Aktivitäts-Therapie-Gruppen den Mut gewinnen, entschiedener und mit Selbstvertrauen zu handeln, so entwickeln sich auch die Erwachsenen in dieser Gemeinschaft in der gleichen Richtung. Viele der Väter und Mütter, die üblicherweise vorsichtig, schweigsam und ängstlich sind, werden zu aktiven Teilnehmern, und manche von ihnen erweisen sich oft als aufmerksamer und rücksichtsvoller als die anderen Gruppenmitglieder. Dies ist eine von einer ganzen Reihe von Ähnlichkeiten zwischen der Aktivitäts-Gruppen-Therapie für Kinder in der Latenzperiode und den guidance groups für Eltern.

*Die Identifikation mit einer gesunden Elternfigur.* Angesichts der Tatsache, daß der Gruppenleiter die Gruppenmitglieder bedingungslos akzeptiert, tolerant ist, sie gewähren läßt und sie und ihre Ideen achtet, dient er als ein Muster, nach dem die Eltern die Behandlung ihrer Kinder ausrichten. Wir haben erlebt, wie aggressive, intolerante, streitsüchtige Männer und Frauen sich gezügelt haben. Da sie ohne Kritik oder Tadel akzeptiert wurden, nahm ihre Abwehr ab, ihre Haltung änderte sich und ihr Verhalten besserte sich. Sie wurden toleranter und akzeptierender, während sie sich mit der guten Elternfigur, dem Gruppenleiter, identifizierten. Diese Gruppen sind in einem sehr realen Sinn Abbilder der Familie, denn in Familien, wo die Eltern tolerant, akzeptierend und gütig sind, leben die Geschwister vergleichsweise einträchtig miteinander, einmal, weil sie sich mit den Eltern identifizieren, zum anderen, weil die Geschwister-Rivalität unter solchen Bedingungen am geringsten ist.

Kraft seiner Stellung ist der Gruppenleiter ein Modell für die Identifikation und für die Ich-Funktionen, dem die Gruppenmitglieder in den Beziehungen zueinander und später zu ihren Partnern und Kindern nacheifern. Eine Frau sagte z. B., sie habe durch die Gruppe gelernt, daß sie die Dinge nicht nur mit ihren Kindern, sondern auch mit ihrem Mann durchsprechen könne. Früher hatte sie angenommen, ihre Funktion sei es, Entscheidungen zu fällen, und jeder müsse ihr gehorchen. Da sie tröstende und befriedigende egalitäre Beziehungen und Teilnahme an Diskussionen, in denen Geben und Nehmen die Regel waren, erlebt hatte, konnte sie sich offenbar genügend entspannen, um den Gruppenleiter als Vorbild zu akzeptieren, den sie früher ebenso abgelehnt und bekämpft hätte wie ihre Eltern. Die neue Verhaltensweise baute sie dann in ihre Familienbeziehungen ein.

*Der Erwerb von Kenntnissen.* Die positive Wirkung der guidance groups auf Eltern stammt nicht nur aus unbewußten und emotionalen Quellen. Die vielen Protokolle von Gruppensitzungen haben gezeigt, daß der Gruppenleiter bei passender Gelegenheit die Diskussion durch spezifische Informationen über ein gerade aktuelles Thema erweitert, ihr so Gewicht und Inhalt gibt und vermeidet, daß sich unbegründete oder schlecht untermauerte Meinungen verbreiten. Eltern mit geringer Schulbildung und weniger oder gar keinen psychologischen Einsichten geraten oft ganz außer sich über Fragen der Kindererziehung, zwischenmenschlicher Beziehungen und der Persönlichkeitsentwicklung. Viele der vorgebrachten Ideen sind veraltet, und die Informationen sind irreführend oder falsch. Der Gruppenleiter muß darauf vorbereitet sein, wissen-

schaftlich gültige Tatsachen und die zuverlässigsten und am besten begründeten Informationen zu liefern. Er gibt faktische Information über Fragen, die den Gruppenmitgliedern Kopfzerbrechen machen oder in denen sie zu unvernünftigen Schlüssen gelangen. Es fehlt nicht an Informationen über Wesen und Entwicklung des Kindes, aber man muß anpassen, daß die Diskussionen nicht in akademische Vorträge oder abstruses Gerede ausarten. Die Diskussionen in diesen Gruppen müssen auf der empirischen Stufe und im Bereich des operationalen Nutzens für den Umgang mit Kindern bleiben. Informationen sollten nur sparsam gegeben werden und nur, um Diskussionspunkte zu stützen oder zu klären, nicht mehr.

*Herabsetzung der Ich-Belastung.* Weil sie sich ihres Versagens bewußt sind, weil sie ihre Unfähigkeit im Umgang mit ihren Kindern bemerken, weil sie zu wenig von dem Wesen und den Bedürfnissen des Kindes wissen, leiden die Eltern an unvermeidlichen Schuldgefühlen, die ihrem Ich eine große Last auferlegen. Das Ich muß die Last der Angst, der Konflikte, Schuldgefühle und Verwirrung tragen und feindselige, aggressive und sonstige negative Impulse beherrschen. Das Ich bringt Kompromisse zustande, findet Lösungen, errichtet Abwehrmechanismen und setzt sie ein. Wenn Eltern diese und noch viele weitere Spannungen und Belastungen tragen müssen, wird das Ich *überlastet*; das führt oft zu impulsivem, irrationalen und unvorteilhaftem Verhalten. Die schlechte Laune macht sich Luft, Aggressionen werden in unangemessenen Strafen agiert, ungesunde Beziehungen entstehen, und die ganze Familienatmosphäre wird verdorben und für Kinder und Eltern unerträglich gemacht.

Wenn die Familiensituation von dieser Art ist, erscheint eine Verminderung der Ich-Belastung angezeigt. Das Individuum braucht Hilfe, die in manchen Fällen von seinem Partner, von seinen Eltern, einem Freund, einem Geistlichen oder einem Therapeuten kommen kann. Wenn man seine Belastungen und Widrigkeiten mitteilen, d. h. sie mit einem anderen Menschen teilen kann, wird das Gewicht des Leidens halbiert. Diese Teilung der Ich-Belastungen suchen die Menschen, wenn sie sich mitteilen oder Rat suchen. Sprechen ist richtig als »Erleichterung« bezeichnet worden, denn Schmerz und Spannung allein zu ertragen ist tatsächlich eine große Belastung des Ichs und des gesamten Organismus.

Aus diesem Grund ist das »Teilen« so wichtig. Es ist noch mehr wert, wenn man sich Gleichgesinnten gegenüber erleichtert, Menschen, die verstehen und mitfühlen können, weil sie ähnliche Schwierigkeiten und Lebenssituationen durchmachen, wie es in den auf das Kind zentrierten guidance groups der Fall ist. »Teilen« in diesem Sinn bedeutet eine Ver-



teilung der Last, die das Ich trägt, so daß es für andere Funktionen und Forderungen frei wird. Eine allgemeine Besserung, die an den Mitgliedern dieser Gruppen zu beobachten ist, ist die Folge<sup>14</sup>. Die auffallende Verbesserung der körperlichen Erscheinung, glänzende Augen, gerötete Wangen, allgemeine Wachheit, Verbesserung der Laune und der intellektuellen Funktionen sind die Folge der Befreiung von Ich-Energien, die bisher dadurch aufgezehrt wurden, daß der Mensch Schuldgefühle und Konflikte unterdrückt oder zu lösen versucht hat. Die auf diese Weise freigesetzten Energien werden automatisch zur Integration und Erweiterung der Persönlichkeit benützt. Vorteilhafte körperliche Veränderungen der Eltern in den guidance groups wurden von allen Gruppenleitern berichtet.

Vermehrte Ich-Reserven für die täglichen Aufgaben, welche durch die Ausschaltung intrapsychischer Spannungen, die sie vorher aufgezehrt haben, nun zur Verfügung stehen, werden in konstruktiveren Umgang mit den Kindern umgesetzt. Die Eltern haben nun mehr Energie, um Unzufriedenheit, Ärger, Feindseligkeit und Aggression niederzuhalten. Ihr »Siedepunkt« liegt höher. Sie können auf neue Kräfte zurückgreifen, die ihnen vorher nicht zur Verfügung standen, weil sie bei der Aufrechterhaltung eines ständig gefährdeten emotionalen Gleichgewichts verbraucht wurden. Das Gefühl, daß man mit einem Problem fertigwerden kann, daß man nicht hilflos ist, schafft einen Zustand der Entspannung und Distanziertheit, der einen seinerseits für vernünftige Argumente zugänglich macht.

*Stärkung der Ich-Funktion gegenüber der Es-Funktion.* Eine Folge der im vorangehenden Abschnitt beschriebenen Veränderungen ist das Phänomen verstärkter Ich-Funktionen (Selbstbeherrschung) und einer entsprechenden Abnahme der Es-Funktionen (Impulsivität). Diese Veränderung der dynamischen Anteile ist ein unvermeidliches Ergebnis der beschriebenen Verschiebung von Ich-Reserven. Die Diskussionen in den Gruppensitzungen fördern diese Veränderung. Ihr Inhalt ist auf eine bessere Behandlung der Kinder ausgerichtet, die auch ein besseres Verständnis ihres Verhaltens und ihrer Bedürfnisse einschließt. Die Eltern müssen es deshalb unweigerlich bemerken, wenn sie unvernünftig und impulsiv reagieren; sie müssen sich auch darüber klarwerden, daß sie beherrscher, bedachtsamer auf das Verhalten ihrer Kinder reagieren und mit ihnen umgehen müssen. Das pflegt allein schon, abgesehen von den bereits beschriebenen Veränderungen, die Rolle des Ichs oder des Realitätsprinzips gegenüber dem Es oder dem Lustprinzip zu stärken.

Dieser Trend spiegelt sich deutlich im Verhalten von Eltern, die an



auf das Kind zentrierten guidance groups teilgenommen haben. Er spiegelt sich auch in einigen ihren Äußerungen. Zum Beispiel sagte eine Mutter: »Ich habe gemerkt, daß ich bis zwanzig zählen muß« (bevor sie handelt). In einer anderen Gruppe sagte ein Vater ganz entmutigt: »Gibt es hierauf irgendeine Antwort?« Ein anderer antwortete: »Bruder, du mußt nicht nur bis zehn zählen, sondern bis fünfzig.«

In den Gruppen werden regressive Neigungen nicht gefördert, und in gewisser Weise wird von jedem erwartet, daß er sich seinen Kindern gegenüber auf angemessene Weise wie ein Erwachsener verhält. Die Gruppenmitglieder werden von den anderen gleichsam »gestoppt«, wenn sie ihre Impulsivität und Unbeherrschtheit (Es-Reaktionen) beschreiben, indem man sie auf Unwirksamkeit und Unangemessenheit ihres Verhaltens aufmerksam macht. Die Gruppe erwartet von ihnen, daß sie angemessener (auf der Ich-Stufe) handeln. Die Gruppe übernimmt in diesem Sinn eine Elternrolle. Wenn ein Mitglied Zustimmung, Schutz und Befriedigung sucht, repräsentiert die Gruppe (im Unbewußten) die Mutter; wenn die Gruppe reifes Verhalten erwartet oder fordert, übernimmt sie die Rolle des Vaters. Hier findet ganz deutlich eine Ich-Stärkung statt, die eine angemessene Ich-Funktion zur Folge hat.

*Verminderung von Schuld.* Da die beherrschende Emotion der Eltern Schuldgefühle sind, müssen diese im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit jedes Menschen stehen, der versucht, ihnen zu helfen oder sie umzuerziehen. Die wirksamste Dynamik ist dabei die »Verallgemeinerung«, weiterhin, in der Reihenfolge ihrer Bedeutung: Objektivierung, Erleichterung durch Verbalisierung und vermehrtes Wissen. Die Eltern zeigen sich immer wieder erleichtert, wenn sie herausfinden, daß andere auf ähnliche Weise »leiden«. Im Versagen oder in dem, was sie als Versagen ansehen, nicht allein zu sein, muß eine heilsame Wirkung haben. In der Vergangenheit haben die Männer und Frauen die deprimierende und angsterregende Erkenntnis ihrer realen und eingebildeten Verantwortlichkeit für die Beschwerden, die Leiden und die Fehlanpassung der Kinder abgewehrt. Vieles davon ist unvermeidlich und vorübergehend — ein Teil des Entwicklungsprozesses —, eine Tatsache, die viele Eltern nicht erkennen. Sie fühlen sich ungerechtfertigterweise schuldig wegen des schmerzlichen Kampfes, den das Kind bei der Anpassung an die fortschreitenden Realitäten der Reifung und bei ihrer Bewältigung durchzustehen hat. Sie fühlen sich schuldig, weil sie bei der Erziehung, bei Einschränkungen und Strafen ihre notwendige Autorität geltend machen müssen, aber auch wegen der unbewußten feindseligen Wünsche, die sie ihren Kindern gegenüber hegen; sie fühlen sich unbehaglich und

schuldig wegen des Neides und der Eifersucht auf ihre Nachkommen und wegen der zunehmenden Schwierigkeiten, die diesen begegnen, je älter sie werden.

Aber außer diesen eingebildeten und unvermeidlichen Ursachen der Schuld gibt es für sie auch realistische Gründe. Eltern setzen ihre Autorität wirklich oft übermäßig ein; sie frustrieren ihre Kinder und erlegen ihnen Versagungen auf, wo Geben und Gewährenlassen angemessener und konstruktiver wären; sie agieren ihre unbewußten Wünsche, die sie nicht hemmen und verhindern können, tatsächlich aus; sie handeln grausamer als nötig und achten die Individualität des Kindes und seine Rechte als Person nur wenig.

In einer guidance group entdecken die Eltern durch ihre eigenen Bemühungen, daß sie zwar früher unangemessen gehandelt haben, daß aber vieles von dem, was sie für ihre eigenen Besonderheiten und Spezialitäten gehalten haben, einfach der menschlichen Natur innewohnt und allgemein verbreitet ist. Diese Entdeckung dient dazu, sie von einem Großteil ihrer Schuldgefühle zu befreien; abgesehen von der allgemeinen Entspannung infolge der Befreiung, der Ich-Stützung, des vermehrten Wissens, der Annahme des Unvermeidlichen und anderen, bereits beschriebenen Formen der Dynamik. Solche Entdeckungen, Differenzierungen und solche Klarheit befreien die Eltern weitgehend von ihrer realistischen und auch ihrer eingebildeten Schuld.

*Stützung von Eltern-Instinkten und Eltern-Idealen.* Die Wirkung der Art von Diskussionen, wie sie in den auf das Kind zentrierten guidance groups für Eltern stattfinden, besteht in einer Stärkung der im modernen Erwachsenen ständig schwächer werdenden Eltern-Instinkte. Dieser Instinkt ist zwar biologisch vorhanden und so stark wie eh und je, aber ungünstige soziale Bedingungen und psychische Widerstände gegen ihn sind in den heutigen Gesellschaften im Zunehmen. Diese Dichotomie der Kräfte schafft Konflikte und Spannungen. Da die Diskussionen in den Gruppen sich auf Kinder konzentrieren, und da die Gruppenmitglieder sich nur mit ihnen beschäftigen, ist die unvermeidliche Wirkung, daß der Wunsch, gute Eltern zu sein, verstärkt wird, und der Konflikt zwischen den in diesem Syndrom wirksamen, einander entgegengesetzten biologischen und psychischen Kräften herabgesetzt wird.

*Unterstützung kultureller Werte.* Die offenkundige Absicht der auf das Kind zentrierten guidance groups fällt mit dem sozialen Ideal der Elternschaft zusammen und verstärkt es. Die Gruppen helfen den Eltern, Status zu erwerben sowie die Fähigkeit, dem sozialen Ideal gemäß zu leben, wo es ihnen aus verschiedenen Gründen früher mißlungen ist. Es

ist deshalb verständlich, daß die Eltern, bei denen keine schweren intrapersonalen Konflikte bestehen, bereitwillig neue Methoden für den Umgang mit ihren Kindern übernehmen, denn sie genießen, abgesehen von anderen Befriedigungen und Vorteilen, auch noch die Billigung der Gesellschaft.

*Erweiterung der Betätigungsbereiche.* Wie bei Therapiegruppen haben wir auch bei den auf das Kind zentrierten guidance groups für Eltern festgestellt, daß sie dazu dienen, die Interessen zu erweitern und die Teilnahme an sozialen Unternehmungen zu fördern. Manche Eltern, besonders Mütter, versinken derart in den Angelegenheiten der Familie und sind so sehr von den alltäglichen Anforderungen beansprucht und bedrängt, daß sie die meisten oder alle anderen Interessen ausschließen. Diese ausschließliche Beschäftigung und dieses einseitige Interesse beschränkt die Teilnahme der Eltern an sozialen Unternehmungen und ist die Ursache von Langeweile und Reizbarkeit. Wir haben hier also eine Situation, in der in gewisser Weise der Familienprozeß umgekehrt ist. Während die Eltern gewöhnlich die Kinder zurückhalten und hemmen, verhindern hier umgekehrt die Kinder und der ganze Rahmen der Familie die Persönlichkeitserweiterung der Eltern. In manchen Fällen machen die Kinder dies noch schlimmer durch übermäßige Forderungen und andere listige Methoden, die die Eltern fesseln und sie zwingen, ihre Aufmerksamkeit auf das Kind zu konzentrieren.

Viele werden überwältigt von der Verantwortung und der tatsächlichen Arbeit, die nötig ist, um die Familienroutine aufrechtzuerhalten und die zahlreichen und verschiedenartigen Aufgaben in engen Wohnungen zu erledigen; andere neigen auf Grund ihrer Persönlichkeitsmerkmale dazu, Einzelheiten übermäßig zu betonen und werden auf diese Weise überlastet; wieder andere haben immer nur wenige soziale Kontakte gehabt und fühlen daher nicht das Bedürfnis nach außerfamiliärer Geselligkeit.

Welches auch der Grund sein mag, Familien und Kinder werden von einer solchen Absorption der Eltern negativ beeinflusst, und die Folge ist eine Verarmung der intellektuellen und emotionalen Entwicklung. Die Kinder haben Gewinn davon, wenn ihre Eltern Ideen, Aktivitäten und Erlebnisse mit ihnen teilen und neue Gesichtspunkte und eine bereicherte Persönlichkeit mit nach Hause bringen. Ohne solche außerfamiliären Anregungen wird die Atmosphäre in der Familie häufig unfruchtbar, Monotonie und eintönige Routine zerstören Freude, Spontaneität und Freundlichkeit. In solchen Familien bestehen nur beschränkte erzieherische und kulturelle Möglichkeiten für erweiternde Erlebnisse, es fehlt

auch der Drang, nach ihnen zu suchen. Außer anderen Vorteilen bieten die guidance groups in begrenztem Maß Abwechslung für farblose und langweilige Leben. Obwohl die Diskussionen sich weitgehend auf das Verstehen von Kindern und auf Methoden des Umgangs mit ihnen beschränken, bringt der soziale Kontakt Abwechslung in das Leben der Eltern und bietet ihnen zumindest in gewissem Maß expansive Möglichkeiten und Erlebnisse. Man kann auch hoffen, daß die Gruppen als Anstoß dienen, andere Kontakte zu suchen, und daß sie die ersten Schritte in Richtung auf eine Erweiterung intellektueller und sozialer Interessen sind. In den Gruppengesprächen erwähnten Eltern z. B., daß sie künstlerische Kurse besuchen und sich gemeindlichen, bildungsfördernden und sozialen Interessengruppen anschließen wollten. Eine deutliche Entwicklung wurde bei einem Vater festgestellt, der unmittelbar infolge seiner Mitgliedschaft in einer auf das Kind zentrierten guidance group Leiter einer Pfadfindergruppe geworden war. Einige der Frauen waren »Hausmütter« bei Pfadfindergruppen für jüngere Kinder geworden.

*Einübung in Elternschaft unter Aufsicht.* Wenn Elternschaft als eine Kunst anzusehen ist und nicht nur als eine Reihe von Instinktreaktionen (wie bei Tieren), dann ist eine Ausbildung dafür offensichtlich wichtig. Diese Tatsache wurde durch die Fragen und Diskussionen in unseren Gruppen deutlich, wie aus dem Buch *Child-Centered Group Guidance of Parents*<sup>15</sup> zu entnehmen ist. Eine Kunst oder Fertigkeit kann man aber nicht durch Theorie allein praktisch erlernen. Fertigkeiten und die Anwendung von Fertigkeiten können nur durch Tun erlernt werden. Das gilt für alle Berufe und für jedes Handwerk. Die ärztliche und die pflegerische Ausbildung umfassen praktische Assistenzarbeit unter Aufsicht. Das Abschlußexamen des Ingenieurs wird nur als eine Vorstufe zum Beruf angesehen. Die Ausbildung in Architektur ist vorwiegend praktischer Art, und die Aufgaben, die die Studenten zu lösen haben, sind in jeder Hinsicht denen ähnlich, die ihnen in der wirklichen Berufspraxis gestellt werden. Das gilt auch für alle mechanischen Fertigkeiten und Handwerke. Empirische Ausbildung in der Arbeit ist der einzige Weg zur Fertigkeit.

Es gibt keinen Grund, warum dieses Prinzip nicht für die Fertigkeiten der Elternschaft gelten sollte. Bücherwissen über Kinderpsychologie und Entwicklung ist nützlich, führt aber selten zu geeigneten praktischen Methoden der Elternschaft. Diese müssen durch angeleitetes Handeln gelernt werden, das die auf das Kind zentrierten Elterngruppen ermöglichen.

Der Inhalt der Diskussionen in den guidance groups ist daher fast

ausschließlich auf das *tatsächliche Verhalten und Handeln* von Kindern und die Art, wie Eltern mit ihnen umgehen, ausgerichtet. Die Angemessenheit oder Unangemessenheit, die Wirksamkeit oder Unwirksamkeit und die Folgen der Reaktionen und Haltungen der Eltern werden mit Hilfe der »sokratischen Methode« oder in freier Diskussion oder auf beide Arten untersucht. Die Betonung wird auf die *Gründe* für die störenden, negativen oder provokanten Handlungen des Kindes gelegt, und man bemüht sich, ihre Ursachen und Anfänge im Elternhaus aufzuspüren. Reine Theorie wird möglichst vermieden, wird aber angeboten, um die Praxis zu beleuchten, und folgt dann immer der Untersuchung einer *wirklichen* Handlung oder Situation im Elternhaus. Vorschläge für geeignetere Methoden, mit dem *tatsächlichen Verhalten* eines Kindes fertigzuwerden, wie es ein Elternteil dargestellt hat, sollten zuerst aus der Gruppe kommen und nur, wenn nötig, vom Gruppenleiter ergänzt werden. Der Leiter muß sich vor der Neigung der Gruppenmitglieder in acht nehmen, in Abstraktionen und Verallgemeinerungen auszuweichen. Verallgemeinerungen in bezug auf die Natur des Kindes, die Rollen der Eltern und Grundhaltungen sollten *Ergebnisse* der Erörterung dessen sein, was zu Hause und in der Diskussion geschehen ist.

#### *Koordinierte Familien-Gruppen-»Therapie«* <sup>16</sup>

In den Fällen, wo die Eltern ihre Kinder nicht deswegen schädigend behandeln, weil sie die Elternrolle falsch auffassen und/oder nichts von der Entwicklung und den Bedürfnissen des Kindes wissen, sondern weil sie selbst Persönlichkeitsprobleme haben — neurotischer oder anderer Art —, ist irgendeine Form von Therapie angezeigt. Die Behandlung kann, je nach der Indikation im Einzelfall, allein oder in der Gruppe stattfinden. In gemeindlichen Psychohygiene-Zentren und Child-Guidance-Kliniken, wo gewöhnlich Möglichkeiten der Therapie für Eltern und Kinder vorhanden sind, sind Gruppen geeignete korrektive Medien für solche Patienten, bei denen die Einzelbehandlung nicht unbedingt wichtig ist.

Die »Familientherapie« hat sich in den letzten Jahren weit ausgebreitet, je mehr die auf dem Gebiet der Psychohygiene Arbeitenden erkannt haben, was für einen entscheidenden Einfluß interpersonale Familienbeziehungen und Familienklima auf die Konditionierung der Persönlichkeit und auf die geistig-seelische Gesundheit ausüben. Die vorherrschende Methode zur Überwindung der Krankheitszustände, die Fami-

lienkonflikte und Familienpathologie erzeugen, besteht darin, die Familie als Einheit zu behandeln. Man will dabei konfliktträchtige Gefühle, Haltungen und Reaktionen unter den Familienangehörigen herausstellen, die manchmal Eltern, Geschwister, Großeltern und andere Verwandte erfassen, die zusammenwohnen.

Die möglichen zersetzenden Folgen eines solchen Vorgehens sind klar. Die volle, ungeschminkte Offenbarung der feindseligen und selbst boshaften Gefühle, die in Problemfamilien herrschen, können den bereits brüchigen Zusammenhalt der Familie unwiderruflich zerbrechen und zu ihrer Auflösung führen. Das Ich der Familienangehörigen zu überlasten, indem man die feindseligen und destruktiven Gefühle, die sie gegeneinander hegen, in all ihrer Nacktheit aufdeckt, ist ein Risiko, das man nur mit großer Vorsicht eingehen sollte, wenn überhaupt.

Ein ernstes Problem entsteht aus der gleichzeitigen Anwesenheit von Familienangehörigen. Es liegt in der Tatsache, daß die Gruppe dann *realitätsgesättigt* wird. »Die Psychotherapie muß, um wirksam zu werden, von den Phantasieprojekten und Verzerrungen zehren, mit denen der Patient im Leben arbeitet ... Das Vorhandensein zu vieler Realitätsfaktoren in der Therapie ... die *Realitätssättigung* sollte vermieden werden ... Sie tritt ein, wenn Eltern und Kinder oder Ehemänner und Ehefrauen zusammen in den gleichen Gruppen sind. In solchen Gruppen werden die Ressentiments und Feindseligkeiten durch die gleichen Reizungen und Stimulatoren herausgelockt wie im realen Leben, und sie ... werden mit aller Vehemenz und all ihrem Groll agiert. Unter diesen Umständen ist es sowohl unmöglich als auch nicht ratsam, Gefühle einer adäquaten Analyse zu unterziehen ... Die Psychotherapie hat mit dem *Wiedererleben* (also mit Phantasien, Verzerrungen und Projektionen) zu tun und nicht mit dem Leben ...«<sup>17</sup>. Bestenfalls können solche blutsverwandten Gruppen *nach Art der Beratung oder der guidance* funktionieren.

Wegen der Ausdehnung der »Familietherapie« in den letzten Jahren obliegt es den auf dem Gebiet der Psychohygiene Arbeitenden, eine Untersuchung ihrer Wirksamkeit im Licht unserer Auffassung vom Wesen der Psychotherapie zu unternehmen; auch muß geprüft werden, ob die Ergebnisse, die sie erzielen möchte, wirklich erreicht werden, und ob es überhaupt möglich ist, sie zu erreichen. Wir müssen im Licht der Psychotherapie *als Prozeß*, in dem ein Umbau der Persönlichkeit stattfindet und mehr oder weniger dauerhafte Veränderungen bewirkt werden, prüfen, was das Ziel der wahren Psychotherapie ist. Den Umbau der Persönlichkeit verstehen wir als einen dynamischen Prozeß, in dessen Ver-

lauf durch die Aufdeckung verdrängter und unbewußter Determinanten von Gefühlen und Verhaltensweisen intrapsychische Veränderungen eintreten, in deren Gefolge die Funktionen und dynamischen Beziehungen zwischen Es, Ich und Über-Ich sich so wandeln, daß sie den Anforderungen seelisch-geistiger Gesundheit entsprechen.

Die gleichzeitige Anwesenheit der Familienangehörigen bringt die Gefahr mit sich, daß die Familie unwiderruflich zerrissen wird, weil die Toleranzfähigkeit einiger oder aller Familienmitglieder überlastet wird und weil in einem solchen Rahmen der Widerstand gegen Selbstoffenbarung intensiviert wird. Man kann voraussehen, daß therapeutische Sitzungen mit ganzen Familien entweder sehr stürmisch verlaufen, zu nichts führen oder viele andere Schwierigkeiten in den interpersonellen Beziehungen bieten, die sich vielleicht als destruktiv erweisen oder zumindest als therapeutisch unproduktiv. Es wäre illusorisch anzunehmen, daß Sitzungen mit Familien in einer Klinik die inneren Eigenschaften des häuslichen Klimas getreulich wiedergeben oder daß sie immer die freiwillige Preisgabe unterschwelliger Inhalte begünstigen, die für andere Mitglieder der Familiengruppe belastend wären. Während kleine Kinder vielleicht Gefühle agieren und vielleicht sogar verbalisieren, kann man von jugendlichen und erwachsenen Familienangehörigen kaum erwarten, daß sie schädliche und feindselige Gefühle ihren Blutsverwandten gegenüber offenbaren oder ihre sorgfältig verborgenen Phantasien, Wünsche und Übertretungen preisgeben (was in der Psychotherapie wesentlich ist). Gruppen aus ganzen Familien können fruchtbar benützt werden, um administrative Fragen und Führungsprobleme in der Familie, um Rollen und Verfahrensweisen durchzuarbeiten. Affekt und schuldbeladene Gefühle und Absichten werden entweder zurückgehalten oder geschaffen, wenn sie zutage treten, ein unerträgliches Klima im Haus, das zu Stress und Auflösung der Familie führen kann.

Unsere eigene Erfahrung, die von vielen anderen Praktikern bestätigt wird, zeigt unverkennbar, daß z. B. in Gruppen von Ehepaaren viel weniger preisgegeben wird, als wenn man die Ehepartner getrennt behandelt. Als z. B. einmal in einer Gruppe von Ehepaaren der Ehemann einer Patientin abwesend war, sprach die Frau über intime Familienangelegenheiten, über die keiner von beiden in Gegenwart des anderen etwas hatte verlauten lassen. Sie schloß ihren ziemlich langwierigen Bericht mit der Bemerkung: »Ich konnte diese Dinge nicht sagen, als mein Mann hier war.« In einer anderen Gruppe von Ehepaaren, wo auf das Kind zentrierte guidance betrieben wurde, stellte ein Ehemann sich als einen idealen, verständnisvollen Vater seines (latent schizophränen) Soh-



nes dar. In einer Sitzung nach der anderen beschrieb er, wie sensibel und höchst angemessen er den Jungen behandle. Als die Gruppe nach Geschlechtern aufgeteilt wurde, berichtete die Mutter von zahlreichen Handlungen ihres Mannes, die seine Behauptungen Lügen strafte. Sie schilderte eingehend seine Ungeduld, sein repressives Vorgehen und sein allgemein autoritäres Verhalten, das ihrem Sohn viel zu schaffen machte. Sie behielt diese Informationen während der zungenfertigen Vorträge ihres Mannes für sich, offensichtlich, um sich nicht selber seine Feindschaft zuzuziehen.

Um sowohl die Widerstände als auch die Gefahr zu vermeiden, die Spannungen in den Familien noch zu verstärken, haben wir in den letzten vier Jahren mit einem Plan der Familienbehandlung Versuche angestellt, der sich am besten als »Koordinierte Familien-Gruppen-Therapie« beschreiben läßt. Die Patienten, um die es ging, waren heranwachsende Jungen und Mädchen im Alter von 14 bis 17 Jahren. Sie waren in paranalytischer Gruppenpsychotherapie, und zwar in getrennten Gruppen für Jungen und Mädchen, jeweils für eine Altersgruppe mit Unterschieden bis zu zwei Jahren.

Die Väter und Mütter der Patienten kamen auch in getrennten Gruppen zusammen, und auch sie waren nach dem Alter und dem Geschlecht ihrer Kinder zusammengestellt<sup>18</sup>. So wurden Väter von Mädchen zusammengefaßt, während Väter von Jungen sich in anderen Gruppen trafen. Das gleiche Prinzip wurde bei der Gruppierung der Mütter angewandt. Die Elterngruppen wurden nach den Prinzipien der auf das Kind zentrierten group guidance durchgeführt; die schwer gestörten Eltern wurden als selbständige Patienten mit Einzelpsychotherapie versorgt. Die Zuteilung zu den Gruppen wurde nach den für diese Gruppen entwickelten Kriterien vorgenommen<sup>19</sup>; man trat alle 14 Tage zusammen.

Jede von den in die Familienbehandlung einbezogenen Gruppen wurde von einem anderen Therapeuten (bei den Jugendlichen) und einem anderen Gruppenleiter (bei den Eltern) geleitet, dabei waren die Mädchengruppen mit einem männlichen Therapeuten versehen. Die Vätergruppen wurden von Männern geleitet, die Müttergruppen von Frauen. Die »Leiter« dieser Gruppen müssen zwar erfahrene Therapeuten sein, aber bei diesem Plan kann kein Mitarbeiter zugleich mit einem Kind und einem Elternteil zu tun haben. Das heißt, ein Mitarbeiter, der eine Therapiegruppe führt, darf keinen Kontakt mit einem Elternteil irgendeines seiner Patienten haben, weder in der group guidance noch in der Einzeltherapie. Diese Trennung der Funktionen verhindert, daß dem



Therapeuten mißtraut wird, daß der Widerstand zunimmt und daß es ein Durcheinander in der Übertragung gibt.

Das Adjektiv »koordiniert« bezeichnet die Tatsachen, daß a) alle Gruppenleiter und Therapeuten, die mit jeder der Familien zu tun hatten, von ein und derselben Person »kontrolliert« wurden; b) alle ermutigt wurden, Tatsachen und Beobachtungen in bezug auf Familienmitglieder bei informellen Begegnungen in der Klinik während gelegentlicher Freizeitperioden miteinander auszutauschen, wie z. B. in der Mittagspause und bei beiläufigen Unterhaltungen zu irgendeiner anderen Zeit, und daß c) formelle »Integrations«-(Fall)-Besprechungen in regelmäßigen Abständen abgehalten wurden (sie wurden auch vom Kontrollanalytiker jederzeit einberufen, wenn die Entwicklungen in einer Familie einheitliche, koordinierte Maßnahmen notwendig machten oder irgendeine kritische Entwicklung im Entstehen war, die die Aufmerksamkeit aller erforderte). Zu den regelmäßig angesetzten Integrationskonferenzen wurden auch andere Mitarbeiter zugezogen, wie z. B. der Einzeltherapeut des Kindes oder eines beteiligten Elternteils, Psychologen, die die Teenager getestet hatten, Personal von den überweisenden Schulen (gewöhnlich die Psychologen) und manchmal ein Psychiater der Klinik.

Ein Hauptelement des Koordinierungsprozesses waren die ausführlichen, maschinengeschriebenen Protokolle jeder Sitzung, die jeder der Therapeuten und Gruppenleiter anfertigte. Diese wurden vom Kontrollanalytiker vor den allwöchentlichen Sitzungen mit den einzelnen Mitarbeitern sorgfältig gelesen, mit Anmerkungen versehen und miteinander verglichen, so daß die Interaktionen der einzelnen Mitglieder der Familiengruppe, ihr ganzes Klima, leicht und unverfälscht zutage traten.

Kritische Konfliktsituationen, bösertige Haltungen und schädigende Handlungen kamen unweigerlich in den Kommunikationen eines oder mehrerer Familienangehöriger heraus<sup>20</sup>. Diese Offenbarungen machten uns auf die Notwendigkeit aufmerksam, therapeutische oder psychagogische Maßnahmen zu ergreifen, um jeweils die Familiengruppen- oder Einzel-Pathologie zu korrigieren oder zu mildern. Manchmal bezogen sich diese Maßnahmen nur auf eine Person — Vater, Mutter oder Kind — und konnten in seiner oder ihrer Gruppe durchgeführt werden. Häufiger erzeugten andere Familienangehörige die Schwierigkeit. In solchen Fällen wurden ein Gruppenleiter oder beide<sup>21</sup> vom Kontrollanalytiker von den Fakten in Kenntnis gesetzt, so daß der Betreffende, auf die Situation aufmerksam gemacht, bei den Diskussionen in seiner Gruppe Gelegenheit nehmen konnte, über das Problem und seine Bedeutung zu

sprechen, ohne es jedoch direkt mit der gemeinten Person in Verbindung zu bringen, falls nicht diese es freiwillig auf sich bezog. Wenn das Thema nicht spontan zur Sprache kam, wurde dem Gruppenleiter geraten, es bei einer zukünftigen Sitzung subtil in logischem Zusammenhang mit einem anderen Thema einzuführen, das die Gruppe gerade beschäftigte.

Je nach der zeitlichen Aufeinanderfolge von Gruppen- und Kontrollsitzenungen wurde die von irgendeinem der Familienangehörigen erhaltene und im diktierten Protokoll aufgezeichnete Information entweder den parallel Arbeitenden vom Kontrollanalytiker während der Kontrollstunde, durch ein Telefongespräch von Büro zu Büro, durch einen schriftlichen Hinweis auf dem maschinengeschriebenen Protokoll (das die Mitarbeiter mit einer Notiz in ihrem Briefkasten fanden) oder durch den schriftlichen oder mündlichen Vorschlag übermittelt, die zwei oder drei beteiligten Mitarbeiter sollten einschlägige Informationen über die Familie austauschen, von der sie je nach Lage des Falles während zukünftiger Gruppen- oder Einzelsitzungen Gebrauch machen könnten.

Ein Beispiel für diesen einfachen, wenn auch kompliziert klingenden Prozeß ist das häufig wiederkehrende Thema Taschengeld. Dieses Thema taucht in den Jugendlichen-Gruppen unfehlbar auf, besonders wenn die Mitglieder aus der Mittelschicht stammen. Wegen realer und symbolischer Bedeutungen ist die Art, wie mit dem Taschengeld verfahren wird, mit ziemlich starken Gefühlen beladen; sie ist in vielen Häusern eine Quelle erheblicher Spannungen und Konflikte; dieser Konflikt wird in andere Bereiche übertragen und verursacht viel Kummer und unglückliche Gefühle.

In der Therapiegruppe der Jugendlichen kann man sich dem Thema nähern, indem man die Gefühle gegenüber dem eigenen Selbst erforscht, die als Rebellion gegen Abhängigkeit und Bestrebungen in Richtung auf Selbstvertrauen und Selbständigkeit zutage treten, oder man kann das Thema im Zusammenhang mit der Realitätssituation betrachten und entsprechend behandeln. Es ist jedoch klar, daß dies kein Problem ist, das ein Teenager selbständig lösen kann, besonders wenn es stark affektbesetzt und nur Teil einer umfassenderen Konfliktsituation ist. Man muß die Eltern anleiten, mit diesem Problem mitfühlend, flexibel und verständnisvoll umzugehen. Wenn sie vom Therapeuten der Jugendlichen-Gruppe, wo das Thema aufgetaucht ist, von der Situation in Kenntnis gesetzt sind, können die Leiter der Väter- und Müttergruppen die Gelegenheit ergreifen und in ihren Gruppen die Diskussion auf dieses Thema lenken.

Wenn man das Thema Taschengeld zum Ausgangspunkt nimmt, ergeben sich Möglichkeiten zur Erweiterung der Diskussion, die dazu führen kann, daß sich die Eltern darüber klarwerden, in welchem Aufruhr die Jugendlichen leben, welche Kämpfe sie im Inneren und mit ihrer Umwelt auszufechten haben, über ihre Verwirrung, ihre Befürchtungen und Ängste — was alles die Eltern eher leichter machen sollten, anstatt weitere Spannungen hinzuzufügen. Die Frage des Taschengeldes ist, wenn sie auch manchen Eltern unwichtig erscheinen mag, von höchster Wichtigkeit, besonders für Jungen, im Hinblick auf ihr Streben nach Reife, Verantwortung und ihr Selbstbild. Die Erörterung so spezifischer Probleme in den auf das Kind zentrierten Gruppen greift dann allgemein auf Gebiete der psychosozialen Entwicklung über.

Klagen und Unzufriedenheit über die Kinder wurden von den Eltern ebensooft vorgebracht wie umgekehrt Klagen der Kinder über die Eltern, wenn nicht noch mehr. Am häufigsten klagten Eltern über die Einstellungen der Kinder zu Leistungen in der Schule und über die Leistungen selbst. Die zweithäufigste Sorge bezog sich auf den Ungehorsam der Kinder, auf ihren Mangel an Verantwortungsgefühl und ihre Unlust zur Mitarbeit im Haus. Wie erwartet, war das dritthäufigste Thema die Unverträglichkeit unter den Geschwistern.

Gemäß der Regel der auf das Kind zentrierten group guidance für Eltern nahmen allgemeine Erörterungen in den Diskussionen eine untergeordnete Stellung ein. Unter der Führung der Gruppenleiter lernten die Eltern, durch Gruppendiskussionen spezifische Gründe für das Agieren ihrer Kinder zu identifizieren und Methoden zu finden, um mit ihnen fertigzuwerden. Die Gruppenleiter trugen Schlußfolgerungen in bezug auf Verfahrensweisen vor und ebenso in bezug auf das Verständnis für Reifungsvorgänge, die das Verhalten der Kinder aktivierten, so daß alle Schritte, die unternommen werden mußten, aus einem Verständnis der Bedürfnisse hervorgingen.

Die Informationen über Haltungen und Verhalten der Kinder, die wir von den Vätern und Müttern bekamen, wurden an die Therapeuten der Jugendlichen-Gruppen (oder an die Einzeltherapeuten, wenn sie etwas damit zu tun hatten) weitergegeben, die sie zu geeigneten Zeiten und in geeignetem Zusammenhang als »Wasser auf die Mühle der Therapie« benützten. Infolge innerer Entspannung und besseren gegenseitigen Verstehens entstand ein merklich harmonischeres Familienklima, das nicht nur das Leben aller Beteiligten weniger anstrengend machte, sondern auch die rekonstruktiven Bemühungen der Therapeuten der Kinder förderte und die Belastungen der Lehrer in der Schule verminderte<sup>22</sup>.

Vielleicht kann ein Fall, der die Wichtigkeit der klaren Übermittlung von Ideen an Eltern veranschaulicht, zum Verstehen des Wesens und der möglichen Fallstricke in der Praxis der »Koordinierten Familien-Gruppen-Therapie« beitragen.

... Ein 16jähriger Junge klagte in seiner Gruppe, sein Vater habe jetzt den »Gemeinsamkeitsfimmel. Alles muß von der ganzen Familie zusammen gemacht werden.« Auf Drängen des Vaters machte die Familie zusammen Autofahrten, sie gingen als Gruppe zum Essen aus und gingen miteinander auf den Golfplatz. Das verdroß den Jungen, der sich besonders über die ständige Anwesenheit einer erheblich jüngeren Schwester ärgerte.

Der Gruppenleiter der Vätergruppe lenkte in der nächsten Sitzung die Diskussion auf das Bedürfnis Jugendlicher nach Unabhängigkeit und auf ihr Streben, sich ein Leben außerhalb der Familie aufzubauen. Diese Gedanken wurden von der Gruppe und dem therapeutisch geschulten Gruppenleiter besprochen und bearbeitet. Auf der nächsten Sitzung der Müttergruppe schilderte die Mutter des Jungen klagend die Ereignisse des vergangenen Sonntags. Als die Familie gerade in ein Restaurant zum Essen gehen wollte, verkündete der Vater mit Bestimmtheit, nur die Eltern und die Tochter würden zum Essen gehen, der Junge sei »alt genug, sich selbst seine Gesellschaft auszusuchen und selbständig zu werden«. Der Mutter war die Abwesenheit ihres Sohnes und die offensichtliche Ablehnung des Sohnes durch den Vater äußerst unbehaglich; sie rief während des Essens zu Hause an, um herauszufinden, was der Junge gegessen hatte, und bat ihn, zu der übrigen Familie in das Restaurant zu kommen. Er sagte wütend, er habe schon gegessen, er habe etwas zu essen im Kühlschrank gefunden, und fügte hinzu: »Ich würde sowieso nicht mit euch ausgehen, selbst wenn ihr mich darum bitten würdet.« Er hatte schon einen Freund angerufen und sich mit ihm für das kommende Wochenende verabredet (was wahr gewesen sein kann oder auch nicht). Offenbar hatte der Vater nach einer »Idee« gehandelt, die er in der Gruppendiskussion erworben hatte, ohne daß ihm der subtile Prozeß bewußtgemacht worden war, der notwendig ist, um einen Jungen von seinen Bindungen an die Familie zu befreien.

Eine ziemlich schwierige Situation schilderte die Familie W. Beide Eltern beklagten sich über die Nachlässigkeit, Renitenz und die Verzögerungstaktik ihrer 16jährigen Tochter, besonders bei den Schularbeiten. Sie schob gewöhnlich ihre Arbeiten fast bis Mitternacht hinaus, so daß es schwer war, sie morgens wachzubekommen, und sie kam deshalb häufig zu spät zur Schule. Der Vater berichtete, er müsse am Abend mehrmals in das Schlafzimmer seiner Tochter gehen, wo sie im Pyjama herumlungere; oft finde er dann, daß sie etwas lese, was nichts mit ihren Schularbeiten zu tun habe. Er pflege sie dann wegen ihrer wurstigen Haltung und wegen der späten Stunde zu tadeln.

Das Schlafzimmer der Eltern lag neben dem des Mädchens, und in der Gruppendiskussion stellte sich heraus, daß der Vater den Fernseher jeden Abend bis Mitternacht laufen ließ, aber er sagte, er »drehe ihn ganz leise«. Das Mädchen sprach in seiner Gruppe freimütig über seine »Unfähigkeit«, seine Arbeiten rechtzeitig zu erledigen und daß es immer »erst spät abends« zu seinen Lektionen komme. Es sagte von selber, daß es sich oft für Romane und Sachbücher interessiere, die nichts mit den vom Lehrer gegebenen Aufgaben zu tun hätten.

Die Mutter berichtete, sie und ihre Tochter gerieten häufig in heftigen Streit, weil das Mädchen zu spät aufstehe und dann fordere, die Mutter solle es zur Schule fahren. Der Streit ende immer mit einer Kapitulation ihrerseits, denn sie wolle nicht, daß ihre Tochter »zu spät komme«.

Einige Monate nach dem Beginn der Gruppenzusammenkünfte berichtete der Vater sehr verwundert, in der Zeit zwischen der letzten und der gegenwärtigen Gruppensitzung (die Sitzungen wurden alle 14 Tage abgehalten) seien er und seine Frau eines Abends früh von einer Ferienreise zurückgekommen und hätten ihre Tochter in tiefem Schlaf vorgefunden. Beide könnten es nicht verstehen, sagten sie. Jahrelang sei ihre Tochter niemals so früh eingeschlafen. Uns machte dieser Vorfall jedoch klar, warum das Mädchen so widerstrebend schlafen ging, und was für ein Interesse ihr Vater an den Schlafzimmer-Beschäftigungen seiner Tochter hatte. Hier waren Manifestationen eines sehr subtilen ödipalen inzestuösen Agierens bei beiden: sie provozierte seine häufigen Besuche in ihrem Schlafzimmer, und er genoß es seinerseits, einen Vorwand dazu zu haben. Im Licht dieser Dynamik nahm ihr Wortwechsel eine symbolische sexuelle Bedeutung an. Wir sahen auch den Umstand, daß der Vater spät abends den Fernseher »laufen ließ«, als eine subtile Form der Kommunikation mit seiner Tochter an. Dies erklärte auch den intensiven Konflikt zwischen Mutter und Tochter.

In den Elterngruppen wurde die Sache administrativ behandelt; es wurde beschlossen, a) das Mädchen solle selber die Verantwortung für seine Schularbeiten übernehmen und die Folgen von Nachlässigkeit ausbaden, und b) der Vater solle den Fernseher früh am Abend ausschalten, so daß das Mädchen nicht »abgelenkt« würde. Wir erkannten jedoch, daß der Vater individuelle guidance nötig hatte, vielleicht auch Psychotherapie; diese wurde mit dem Gruppenleiter als dem Therapeuten begonnen. Mutter und Tochter blieben weiterhin in ihren Gruppen.

Die Vorteile der koordinierten Familientherapie gegenüber der gleichzeitigen guidance oder Behandlung ganzer Familien liegen in zwei Dingen. Erstens werden die Erhöhung der Spannungen in der Familie und das mögliche Auseinanderbrechen der Familie verhindert, wie wir schon gesagt haben. Ein weiterer wesentlicher Vorteil ist der, daß es die koordinierte Therapie vermeidet, nur *eine* therapeutische Verfahrensweise in Bausch und Bogen auf alle Mitglieder einer Familiengruppe anzuwenden, von denen vielleicht einige am besten durch andere Methoden ansprechbar sind, wie z. B. Psychoanalyse, individuelle Tiefenpsychotherapie, Beratung oder guidance, je nach ihren *spezifischen* Bedürfnissen.

Diese Gruppen kommen jede Woche oder alle zwei Wochen für 90 Minuten zusammen, je nach der indizierten Tiefe der notwendigen Behandlung.

### *Gruppenpsychotherapie mit Kindern*

Eine der wichtigen Entwicklungen in der Psychotherapie in den letzten Jahren ist die zunehmende Erkenntnis, daß Kinder und Erwachsene

verschiedene Arten der Behandlung brauchen. Das Kind zeigt wegen des Standes seiner körperlich-organischen Reifung und seiner unvollständigen psychischen Entwicklung einige Bedürfnisse, die bei Jugendlichen und Erwachsenen nur noch rudimentär vorhanden sind, manche andere Bedürfnisse hat es jedoch überhaupt nicht. Wollten wir versuchen, die vielen Unterschiede in der Entwicklung zu beschreiben, würde das den Rahmen unseres Beitrags sprengen; wir wollen daher hier nur einige der Hauptmerkmale erwähnen.

*Grundmerkmale von Kindern.* Einer der wesentlichen Unterschiede zum Erwachsenen ist die vergleichsweise schwache Ich-Organisation des Kindes und seine begrenzte Fähigkeit, mit inneren Impulsen und äußeren Forderungen fertigzuwerden. Dabei braucht es Unterstützung und sehr sorgfältige Erziehung durch Personen, die in seinem Leben wichtig und wirksam sind. Ein anderer Unterschied, eine direkte Folge des ersten, sind die grundsätzlich narzißtische Art der Libido-Organisation des Kindes, seine Impulsivität, seine Nachsicht gegen sich selbst und seine Omnipotenzgefühle. Der dritte ist die Oberflächennähe des kindlichen Unbewußten. Man ist beeindruckt von der Leichtigkeit und fast vollständigen Unbefangenheit, mit der kleine Kinder Dinge agieren und aussprechen, die für einen älteren Menschen Verlegenheit mit sich bringen. Dies läßt sich auf das Fehlen verdrängender Kräfte und Sublimierungsbahnen zurückführen, die noch nicht entwickelt sind. Schließlich sind die Identifikationen des Kindes noch in fließendem und ambivalentem Zustand, daher ist das Über-Ich auch noch rudimentär und ungeformt.

Das Kind ist noch im Entstehen, und der Kampf zwischen primitiven Impulsen und Zurückhaltung ist noch nicht entschieden. Das Kind ist noch dabei, sich ein Muster für sein Leben aufzubauen, das schließlich zu einem gewissen inneren Gleichgewicht führen wird. Wegen seines unfertigen Zustands sind seine Emotionen labil und sein Verhalten inkonsequent. Es experimentiert mit sich selber und mit seiner Umwelt. Es ist in einem Übergangsstadium; seine Konzentrationsspanne ist kurz. Einige dieser Eigenschaften sind die Folgen organischer Instabilität auf Grund des Wachstums, andere sind das Ergebnis des angeborenen Temperaments und der Veranlagung, wieder andere sind Ausdruck ungezügelter emotionaler Triebe. Im allgemeinen fühlt sich das Kind in seiner eigenen Welt weniger eingeschränkt als Erwachsene in der ihren, aber die Fähigkeit des Kindes zur Veränderung und Reintegration ist viel größer als in den erstarrten Verhaltensmustern der Erwachsenen.

Für den Psychotherapeuten ist es wichtig, daß das Kind primitiven

Impulsen ausgeliefert und daher wenig fähig ist, Frustration zu ertragen; auch bekommt es wegen seiner noch unregulierten Triebe leicht Wutanfälle und schlechte Laune. Bewegungs- und Handlungsfreiheit sind für das Kind äußerst wichtig, und es braucht sie mehr als der Erwachsene, ebenso hat es ein zwingendes Bedürfnis nach Aggression und Spiel. Sein Phantasieleben ist reich; Realität und Einbildung sind umkehrbar, wenn nicht identisch. Dieser fließende Zustand wird bestimmt durch das rasche organische Wachstum und die zunehmende psychische Entfaltung, aber auch durch Ressentiments und Feindseligkeiten, die das Kind im Lauf seines kurzen Lebens schon aufgebaut hat.

Die Erziehungswissenschaft hat schon lange erkannt, wie wichtig Aktivität für kleine Kinder ist. Für das Kind, das auf primitiven Stufen funktioniert und ein begrenztes Denkvermögen hat, ist körperliche Aktivität von grundlegender Bedeutung. Das Kind muß die Realität um sich her erst intellektuell entdecken und eine funktionsfähige Bekanntschaft mit ihr herstellen. Körperliche Aktivität ist jedoch sehr wichtig und hat mehr als erzieherischen Wert; sie ist auch für die geistig-seelische Gesundheit des Kindes wesentlich. Seine potentiellen Energien müssen dynamischen Ausdruck finden, wenn ein leib-seelisches Gleichgewicht entstehen und erhalten bleiben soll. Wenn man die Abfuhr von Energie verhindert, entstehen organische und psychische Spannungen, denn die Abfuhr durch das vasomotorische System des Körpers bringt die Emotionen ins Gleichgewicht<sup>23</sup>.

Untersuchungen haben ausreichend bewiesen, daß die Einschränkung der körperlichen Aktivität, besonders in den frühen Jahren, bei jungen Kindern, wie sie im Klassenzimmer praktiziert wird, das körperliche Wachstum und die psychische Entwicklung verzögert. Viele Kinder, die vielleicht fähig wären, die Mängel des durchschnittlichen Elternhauses zu ertragen, werden psychisch gestört und sozial fehlangepaßt, wenn sie den zusätzlichen Belastungen ausgesetzt sind, die der normalen Schulzucht innewohnen, und wenn der spontane neuromuskuläre Ausdruck durch körperliche Aktivität ihnen unmöglich gemacht wird.

Auf Grund dieser Überlegungen und wegen der Grenzen der Sprache als Ausdrucks- und Kommunikationsmittel wurden Spiel- und Aktivitätstherapie für junge Kinder entwickelt. Man versorgt das Kind mit geeignetem Material, durch das es symbolisch seine Phantasien und Ängste mitteilen kann. Durch Befreiung im Handeln können die kleinen Kinder in einem passend ausgestatteten Rahmen mit geeigneten Vorrichtungen und Materialien traumatische Spannungen durch Abreaktion überwinden. Gegenstände wie Spielgewehre und -soldaten, Wurf Pfeile, Ton zum



Kneten, Puppen und Wasser können den jungen Patienten zur Abfuhr von Aggressionen verhelfen und ihre urethralen, analen und sexuellen Interessen vermindern.

Gruppenpsychotherapie mit Kindern geht von den gleichen Annahmen aus wie die Einzelpsychotherapie, nämlich: a) leichte Umwandlung von Gedanken und Gefühlen in motorischen Ausdruck, b) Impulsivität und Übergangszustand des Kindes, c) schwache Ich-Organisation, d) unzureichende Über-Ich-Bildung, e) Oberflächennähe des Unbewußten und f) nonverbale oder *Handlungskommunikation*, wie sie für das Kind natürlich ist. Die vier Typen der bei Kindern verwendeten Gruppenbehandlung, die wir beschreiben wollen, sind: Aktivitäts-Gruppentherapie, Spiel-Gruppentherapie, Aktivitäts-Interview-Therapie und Übergangsgruppen. Sie zeigen zwar deutliche Unterschiede, haben aber auch einige wesentliche Züge gemeinsam. Der wichtigste davon ist, daß sie alle, weil das Kind Motorik als eine Form des Ausdrucks und der Kommunikation braucht, körperliche Aktivität einbeziehen. Kindergruppen zeichnen sich auch aus durch das Fehlen »sozialer Festigkeit« im Gegensatz zu »sozialer Mobilität«<sup>24</sup>. Das freie »Agieren« wird in Aktivitätsgruppen erlaubt, in Spielgruppen sehr junger Kinder und in Übergangsgruppen<sup>25</sup> älterer Kinder wird es jedoch eingeschränkt.

### *Aktivitäts-Gruppentherapie mit Kindern*

*Der allgemeine Plan.* Aktivitäts-Gruppentherapie kann bei Jungen und Mädchen in der Latenzperiode und in der frühen Pubertät angewendet werden. Acht Jungen oder Mädchen (getrennt) im Alter von acht bis zwölf Jahren werden nach ihrem Alter und gemäß ihrer klinischen und verhaltensmäßigen Eignung zusammengestellt. Das erste Kriterium ist das Alter. Kinder innerhalb einer Altersspanne von eineinhalb bis zwei Jahren paßten am besten zusammen, abgesehen natürlich von Fällen großer Unterschiede in der sozialen, organischen oder emotionalen Entwicklung. Extreme Schwierigkeiten neurotischer Art oder Verhaltensstörungen, besonders solche des aggressiven Typus, psychopathische Persönlichkeiten und Psychotiker oder Körperbehinderte haben sich als ungeeignet für diese Art der Behandlung erwiesen. Manche leichte, latente Schizophrene mit einer guten Ich-Organisation haben jedoch von der Teilnahme an derartigen Gruppen großen Gewinn gehabt<sup>26</sup>.

Aktivitätsgruppen werden mit einfachem Bastelmaterial und Werkzeugen versorgt, die sie frei verwenden können. Am Anfang der Be-



handlung werden keinerlei Beschränkungen ausgesprochen. Dies ist eine *Umwelt des Gewährenlassens*. Begrenzungen, Steuerung und Versagung treten natürlich auf, wenn die Gruppenmitglieder Rechte und Bequemlichkeit anderer beeinträchtigen, und in späteren Behandlungsstadien werden sie auch von seiten des Therapeuten eingesetzt.

Alle Sitzungen dieser Gruppe enden mit Erfrischungen in Form einfacher Nahrungsmittel, manchmal gekocht, meistens jedoch gibt es Milch, Obst und Kuchen. Es werden keine Tischmanieren verlangt. Die Kinder können zusammen mit der Gruppe essen oder sich ihren Anteil nehmen und für sich allein essen. Sie können das Essen herunterschlingen oder kauen oder es herumwerfen, wenn sie wollen. Auf eigenen Vorschlag und nach ihrer Wahl machen die Mitglieder dieser Gruppen Ausflüge in Museen, Parks, zoologische Gärten, Industriefirmen, Theater, Filme und an andere Orte, die sie interessieren. Der Zweck dieses Rahmens und dieser Aktivitäten besteht darin, Ersatzbefriedigungen zu geben, und zwar durch das freie Agieren von Impulsen, befriedigende Erlebnisse, Gruppenstatus, Anerkennung von Leistungen und bedingungslose Liebe und Annahme von seiten eines Erwachsenen. Diese helfen den Kindern, fundamentale Charakterverbildungen, wie z. B. Verweiblichung bei Jungen, Identifikationsverwirrung bei Mädchen, und Gefühle der Ohnmacht und Angst vor dem Ausdruck aggressiver und feindseliger Impulse zu überwinden. In einer solchen Umgebung und Gruppenbeziehung kann das infantile und übermäßig behütete Kind Selbstvertrauen gewinnen und reifer handeln; das ausgenützte Kind wird selbständiger und zu einer sich selbst aktivierenden Einheit, während man dem abgelehnten Kind mit seinem darniederliegenden Ich und seiner niedrigen Selbstachtung helfen kann, sich wieder aufzurichten<sup>27</sup>.

*Image und Funktion des Therapeuten.* Der Gruppentherapeut nimmt eine Haltung des Gewährenlassens ein. Die Kinder, die in diese Gruppen kommen, müssen überzeugt sein, daß er ein gütiges, nicht bestrafendes, freundliches, aber bestimmtes Individuum ist. Der Gruppentherapeut ist weder herrschsüchtig noch verwöhnend; er nützt das Kind auch nicht für seine eigenen emotionalen Bedürfnisse und Befriedigungen aus. Es wird den Kindern freigestellt, ihrem eigenen Tempo gemäß durch den Druck der Gruppe zu wachsen, eine neue Einstellung zu ihrer Umwelt und zu anderen Menschen und eine neue und bessere Identität mit sich selbst zu gewinnen.

Die Rolle des Therapeuten in diesen Gruppen ist vorwiegend passiv, und er kann nur in dem Maß erfolgreich sein, in dem seine Patienten es zulassen. Manche brauchen ihn emotional und kommen beim leisesten

Anlaß oder ganz ohne Anlaß zu ihm und suchen Hilfe, Rat und Trost. Andere ziehen sich von ihm zurück und nehmen keine irgendwie gear- tete Kommunikation mit ihm auf. Der Therapeut akzeptiert diese Pro- jektionen der Gefühle jedes Kindes auf ihn. Diese Haltung und Rolle bezeichnen wir als *Neutralität*. Er ist bestrebt, außerhalb der emo- tionalen Strömung der Gruppe zu bleiben, um ein Maximum an inter- personaler und innerhalb der Gruppe verlaufender emotionaler und physischer Aktivität zu ermöglichen. Das ist wesentlich, da die Patien- ten für die Gruppenbehandlung ausgewählt werden, weil sie es nötig haben, zur Herstellung von Beziehungen zu anderen Kindern wie auch zu einem Erwachsenen fähig zu werden.

Die vorangehende Beschreibung der Funktionen und Tätigkeiten des Gruppentherapeuten ist ziemlich irreführend. Er *erscheint* nur als inak- tiv und scheinbar gleichgültig. In Wirklichkeit hat er, während er phy- sisch im Hintergrund bleibt, viele Pflichten zu erfüllen. Er beschafft die üblichen Materialien, Werkzeuge und Spiele, so daß die jungen Patien- ten durch das Fehlen dieser Dinge keiner Frustration ausgesetzt werden, und er sorgt dafür, daß die Kinder nicht das Gefühl bekommen, vom Therapeuten vernachlässigt zu werden (Mangel an Liebe). Der Thera- peut muß eine gründliche Kenntnis der traumatogenen Voraussetzungen jedes Gruppenmitglieds und seiner therapeutischen Bedürfnisse haben, um ihnen begegnen zu können; er muß die Mechanismen der Ich-Funk- tionen jedes einzelnen kennen, ebenso die spezifischen situativen und personalen Reaktionen, die er als therapeutische Maßnahme zeigen muß.

So mag er z. B. einem Kind bereitwillig bei seiner Unternehmung hel- fen und es durch spezifische strategische Maßnahmen vor übermäßiger Aggression oder Demütigung durch andere Gruppenmitglieder beschüt- zen, während er im Fall eines anderen Kindes nicht ganz so bereitwillig hilft und es zuläßt, daß die ganze Wucht der interpersonalen und Grup- pen-Interaktionen es trifft. Wenn der Therapeut bei einem Kind Ich- Schwäche und Angst erkennt, wird er sich vielleicht in seiner Nähe hin- stellen oder hinsetzen, während er im Fall eines anderen vielleicht weg- geht, weil er erkennt, daß der Patient potentiell fähig, aber infolge einer übermäßig beschützenden Familienherkunft nicht willens ist, für sich selbst zu sorgen oder seine eigenen Lasten zu tragen.

Der Therapeut in einer Aktivitätsgruppe ist zunächst ein von ganzem Herzen »gebender« Mensch, aber im Fortgang der Therapie und je mehr das Selbstbild jedes Gruppenmitgliedes sich bessert, wird die Gruppe Fru- strationen ausgesetzt, so z. B. Fehlen oder Verspätung der Materialien oder des Essens. Dies tut man, um die Steuerung und den Grad der *Fru-*

strationstoleranz der genesenden Patienten zu prüfen, die der Gipfel der Reife und der Ich-Stärke sind.

*Materialien und Werkzeuge.* Alle Materialien und Werkzeuge, die einer Aktivitätstherapie-Gruppe zur Verfügung gestellt werden, müssen den jungen Patienten vertraut sein, so daß sie nicht überwältigt werden und ihre Gefühle der Unzulänglichkeit und ihr geschädigtes Selbstbild nicht noch verschlimmert werden. Sie müssen auch so einfach sein, daß man durch sie sofort Befriedigung erlangen kann. Damit meinen wir, das Material müsse von der Art sein, daß man damit Pläne ausführen kann, die sich in der zweistündigen Sitzung der Gruppe oder in höchstens zwei solchen Sitzungen zu Ende bringen lassen. Während des Bestehens dieser Gruppen, das sich gewöhnlich über etwa zwei Jahre erstreckt, werden keine neuen Arten von Material über die vorgeschriebenen hinaus eingeführt. Diese strenge Regel wird befolgt, damit sich das Interesse der Patienten nicht auf die manuellen Tätigkeiten konzentriert. Die therapeutische Absicht besteht in der Motivierung interpersonaler Interaktion und nicht in manuellen oder künstlerischen Leistungen. Dieser Übergang tritt immer ein. Nach einigen Monaten verschiebt sich das Hauptinteresse langsam und unmerklich von der Arbeit mit den Händen auf Spiel, Kampf, Streit oder Zusammenarbeit zwischen zwei oder drei Mitgliedern der Gesamtgruppe. Nach einem Jahr oder mehr spielt das Arbeiten mit den Händen eine abnehmende Rolle in den Interessen und Tätigkeiten der Kinder.

Die Auswahl der Materialien und Werkzeuge richtet sich nach ihrer Eignung, die *Libido zu fixieren*, d. h., sie sind so ausgesucht, daß sie die unbewußten sexuellen, analen oder urethralen Phantasien oder tiefverwurzelten und intensiv besetzten unbewußten Gefühle und Triebe nicht stimulieren. Kinder, die es nötig haben, solche Probleme durchzuarbeiten, werden entweder in Einzelbehandlung genommen oder in die analytischen Gruppen (Spiel- oder Aktivitäts-Interview-Gruppen), die wir gleich beschreiben wollen.

#### *Materialien für Aktivitäts-Gruppentherapie*

##### *Werkzeug*

Bohrleier, 25 cm Ausladung, Satz von Bohrern: 12,5 mm, 19 mm, 25 mm

3 Hämmer, Griffänge 28 cm, 700 g, 450 g, 350 g

1 Winkellineal mit Griff — 15 cm

Handbohrmaschine mit Bohreratz

2 Hobel

1 Schropfhobel, 18 cm

3 Schraubenzieher verschiedener Größen, bis 6,5 mm  
1 Zange, klein  
1 Blechschere, 25 cm  
3 Laubsägen — Sägeblatt 18 cm, 2 Dutzend Laubsägeblätter  
2 Meißel, 25 mm, 13 mm  
1 Holzhammer  
2 Schrotsägen, 4 Zähne pro cm  
1 Sortiment Nägel, 1 kg  
1 Sortiment Sandpapier, fein bis grob  
Leim, Holz  
(Flüssiges Holz)  
(1 Kerbsäge)  
(2 Schuhregale)

#### *Bastelmaterial*

Buntstifte, alle Farben  
Plakatfarbe und 6 Pinsel  
Zeichenpapier in verschiedenen Farben  
Kordel (aus Plastik, für Messerschnüre) in verschiedenen Farben  
Haken für Messerschnüre  
Lederreste  
Leder für Brieftaschen, Geldbeutel usw.  
Lochzange für Leder mit verschiedenen Lochgrößen  
Ledernieten  
2 Formen für Aschenbecher, Holz  
Zinn und Kupfer für Aschenbecher  
3 Holzhämmer zum Treiben der Aschenbecher  
Plastilin — 1 Pfund oder 4 kleine Stücke in verschiedenen Farben  
Kupfer  
Mustervorlagen für Kupfer  
3 kleine Scheren

#### *Spiele* — Tischtennisnetz, -schläger, -bälle

Spielkarten, Wurfringspiel, 2 Damespiele, Mikado, 10 Kegel  
Hobelbank  
1 kleiner Tisch  
1 großer Tisch  
1 (runder) Tisch für Imbisse

Anmerkung: Für Mädchen: Material zur Herstellung von Puppen, zum Bildermalen, Ton-Modellieren, einfache Näharbeiten, ruhige Spiele, ein Plattenspieler und geeignete Platten müßten zusätzlich gestellt werden.

*Die Auswahl der Patienten.* Wegen der Spezifität der therapeutischen Bedürfnisse von Kindern haben wir nach mehr als zwanzig Jahren der Versuche und Studien die Kriterien für Aufnahme und Ablehnung von Patienten für Aktivitäts- und andere Arten der Gruppentherapie zusammengestellt.

Tabelle 6<sup>28</sup>: Indikationen und Kontraindikationen für Aktivitäts-Therapie-Gruppen für Kinder in der Latenz

Indikationen	Kontraindikationen *
<i>Klinische</i>	<i>Klinische</i>
Ödipale primäre Verhaltensstörungen	Schwere Psychoneurosen
Einige präödipale primäre Verhaltensstörungen	Psychosen
Charakterstörungen	Psychopathie
Leichte Neurosen	Neurotische Charaktere
Situativ bedingte Angst (Angsthysterie)	Schwere Angstzustände
Einige latente Schizophrenien	Latente Homosexualität
Einige schizoide Persönlichkeiten	Störungen in der Libidoentwicklung
<i>Charakterologische</i>	<i>Charakterologische</i>
Falsche sexuelle Identifikation	Fehlen minimaler Ich-Entwicklung
Verweiblichung (bei Jungen)	Fehlen minimaler Über-Ich-Entwicklung
Vermännlichung (bei Mädchen)	
Infantilisierung	Unzureichende Fähigkeit zu Objektbeziehungen
Übermäßige Behütung (Overprotection)	Regressive Infantilität
Nichtpathologische Absonderungsneigung	Kastrationsangst
Unzureichende Ich-Entwicklung	Übermäßige generalisierte Aggression
Sozialer Hunger	Übermäßige Aggression gegen Erwachsene
Einzige Kinder	Körperliche Behinderungen und Deformierungen
	Stigmatisierung
	Geistesschwäche

\* Kinder, die dieser Kategorie von Kontraindikationen angehören, können nicht in Gruppen aufgenommen werden, selbst wenn sie Einzelbehandlung bekommen. Man kann sie erst in Gruppen überweisen, nachdem die fundamentalen Persönlichkeitsprobleme durch Einzelbehandlung behoben worden sind. Sie haben vielleicht eine Zeit der „Sozialisation“ nötig, aber in manchen Fällen wird dadurch die Regression gefördert.

Unsere Beobachtungen zeigen, daß durch die Aktivitäten und Interaktionen in erheblichem Maß spontane Einsicht erreicht wird, die einmal daraus resultiert, daß der Patient sich der Veränderungen im eigenen Inneren bewußt wird, zum anderen aus seiner verbesserten Handfertigkeit und seinen besseren Möglichkeiten, mit seinen Impulsen und mit der Außenwelt fertigzuwerden. Wir hören häufig, daß ein Kind vergleicht, wie es jetzt ist und wie es früher gewesen ist. Es verbalisiert sein Gewahrsein seiner besseren Fähigkeit, mit Situationen fertigzuwerden, seiner veränderten Einstellungen und seiner Besserung. Dies ist *abgeleitete Einsicht*, nämlich eine Einsicht, die aus der eigenen Entwicklung des Patienten abgeleitet ist und nicht aus Interpretationen durch andere Gruppenmitglieder oder den Therapeuten gewonnen wurde.

Aktivitäts-Therapie-Gruppen kommen jede Woche für zwei Stunden zusammen.

#### *Analytische Gruppen: Aktivitäts-Interview-Gruppen*

*Ein allgemeiner Plan.* Nach einigen Jahren der praktischen Erfahrung mit der Aktivitäts-Gruppentherapie entdeckten wir, daß nicht alle Kinder in der Latenzperiode (7 bis 12 Jahre), für die Gruppenbehandlung angezeigt war, in so ungezwungene, frei agierende Gruppen, wie es Aktivitäts-Therapie-Gruppen sind, hineingenommen werden konnten. Manche brauchten Gruppen von geringerer *Aggressionsdichte*, so z. B. sehr junge Kinder und Neurotiker. Stark psychoneurotische Kinder in der Latenz werden furchtsam und ängstlich bei übermäßiger Manifestation von Feindseligkeit und Aggression; sie können das Agieren nicht ertragen und werden zu sehr beunruhigt und noch stärker traumatisiert. Auch junge Leute in der mittleren und späteren Adoleszenz haben nicht viel Gewinn von Handfertigkeiten und Werken in freien Aktivitätsgruppen. Wir stellten also fest, daß kein einzelnes System von Gruppentherapie sich auf *alle* Patienten anwenden ließ, und daß man andere Techniken für sie entwickeln mußte. Wir haben deshalb deutende Therapien für die stärker gestörten Kinder eingeführt, die wir »analytische Gruppen« nennen.

Analytische Gruppentherapie für Kinder in der Latenz ähnelt der Methode der Aktivitäts-Therapie-Gruppen darin, daß auch hier freie Aktivität oder freies Agieren ermöglicht wird. Zugleich unterscheiden sie sich aber auch in mehreren wichtigen Aspekten. 1. Die zur Verfügung gestellten Materialien und Spielsachen zielen auf *Aktivierung der Libido*

und nicht auf eine *Fixierung der Libido* wie bei den Aktivitätsgruppen. 2. Überlegung, Erklärung und Einsicht werden verwendet oder abgeleitet. 3. Die Rolle der Therapeuten ist eine andere. 4. Im Unterschied zu den Aktivitätsgruppen werden Jungen und Mädchen in die gleichen Gruppen aufgenommen.

Analytische Gruppen für Kinder werden je nach dem Alter der Patienten in zwei Kategorien eingeteilt: *Aktivitäts-Interview-Gruppen* und *Spielgruppen*.

In den Aktivitäts-Interview-Gruppen werden manuelle Tätigkeiten als Ausgangsbasis verwendet, aber sie sind nicht, wie in den Aktivitätsgruppen, die einzigen Mittel der Behandlung. Das Verhalten des Kindes oder der Gruppe wird im Hinblick auf die Motive von Handlungen gedeutet. Durch dieses Mittel wird jedem geholfen, sein Problem zu verstehen, und allmählich entsteht ein begrenztes Maß an Einsicht. Deutung und Einsicht können von anderen Gruppenmitgliedern kommen oder vom Therapeuten. Je mehr die Patienten einander in dieser Hinsicht helfen, desto besser. Während wir es in analytischen Gruppen vorwiegend mit der sexuellen Libido zu tun haben, geht es in den Aktivitätsgruppen mehr um das Ich des Patienten, und die nichtsexuelle Libido steht im Vordergrund. Zwar sind in beiden Arten von Gruppen das Ich und die Libido betroffen, aber der Unterschied liegt im Vorherrschen des einen oder des anderen (was im Licht der unterschiedlichen Qualität der Übertragungsbeziehung leicht zu verstehen ist), in der Art der Patienten und in der Natur des therapeutischen Prozesses<sup>29</sup>. Aktivitäts-Gruppen-Therapie ist daher überwiegend eine Ich-Therapie, während analytische Gruppen sich mit den libidinösen Fixierungen und Schwierigkeiten wie auch mit den Ich-Funktionen des Patienten befassen.

In der Aktivitäts-Interview-Gruppentherapie dürfen verbale Angriffe direkt gegen den Therapeuten gerichtet werden. Da die Patienten ihm als einem Elternersatz grollen, kritisieren sie ihn, wenn er zu spät kommt, bezweifeln Deutungen oder lehnen sie ab, äußern offen eine andere Meinung und bestärken einander auch noch auf andere Weise in ihren negativen Gefühlen ihm gegenüber. Sie können ihn sogar physisch angreifen. Therapeutisch ist eine solche Äußerung negativer Gefühle von großem Wert, denn das Manifestwerden der Feindseligkeit ist eins der Haupterfordernisse emotionaler Genesung.

Libidinöse Verwicklungen, der ödipale Kampf und die Deutungen des Therapeuten und seine Vermittlung von Einsichten schaffen Probleme, die in Aktivitätsgruppen nicht auftreten, und wenn sie es bei sehr seltenen Gelegenheiten doch tun, sind sie von weit geringerer Intensität.

Eifersucht und Feindseligkeit sind stärker als man es in Aktivitätsgruppen zu erwarten hat. Der Therapeut einer analytischen Gruppe ist in höherem Maß ein Objekt der libidinösen Interessen des Patienten. Der Patient zieht ihn in seinen ödipalen Konflikt hinein; er wird daher zum Objekt ambivalenter Gefühle und genitaler Wünsche. Das kommt in Aktivitätsgruppen, wo der Therapeut eine *neutrale* Person ist und die Gruppenmitglieder nicht neurotisch sind, nicht vor.

Aktivitäts-Interview-Gruppen treffen einmal in der Woche für 90 Minuten oder weniger zusammen. Der Therapeut kann die Sitzung beenden oder verlängern, je nach den Bedürfnissen und Reaktionen der jungen Patienten.

### *Analytische Gruppen: Spielgruppen*<sup>30</sup>

*Allgemeiner Plan.* Diese Form der Therapie ist im wesentlichen die gleiche wie die vorher beschriebene Technik. Die Unterschiede liegen darin, daß sie 1. bei Kindern unter 6 Jahren angewendet wird, 2. daß das *Spielmaterial* (das libido-aktivierend ist) einfacherer Art ist, daß 3. der Therapeut vergleichsweise weniger teilnimmt, und 4. daß er, anstatt das Verhalten der Kinder zu deuten, gewöhnlich ihre Gefühle »reflektiert« und andeutet, ihre Handlungen könnten bestimmte Bedeutungen haben. Nur selten wird er versuchen, unbewußte Zusammenhänge oder Hintergrundursachen »aufzudecken«. Bei Kindern dieses Alters kann man wirklich sagen, daß die »Erlebnis-Situation« in sich schon therapeutisch wirkt. Das Gefühl von Freiheit und Liebe, das Gewahrsein der Gegenwart anderer und die Interaktion mit ihnen haben heilende Wirkung.

Wie gesagt, das Material in der Spiel-Gruppentherapie ist libido-aktivierend, aber es ist wegen des Reifegrades in diesem Alter mehr zum Spielen gedacht als zum Konstruieren. Da gibt es Bausteine, Miniaturspielzeug mit Puppen, Möbeln und Bodenplatten, um verschiedene Räume einzurichten; Puppen, die man füttern kann; Spielzeug-Babyflaschen aus Plastik und richtige Babyflaschen, Becken mit Wasser, Gummischläuche, Trichter, kleine Lastautos und Feuerlöschzüge mit Feuerwehrleuten, Spielzeugautos, Spielzeugpistolen, Knetmasse, Papier und Buntstifte, einen kleinen Fußbodenmop, Schwämme, Kehrschaufel und -besen, ein kleines Sofa oder eine Couch (um die Puppen schlafen zu legen) und kleine Decken zum Zudecken der Puppen.

Wie bei allen anderen Arten der Therapie muß der Therapeut Bedeutung und Sinn des Spielens in seinen vielen Facetten kennen. Er muß er-



kennen, daß das Spiel für das Kind das gleiche ist wie ernsthafte, produktive Arbeit für den Erwachsenen. Durch das Spiel erledigt das Kind seine Lebensaufgaben, und es benützt das Spiel auch noch für viele andere Zwecke. Es würde uns zu weit führen, die vielen Spieltheorien wie: Experimentieren mit der Realität, Ausdruck überschüssiger Energie, Rekapitulation der phylogenetischen Erfahrungen der Art, Vorbereitung auf das Erwachsenenleben, eine Form der Bemeisterung, eine Bemühung, die Realität abzuschwächen, noch einmal anzuführen.

Der Ausdruck *libido-aktivierende* Materialien, im Unterschied zu *libido-fixierenden* Materialien, den wir im Zusammenhang mit der Arbeit mit Kindern gebraucht haben, bezieht sich auf Gegenstände und Stoffe, die die tieferen Gefühle der jungen Patienten in bezug auf orale, urethrale, anale und sexuelle Dinge wachrufen, die durch Eltern und andere Bezugspersonen nicht in der richtigen Weise behandelt worden sind, oder auf deren Gebiet das Kind traumatisiert worden ist. Die Kinder machen diese Probleme durch ihre Handhabung spezifischer »aktivierender« Materialien deutlich. Dazu gehören Wasser, Fingerfarben, Ton, Puppen, die Vater, Mutter und Kinder darstellen (von denen manche Kastrationspuppen sind, andere urinieren können), ein Puppenhaus mit Einrichtung, besonders für Schlafzimmer und Badezimmer, verschiedene Tiere, Masken, Spielzeugsoldaten und ähnliche Dinge, durch die die Kinder offenbaren können, was sie unbewußt beschäftigt, und durch die sie ihre aggressiven Gefühle sublimieren können.

Die Art, wie z. B. im Spiel zweier neunjähriger Jungen in einer solchen Gruppe Ton verwendet wurde, demonstriert die Natur der *libido-aktivierenden* Materialien.

Hilton und Mike spielten mit Ton, während die Mädchen malten. Dieses Spiel erinnerte Hilton an einen Traum, in dem ein Polyp ihn mit seinen Fangarmen umklammert hatte. Er demonstrierte seine Reaktionen mit ziemlich großem Affekt. Dann sagte er, er spreche jede Nacht mit sich selber, und er wolle Doktor werden, damit er viele Menschen retten könne. Dann sprach er von Blutproben, die er in der Klinik gesehen hatte, und daß er geträumt hatte, eine Schwester habe die Nadel zu tief in seinen Arm gestochen und der Arm sei »dick geworden«. Danach kehrte er zu seinem Spiel mit dem Ton zurück und baute Phantasie-Blutgefäße, die er angeblich »studierte«. Mike machte Kanus aus Ton.

Die Mädchen zogen sich in das angrenzende Zimmer zurück, wo sie ruhig allein spielten. Nun formten die Jungen aus dem Ton lange runde Streifen. Mike sagte schmunzelnd: »Oh, sieh mal, was er macht.« Hilton schaute erstaunt. Die Therapeutin bat Mike, der Gruppe einen Hinweis zu geben. Das geschah. Hilton nahm das Stichwort auf und hielt sich das Penis-Symbol so vor dem Körper, als sei es in Aktion, und begann im Zimmer auf und ab zu mar-

schieren. Mike formte eilig kleine Kugeln aus Ton und begann auf und ab zu marschieren, als ob er im Gehen defäzierte. Sie marschierten ernsthaft etwa zehn Minuten lang auf und ab, ohne jede Rücksicht auf die Anwesenheit Carls und der Therapeutin.

Hilton bemerkte, er kenne ein Mädchen, das »mit seinem Penis und seinem Hinterle« spiele. Mike kennt einen Jungen, der seinen Penis gern herzeigt, besonders wenn eine Frau vorbeikommt. Beide Jungen lachten. Mike packte Hiltons tönernes Symbol, worauf dieser schrie: »Gib mir meinen Penis wieder! Ich muß ihn haben!« Er nahm ein Stück Ton und modellierte eine lange Rolle daraus, um eine bessere Möglichkeit zu haben, ihn zu beschützen. Die Therapeutin fragte Mike (der an schwerer Verstopfung litt), ob er täglich defäziere. Mike antwortete prahlerisch, er »tue es« selten. Hilton sagte, er tue es alle Tage. Die Therapeutin erklärte den Kindern die Ausscheidung und benützte den Ofen als Analogie für die Vorgänge im menschlichen Körper.

Das Spiel zeigte ein ungewöhnliches Freisein von Verlegenheit, was durch die vollständig unverbindliche, aber freundliche Haltung der Therapeutin ermöglicht wurde. (Als Mikes Mutter ein paar Wochen später zu einer Besprechung kam, teilte sie der Therapeutin mit, seine chronische Verstopfung sei vollständig verschwunden.)<sup>31</sup>

Folgende Episode, der gleichen Abhandlung entnommen, zeigt eine andere Art von Problem, dessen Offenbarung durch die libido-aktivierenden Materialien stimuliert wurde.

Beim Spielen erwähnte Linda, sie mache sich Sorgen über die schlechte Beziehung zwischen ihr und (ihrer Schwester) Emma. »Es ist nicht nett, wenn man seine Schwester nicht mag«, sagte sie und fügte hinzu, Brüder habe sie gern, denn die seien niedlich. (Anmerkung: In Einzelinterviews hatte Linda von Phantasien und Träumen berichtet, von denen die meisten Angst und Neugier in bezug auf die Geburt ausdrückten, was mit dem Fötus geschehe, und auch in bezug auf die Rolle, die der Vater bei diesem Phänomen spielte.) Während des Gruppenspiels trug Linda diese Sorge in die Gruppe hinein und erzählte einen Traum. Sie war von einem Kindsräuber entführt und in ein dunkles Verlies gebracht worden, wo der Mann zu ihr sagte, er werde sie töten. Sie schrie. Als sie dies berichtete, bemerkte sie verwundert dazu, früher seien alle ihre Träume schlecht gewesen, aber jetzt habe sie auch nette Träume. Sie habe geträumt, sie heirate; beim Aufwachen sei sie gespannt gewesen herauszufinden, ob sie wirklich verheiratet sei. Die Therapeutin sagte, das sei ein hübscher Traum, und fragte Linda, ob sie viel ans Heiraten und Kinderkriegen denke. Linda gab es zu. Es folgte ein Gespräch über die Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen. Sie wurde gefragt, ob sie sich Sorgen mache, weil sie nicht gebaut sei wie ein Junge. Ihre Antwort war nein, sie weiß, daß Jungen anders sind, sie haben einen Penis. Ihre Mutter habe ihr sogar gesagt, sie müsse operiert werden, wenn sie mit ihrem »Pupu« spiele. Ich fragte, ob sie das glaube; sie sagte »Mütter lügen nicht«.

Emma sprach ganz offen über Masturbation. Jean lachte sorglos. Sie hat keine Angst vor Operationen. In diesem Augenblick geraten Emma und Linda in einen Streit, wobei jede protestierte, sie habe der anderen nicht zuviel zumuten wollen. Linda zögert immer, wenn man ihr sagt, sie solle etwas tun, und sie

will immer bedient werden. Das allgemeine Gespräch führte dann zu einer Erörterung von Eßgewohnheiten und anderen alltäglichen Tätigkeiten im Elternhaus. Eine wichtige Feststellung der Kinder war die, ihr aggressives und feindseliges Verhalten sei eine Folge der Tatsache, daß sie »gezwungen« würden, Nahrungsmittel zu essen, die sie nicht essen wollten <sup>32</sup>.

*Die Auswahl der Patienten.* Die für diese Gruppen ausgewählten Kinder sind im großen und ganzen stärker gestört als die, die in Aktivitäts-Therapie-Gruppen aufgenommen werden. Wie Tabelle 7 zeigt, sind unter ihnen neurotische Kinder mit Symptomen, mit Angstzuständen, sexuell überstimulierte und phobische Kinder (die letzteren brauchen unter Umständen parallel laufende Einzelbehandlung). Offensichtlich können solche Kinder ihre Schwierigkeiten nicht allein durch die Ich-Stärkung und durch die Verbesserung ihres Selbstbildes infolge der Annahme seitens der Gruppe überwinden. Sie müssen außerdem ihre Erinnerungen, Gefühle, Ängste und Phantasien auf ihrem eigenen Niveau mit Hilfe von Katharsis »durcharbeiten«, die zu einem gewissen Maß an Einsicht führt (die bei Kindern bestenfalls begrenzt sein kann), und zwar in einer aktiven Übertragungsbeziehung zu einem Erwachsenen als Elternersatzfigur (wie auch zu anderen Kindern).

Die Auswahlkriterien für diese Gruppen — Spieltherapie-Gruppen und Aktivitäts-Interview-Gruppen — sind viel weniger streng als bei Erwachsenen oder Jugendlichen. Die Zusammenstellung von Gruppen dieser Art stellt daher auch weniger hohe Anforderungen. In Spielgruppen sind die Kinder entweder im präödpalen Stadium oder sie stehen am Beginn des ödipalen Konflikts. Ihre Neurosen, wenn sie überhaupt Neurosen haben, unterscheiden sich in Struktur und Dynamik von den nach-pubertären Neurosen <sup>33</sup>. Wir haben festgestellt, daß Kinder unter sechs Jahren verschiedener klinischer Kategorien, also mit reaktiven (primären) Verhaltensstörungen, Charakterstörungen, neurotischen Zügen und neurotischen Reaktionsweisen, zusammen in einer Gruppe behandelt werden können. Gruppen sind außerdem die Behandlungsform der Wahl für einzige Kinder, Kinder, die über das übliche Maß hinaus feindselig und aggressiv gegenüber Erwachsenen sind, und Kinder, die Angst verbreiten und denen es an der minimalen Beherrschung ihrer Impulse fehlt.

Schwer gestörte und massiv ängstliche Kinder in der Latenz brauchen wie Erwachsene eine Zeitlang Einzelpsychotherapie, bevor man sie in eine Gruppe aufnehmen kann, und die meisten von ihnen profitieren von parallel laufender Einzel- und Gruppenbehandlung. Mehr als Erwachsene profitieren Kinder vom Zusammensein und der Interaktion

mit Gleichaltrigen, und man sollte bei ihnen Gruppentherapie extensiv anwenden.

Auch hier ist es wesentlich, bevor ein Kind in eine Gruppe aufgenommen wird, den Grad der libidinösen Verzerrung seines Elternbildes und den Grad seiner sexuellen Bindung an die Eltern, besonders an den gegengeschlechtlichen Elternteil, festzustellen. Kinder mit verführenden, sexuell provozierenden und überstimulierenden Eltern oder älteren Geschwistern, Kinder, die mit ihren Eltern im gleichen Bett oder im gleichen Zimmer geschlafen haben oder die Urszene miterlebt oder mitangehört haben, brauchen Spieltherapie in einer individuellen Übertragungsbeziehung, Deutung und Einsicht ebenso wie Erleichterung und die Möglichkeit der kathektischen Verschiebung<sup>34</sup>.

Noch häufiger als bei Erwachsenen kann die Feindseligkeit gegen Geschwister die Aufnahme eines Kindes in eine Gruppe ausschließen. Meistens läßt sich zwar Geschwisterfeindschaft durch Gruppen auflösen, aber uns sind Fälle begegnet, wo das intensive Agieren dieser Gefühle das weitere Verbleiben des kindlichen Patienten in der Gruppe nicht ratsam erscheinen ließ.

Zu den Kindern, für die Einzeltherapie vorzuziehen ist, gehören diejenigen, die einem schweren Trauma ausgesetzt gewesen sind, z. B. einer plötzlichen Katastrophe, einer längerdauernden Reihe von traumatischen Erlebnissen oder einer insgesamt traumatisierenden Familienumwelt. Die infolge dieser Erlebnisse aufgestaute Angst muß in der Geborgenheit einer positiven Übertragung freigesetzt werden, und im Mittelpunkt der Behandlung muß die Auflösung der aufgestauten Angst stehen. Dies ist am besten in der Einzeltherapie durch freies Spiel, verbale Assoziationen und Deutungen zu erreichen. Kinder in solcher Not brauchen die Geborgenheit der Beziehung zu einem therapeutisch orientierten Erwachsenen, bei dem sie sich behaglich und frei fühlen. Das nimmt auch die Last von ihnen, die ihr noch schwaches und ungeformtes Ich tragen muß.

Wir haben festgestellt, daß selbst Kinder mit so großen Problemen aus der Teilnahme an geeigneten, geschickt geführten Gruppen unendlich viel gewinnen können. Da die Ich-Organisation der Kinder noch rudimentär ist, und weil die Katharsis in analytischen Gruppen für Kinder sowohl durch Aktivität als auch durch Verbalisierung zustande kommt, sind zur Führung solcher Gruppen noch weit mehr Geschick und Wachsamkeit notwendig als bei Gruppen nicht-psychotischer Erwachsener<sup>35</sup>. Weil in diesen Gruppen das Agieren die Regel ist, sollte man Kinder mit starker Angst, besonders wenn diese Angst in vorverbalen und vorbe-

grifflichen Stadien ihren Ursprung hat, also Kinder, die man unter die *neurotischen Charaktere* einordnen kann, nicht aufnehmen. Sie entsprechen nicht den Minimalanforderungen, die in bezug auf die Ich-Entwicklung für die Teilnahme an einer Gruppe gestellt werden.

Da das kleine Kind dazu neigt, den Therapeuten *an die Stelle* seiner richtigen Eltern zu setzen und ihre Attribute ihm zuzuschreiben (auf ihn zu verschieben)<sup>36</sup>, können die Widerstände so stark sein, daß sie die Behandlungsbemühungen des Einzeltherapeuten blockieren. Man hat festgestellt, daß in solchen Fällen eine vorbereitende Gruppenbehandlung Widerstand und Abwehr und das Mißtrauen gegen den Erwachsenen vermindert. Auch hier wirken die Kommunikationen anderer Gruppenmitglieder stützend und katalysierend auf das Kind, so daß es sich in eine therapeutische Stimmung begeben kann. Man kann also Gruppen als ausschließliche Behandlungsmethode verwenden, man kann mit Gruppentherapie eine Einzeltherapie verstärken, auslaufen lassen oder mit Hilfe der Gruppe eine Einzeltherapie vorbereiten.

Abgesehen von den Kindern mit sehr starken Libido-Störungen, Ich-Insuffizienzen und Psychosen gibt es sehr viele fehlangepaßte Kinder, für die die analytische Gruppenpsychotherapie allein genügt.

Tabelle 7<sup>37</sup>: Indikationen und Kontraindikationen für analytische Therapiegruppen für Kinder

Indikationen	Kontraindikationen*
<i>Klinische</i>	<i>Klinische</i>
Reaktive Verhaltensstörungen	Massive psychoneurotische Symptomatologie
Charakterstörungen	Libido-Fixierungen und -Verzerrungen
Neurotische Züge	Neurotische Charaktere
Neurotische Reaktionen	Diffuse Befürchtungen und Ängste
Angstzustände	Reaktionen auf Traumata
	Psychosen
<i>Charakterologische</i>	<i>Charakterologische</i>
Einzelkinder	Starke Geschwisterrivalität
Aggressivität gegen Erwachsene	Fehlende Beherrschung der Impulse
Übermäßige Neigung zur Unterordnung	

\* In den meisten dieser Fälle ist parallel laufende Einzel- und Gruppenbehandlung angezeigt.

*Die Funktionen des Therapeuten.* Bei den zwei Arten von analytischen Aktivitätsgruppen ist der Therapeut in höherem Maß der Mittelpunkt des emotionalen Geflechts, und er ist auch als Person realer als in Aktivitäts-Therapie-Gruppen. Er nimmt an den Diskussionen teil, reagiert auf die Haltungen der Gruppenmitglieder und er repräsentiert ganz allgemein die Realität, die den Patienten vertraut ist, wenn sie hier auch heilsamer ist als die, die sie aus der Vergangenheit kennen.

In diesen Gruppen ist das wichtigste therapeutische Werkzeug die Hilfe, die der Therapeut jedem Gruppenmitglied gibt, damit es seine Reaktionen verstehen und *im Rahmen seiner Fähigkeiten* einige der Ursachen seiner psychischen Belastungen und sozialen Fehlanpassungen erkennen kann.

Wie bei der analytischen Gruppenpsychotherapie mit Erwachsenen und Jugendlichen ist auch hier der Grad der Einsicht durch die Fähigkeit jedes Gruppenmitglieds begrenzt, diese Einsicht zu akzeptieren und mit ihr umzugehen. Der Therapeut muß daher die Probleme jedes Gruppenmitglieds, seine zentralen Schwierigkeiten und seine Widerstandsfähigkeit gegen Streß gründlich kennen und Vorsicht walten lassen, wo es nötig ist. Einige der jungen Patienten (ebenso wie Erwachsene) sind vielleicht in der Lage, eine deutende Konfrontation mit einem spezifischen Problem durch den Therapeuten intellektuell anzunehmen; sie werden aber trotzdem in schädlicher Weise dadurch beunruhigt. Um die Leiden seiner Patienten nicht zu verschlimmern, muß sich der Therapeut auch immer in jeder Situation und in bezug auf jedes Problem, das vorgebracht wird, nach dem *niedrigsten gemeinsamen Nenner* in der Gruppe richten.

Der Therapeut sollte sich jederzeit darüber klar sein, wohin die Gruppe strebt. Wie bei der Behandlung von Erwachsenen und Jugendlichen muß er aus seiner Kenntnis der Schwierigkeiten jedes Patienten und der Prinzipien der Psychopathologie und Psychotherapie jederzeit aktionsbereit sein. Wie bei älteren Patienten öffnet auch hier eine gut gestellte Frage zur rechten Zeit die Schleusen des Unbewußten und der freien Assoziation, ein Prozeß, der durch den katalytischen Einfluß des Therapeuten und der anderen Gruppenmitglieder unterstützt wird. Punkte der Angst und des Widerstands, die in den Gruppen periodisch auftauchen, müssen erkannt werden. In diesen Stadien muß man den Patienten durch geeignete Ausnutzung der (libidinösen) Übertragungsbeziehung helfen, ihre Schwierigkeiten und Ängste zu überwinden. Der Therapeut kann, je nachdem, was die Situation angezeigt erscheinen läßt, entweder den Widerstand der Gruppe analysieren, den Ausdruck

der gegen ihn selbst gerichteten Feindseligkeit anregen oder erleichtern oder der Gruppe beruhigend versichern, daß er sie akzeptiert und gewähren läßt. Die Art des Vorgehens läßt sich gewöhnlich ableiten aus der Art des Blockierens, aus den manifesten und latenten Inhalten der Diskussionen und den der Behandlungssituation selbst innewohnenden und zu erwartenden Angstursachen.

Die gewährenlassende Rolle des Therapeuten ist hier nicht so ausgeprägt wie im Umgang mit älteren Kindern. Wir haben gesehen, daß Freiheit die Grundbedingung für die Therapie ist, besonders die Freiheit, Aggression und Feindseligkeit zu äußern. Aber Freiheit und Einschränkung müssen sowohl in der Erziehung als auch in der Therapie im Gleichgewicht sein. Je jünger das Kind ist, desto mehr Einschränkung braucht es vielleicht. Die Selbstbeherrschung im späteren Leben ist ein Ausfluß dessen, daß das Kind die wohlwollende Einschränkung (Disziplin) von seiten der Erwachsenen internalisiert, die es akzeptiert und denen es vertraut. Das kleine Kind, das aus einem Zustand des Genährtwerdens kommt, in dem ihm alle Wünsche und Launen bedingungslos erfüllt wurden, braucht Zeit, Kraft und Reife, um Einschränkungen zu internalisieren. Für die Persönlichkeits-Integration des Kindes sind Disziplin und Autorität, *die es akzeptieren kann* und die *in ihrer Intensität abgestuft* sind, notwendig, aber man muß sie mit scharfem Urteilsvermögen und großer Vorsicht anwenden.

Die Verschreckten und in sich Zurückgezogenen brauchen in der Therapie keine derartige Lenkung; sie brauchen vielmehr Befreiung. Die übermäßig Aktiven und Aggressiven brauchen Einschränkung. Ihre diffuse Aggressivität und ihre Kampflust müssen gehemmt werden. Da das Kind noch keine Steuerungsmechanismen in sich selber aufgebaut hat, müssen sie von außen kommen, nämlich vom Erwachsenen. Durch die Konfrontation mit einem gütigen, annehmenden und annehmbaren, aber doch bestimmten Erwachsenen gibt das Kind seinen atavistischen Egoismus und Narzißismus auf.

Wegen des Standes ihrer Ich-Steuerung neigen sehr junge Kinder natürlicherweise zu explosivem Verhalten, das manchmal gewalttätige Formen annehmen kann. In einer Gruppe stimulieren und bestärken sie einander meistens und schließen sich zu ziemlich extremer Fröhlichkeit und Destruktivität zusammen. Therapeutisch gesehen, ist dieses Verhalten nicht viel wert. In der Einzeltherapie kann der Therapeut die Manifestation der Aggression durch Erleichterungstherapie, Spieltherapie oder Deutung behandeln und so an das zentrale Problem des Kindes herankommen. In Gruppen wird die von einem begonnene Aggressivität



durch Gruppenansteckung von den anderen aufgenommen, ohne daß sie irgendeine heilsame Wirkung hat, abgesehen von der des »Dampf-Ablassens«. Explosive Aktivität, die für denjenigen, der damit anfängt, durchaus eine Bedeutung hat, hat oft keine Beziehung zur zentralen (Kern-)Problematik anderer und ist daher auch im Hinblick auf die Therapie nicht besonders sinnvoll. Befreiung durch Aggression und Feindseligkeit hat einen Wert, wenn sie auf das Problem eines Kindes bezogen ist; wenn sie diffus wird, kann sie eine anti-therapeutische Wirkung haben, sie kann nämlich die Persönlichkeit desorganisieren, anstatt zur Ich-Integration zu führen.

Spieltherapie-Gruppen kommen pro Woche einmal für 45 bis 90 Minuten zusammen, je nach dem Entwicklungsstand der Kinder.

### *Übergangsgruppen*

Manche Jungen und Mädchen in der späteren Latenz und in der frühen Pubertät (10 bis 13 Jahre alt), die weniger traumatogene Erlebnisse gehabt haben und deren Ich-Funktionen daher besser zur sozialen Anpassung taugen als bei den bisher besprochenen Patienten, und Kinder, die durch Einzel- oder Gruppentherapie diese Entwicklungsstufe erreicht haben, kann man in größere und stärker realitätsbezogene Gruppen tun. Manchmal, wenn auch selten, wird eine Aktivitäts-Therapie-Gruppe als ganzes bereit für eine Erweiterung der sozialen Realität und für eine formellere und stärker organisierte Gruppenform.

Wenn solche Gruppen psychisch gesünderer Kinder mit sozialen Anpassungsproblemen dem Milieu eines Nachbarschaftszentrums ausgesetzt werden, begegnen ihnen durchschnittlichere Gemeinschaftsreize, z. B. andere Gruppen und Möglichkeiten der Betätigung. Diese geben den einzelnen Mitgliedern die Gelegenheit, freiwillig kreative Tätigkeiten mitzumachen oder sich sozialen Klubs mit speziellen Interessen anzuschließen. Wenn eine solche Versetzung stattfindet, wie im Fall früherer Therapiegruppen, werden den Kindern kein Material für Werkarbeit, keine Nahrungsmittel, keine Ausflüge oder andere Vorteile mehr geboten, wie sie sie vorher genossen haben. Diese Versagung dient als Probe für ihre wachsende Selbständigkeit und Reife. Wenn einige der Kinder sich an das neue Milieu nicht anpassen können, werden sie wieder in Einzel- oder Gruppenbehandlung genommen. Gewöhnlich reicht aber ihre Frustrationstoleranz aus, so daß sie das neue System akzeptieren können. Übergangsgruppen werden allmählich motiviert, Organisationen mit



Funktionären, Mitgliedsbeiträgen, einem Schatzmeister, einem Sekretär und einem Programmkomitee aufzubauen; sie machen auch im Nachbarschaftszentrum bei gemeinsamen Unternehmungen mehrerer Klubs mit.

Solange diese Gruppen am Anfang noch von ihrem Gruppentherapeuten geleitet werden, nennen wir sie *Übergangsgruppen*, aber später werden sie reguläre »Klubs« unter der Leitung eines auf »Gruppenarbeit« (nicht Gruppentherapie) spezialisierten Mitarbeiters. Wir haben jedoch festgestellt, daß keine unserer früheren Therapiegruppen länger als eine Saison weiterbestand, da jedes Gruppenmitglied in dem Nachbarschaftszentrum eine Betätigung oder einen Klub findet, dem es sich anschließt, wobei es seine früheren Mitpatienten verläßt. Da es in Therapiegruppen das Element der sozialen Homogenität oder der gleichen Interessen nicht gibt, kommt es gar nicht zu der für die Existenz gewöhnlicher Klubs wesentlichen Kohäsion und Synergie, die die Mitglieder zusammenhalten würde.

Unter dem Gesichtspunkt der sozialen Prophylaxe sind Übergangsgruppen in einem der üblichen Nachbarschaftszentren oder CVJM-Heime äußerst wertvoll; sie können den ständig anschwellenden Strom von Problemkindern und jugendlichen Straffälligen eindämmen helfen. Man kann diesen Kindern helfen, sich allmählich an ein soziales Leben und an alles, was dazugehört, anzupassen. Organisierte Klubs mit bestimmten Zielen, Vorschriften, Regeln, Gesetzen und Gruppendruck sind für viele Kinder der Nachbarschaft eine so anspruchsvolle Form des Gruppenlebens, daß sie sie nicht akzeptieren können. Sie brauchen vielmehr eine Zeit in einem weniger dichten sozialen Klima, das als Ersatz und Korrektiv dienen kann. Übergangsgruppen bieten diese Möglichkeit. Die Freiheit des Handelns, ihr fließender Zustand und die Vielfalt der Interessen verlocken die Kinder zur Teilnahme an einer sozialen Unternehmung. Übergangsgruppen unterscheiden sich von Therapiegruppen durch den Umstand, daß die Mitgliedschaft nicht so sorgfältig ausgewogen sein muß und daß der Gruppenleiter sich zwar über die Schwierigkeiten jedes Gruppenmitglieds im klaren ist, sich aber stärker durchsetzt und als äußere Autorität dienen kann.

Übergangsgruppen kommen jede Woche für 90 Minuten bis zwei Stunden zusammen. Die Beendigung der Sitzung wird bestimmt durch das Interesse der Gruppenmitglieder und die Qualität ihrer Beteiligung.

### Anmerkungen

- <sup>1</sup> Slavson, S. R.: A Textbook in Analytic Group Psychotherapy, International Universities Press, New York, 1964, S. 108—109.
- <sup>2</sup> Diese Entwicklung wurde 1934 vom Autor in Gang gesetzt, als er das Konzept der kleinen Gruppen in die Behandlung von Kindern einführte; später wurde es von ihm und anderen auch bei Erwachsenen praktiziert.
- <sup>3</sup> Der Therapeut sollte ernsthaft prüfen, ob es ratsam ist, den äußeren Rahmen zu ändern und »Besucher«, »Protokollführer«, »Ko-Therapeuten«, neue Patienten und andere zuzulassen, deren Anwesenheit die physische und emotionale Konfiguration in einer Gruppe verändert.
- <sup>4</sup> Die Erfahrung zeigt, daß die Aufnahme neuer Mitglieder in eine Gruppe für erwachsene Patienten störender ist als für Kinder und Jugendliche. Da sie sich selbst genauer sehen, sind Erwachsene stärker betroffen, wenn sie der »Musterung« durch »Fremde« ausgesetzt sind.
- <sup>5</sup> Ebd., S. 117—118.
- <sup>6</sup> Ebd., S. 119.
- <sup>7</sup> Ebd., S. 118.
- <sup>8</sup> Slavson, S. R.: Reclaiming the Delinquent through Para-Analytic Group Therapy and the Inversion Technique, The Free Press of Glencoe, New York, 1965, S. 766 + XVII.
- <sup>9</sup> Ebd.
- <sup>10</sup> Slavson, S. R.: Because I live here, International Universities Press, New York, 1970.
- <sup>11</sup> Wegen der Bedeutung dieser Technik in der psychologischen und sozialen Prophylaxe diskutieren wir sie hier etwas eingehender. Ausführlichere Informationen finden sich in dem Buch des Autors: Child-Centered Group Guidance of Parents, International Universities Press, New York 1958.
- <sup>12</sup> Man beachte, daß die Ausdrücke »Problem« oder »Schwierigkeit« in diesen Gruppen nicht gebraucht werden; was vorkommt, wird nicht so bezeichnet. Statt dessen sagt man »Situation«, »Vorkommnis«, »Entwicklung«, »Ereignis«.
- <sup>13</sup> In diesem Zusammenhang ist es vielleicht interessant, daß der Mann sein Interesse an der Arbeit mit Kindern in seiner Freizeit direkt infolge seiner Teilnahme an einer auf das Kind zentrierten guidance group entdeckte.
- <sup>14</sup> Siehe Slavson, S. R.: Child Psychotherapy, Columbia University Press, New York, 1952, S. 145—153.
- <sup>15</sup> Slavson, S. R.: Child-Centered Group Guidance of Parents, 1958.
- <sup>16</sup> Slavson, S. R.: Co-ordinated Family Therapy, International Journal of Group Psychotherapy, 15, 1965, S. 177—186.
- <sup>17</sup> Slavson, S. R.: A Textbook of Analytic Group Psychotherapy, S. 138—140.
- <sup>18</sup> Steps in Sensitizing Parents (Couples) Toward Schizophrenic Children, International Journal of Group Psychotherapy, 13, 1963, S. 175—186.
- <sup>19</sup> Slavson, S. R.: Child-Centered Group Guidance of Parents, 1958, Kap. 9.
- <sup>20</sup> Manchmal nahm ihre Zahl zu, wenn auch Geschwister in Behandlung waren. In diesem Fall wurden auch die Therapeuten der Geschwister an allen formellen Konferenzen und jedem informellen Austausch von Informationen beteiligt.
- <sup>21</sup> Der Ausdruck »Gruppenleiter« wird hier allgemein für Therapeuten und nicht-therapeutische Gruppenleiter verwendet.

- <sup>22</sup> Einzelheiten über die Verbesserung des Familienklimas von Patienten entnehme man Slavson, 1963 und 1958.
- <sup>23</sup> Slavson, S. R.: *Recreation and the Total Personality*, Association Press, New York 1946. Besonders 2. Kapitel: »Unconscious Motivations«.
- <sup>24</sup> Slavson, S. R.: Some Elements in Activity Group Therapy, *American Journal of Orthopsychiatry*, 14, 4, 1944, S. 578—588.
- <sup>25</sup> Slavson, S. R.: The Nature and Treatment of Acting Out in Group Psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 6, 1, 1956, S. 3—27.
- <sup>26</sup> Siehe Nagelberg, L. und Leslie Rosenthal: Validation of Selection of Patients for »Activity Group Therapy« Through the Rorschach and other Tests, *International Journal of Group Psychotherapy*, 5, 4, S. 380—391.
- <sup>27</sup> Mehr Einzelheiten über Theorie und Praxis der Aktivitäts-Gruppentherapie finden sich in: Slavson, S. R.: *Einführung in die Gruppentherapie*, Hogrefe, Göttingen 1956, Originalausgabe 1943.
- <sup>28</sup> Diese Tabelle ist entnommen aus meinem Artikel: Criteria for Selection and Rejection of Patients for Various Types of Group Psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 5, S. 29.
- <sup>29</sup> Welchen Platz die Libido in der Gruppentherapie einnimmt, hat der Autor ausführlicher erörtert in: *Group Psychotherapy Today, Current Psychiatric Treatment of Personality Disorders*, hrsg. v. Bernard Glueck, Grune and Stratton, New York, 1946.
- <sup>30</sup> Auch in diesen Gruppen werden Jungen und Mädchen zusammen behandelt.
- <sup>31</sup> Gabriel, Betty: An Experiment in Group Treatment, *The American Journal of Orthopsychiatry*, 9, 1, Januar 1939.
- <sup>32</sup> Ebd., S. 158—159.
- <sup>33</sup> Slavson, S. R.: *Child Psychotherapy*, Columbia University Press, New York 1951.
- <sup>34</sup> Slavson, S. R.: *Child Psychotherapy*, a. a. O., S. 231.
- <sup>35</sup> Slavson, S. R.: Differential Methods of Group Therapy in Relation to Age Levels, *The Nervous Child*, 4, April 1945, und: Play Group Therapy for Young Children, a. a. O., 7. Juli 1948; siehe auch *A Textbook in Analytic Group Psychotherapy*, Columbia University Press, New York 1950, Kapitel 8 und 9.
- <sup>36</sup> Dieser Mechanismus ist auch bei erwachsenen psychotischen und schizophrenen Patienten zu beobachten.
- <sup>37</sup> Anmerkung 28 gilt auch hier.

## PSYCHOANALYSE IN GRUPPEN

»Erzählen Sie uns, wie Sie in und mit der Gruppe arbeiten«, sagte der Herausgeber zu mir, als er mich einlud, zu diesem Band einen Beitrag zu schreiben. »Eine Art ›Gebrauchsanweisung‹ wäre uns willkommen«.

Diese Bitte machte mich einen Augenblick lang nachdenklich. Ich war in der letzten Zeit mit der heutigen Literatur über Gruppenpsychotherapie, einschließlich meiner eigenen Schriften, irgendwie unzufrieden gewesen. Das Prickelnde und das Suchen schienen daraus verschwunden zu sein. In den Anfangsjahren war es noch abenteuerlich und aufregend, aber nun wurden wir überschwemmt mit immer mehr engherzigen und parteilichen klinischen Ansichten, die als die beste Arbeitsweise dargestellt wurden, oder umgekehrt, mit erbitterten Anklagen, weil wir nicht einer nach den Vorschriften des anderen praktizierten. Ich hatte den Eindruck, daß eine neue Bestandsaufnahme meiner eigenen lebenslangen Arbeit auf diesem Gebiet interessant werden könnte, zumindest für mich selbst. Der Leser darf also diesen Essay als Neubeurteilung eines Gebietes ansehen, dem immer noch mein Eifer und meine Hingabe gelten. Analytiker fragen häufig ihre Patienten: »Wie ist es gekommen, daß Sie sich diese Lebensarbeit ausgesucht haben?« Wenn ich mir diese Frage selbst beantworte, so scheint mir im Rückblick, daß ich vernünftige manifeste Gründe hatte, mich für Gruppentherapie zu interessieren und weiter auf diesem Gebiet zu arbeiten. Und ich erkenne heute, ebenfalls rückblickend, daß diese Gründe nicht allein persönlicher Art waren, sondern auch bestimmt von den größeren Kräften in der Welt, zu der unser Handwerk, unsere Wissenschaft oder Kunst, oder wie immer man es nennen mag, gehören.

1938, als ich in meiner Ausbildung als Psychoanalytiker schon ziemlich weit fortgeschritten war, geriet ich an einige Artikel von Trigant Burrow, Louis Wender und Paul Schilder. Diese drei Therapeuten hatten, von verschiedenen Standpunkten aus und aus verschiedenen Gründen, mit der analytischen Behandlung von Patienten in Gruppen zu experimentieren begonnen. Trigant Burrow betonte die Notwendigkeit, die autoritäre Stellung des Einzel-Psychoanalytikers in Frage zu stellen.

Schilder interessierte sich für die Einflüsse der Kultur auf das Individuum und für seine Wertvorstellungen und seine sittlichen Maßstäbe; Wender dagegen beschäftigte sich in erster Linie mit dem Bedürfnis des psychisch Gestörten nach einer Gemeinschaft und mit der Verantwortung der großen Gemeinschaft, dieses Bedürfnis zu verstehen und möglichst zu befriedigen.

Ich kann nicht im einzelnen belegen, warum diese Artikel damals meine Aufmerksamkeit erregten oder mich interessierten. Höchstwahrscheinlich hatte eine gewisse Unzufriedenheit mit der bestehenden psychoanalytischen Erfahrung etwas damit zu tun. Was auch der Grund gewesen sein mag, ich teilte dieses neue Interesse sofort und begeistert einigen Kollegen mit, die bei meinem Lehranalytiker in Analyse waren, und schlug ihnen vor, wir sollten selber eine Gruppe bilden, um für uns die Vor- und Nachteile der Gruppenpsychotherapie auszuprobieren. Man begegnete meinem Vorschlag mit ungeheurem Schweigen. Nur mein Analytiker fand Worte, um mit mir über die Angelegenheit zu sprechen. Er war der Ansicht, und nicht ohne Grund, mein Plan sei ein Anzeichen meines Widerstands gegen unsere analytische Beziehung; das bearbeiteten wir, während meine Versuchsidee noch im Entstehen verwelkte. Während ich meine analytische Ausbildung erwarb, steckten die Vereinigten Staaten tief in einer großen Wirtschaftskrise. Glücklicherweise hatte ich mir eine psychotherapeutische Privatpraxis aufbauen können, aber nach ein paar Jahren begann mich die große Zahl der Patienten im Geist zu verfolgen, die weggeschickt werden mußten, weil sie sich eine privat bezahlte Therapie nicht leisten konnten. Sollte die Psychoanalyse sich als eine Therapie erweisen, die denen vorbehalten blieb, die sie sich leisten konnten? Zweifellos, wenn sich kein Kompromiß fand. Zugleich bekam ich das Gefühl, selbst wenn man den psychoanalytischen Prozeß nicht abkürzen könnte, müßte er irgendwie zu einem unmittelbareren, dramatischeren und sinnvolleren Erlebnis für den Patienten und den Analytiker werden. In dieser Zeit fiel mir der Gedanke an den Versuch der Arbeit mit Gruppen wieder ein. Diesmal war ich in der glücklichen Lage, meine eigene »Autorität« zu sein, und so konnte ich meine Idee in die Tat umsetzen. Ohne zu sehr zu drängen, begann ich den Patienten, die schon bei mir in Analyse waren, die Möglichkeit der Gruppentherapie darzulegen. Zu meiner Überraschung stellte ich fest, daß die meisten Patienten über den Gedanken, sich auf ein neues Abenteuer mit ernsthafter Grundlage einzulassen, das vermehrte persönliche Erfolge versprach, ebenso begeistert waren wie ich.

Die erste Gruppe bestand aus zehn Patienten, fünf Männern und fünf

Frauen. Sie kamen dreimal in der Woche mit mir zusammen; die Sitzungen dauerten jeweils eineinhalb Stunden. Kurz nachdem die Gruppe ihren Zusammenhalt gefunden hatte, berichteten mir die Patienten, sie pflegten ihre Zusammenkünfte in einem nahen Café fortzusetzen, und bei diesen außerplanmäßigen Versammlungen seien viele unterschiedliche Dinge zu beobachten. Ich sah keinen Grund, diese Zusammenkünfte ohne mich zu verbieten. Auf diese Weise wurde fast sofort die »alternierende Sitzung« (»alternate session«), die ich später im einzelnen besprechen will, als ergänzender Teil meines Plans für die Durchführung von Psychoanalyse in Gruppen eingeführt. Diese psychoanalytische Orientierung hat sich nicht geändert, und heute, nach dreißig Jahren, empfinde ich die Regeln der Psychoanalyse immer noch als die breiteste, vernünftigste Grundlage für wirksame Gruppentherapie.

Zwar fiel dieser persönliche Beginn noch in die Pionierzeit der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie, aber der erste echte Bericht über Gruppenpsychotherapie in den Vereinigten Staaten wurde schon im Jahr 1906 von Dr. J. H. Pratt, einem Arzt aus Boston, vorgelegt. Dr. Pratt, der mit Tuberkulosekranken arbeitete, die sich keine Behandlung im Krankenhaus leisten konnten, fand rasch heraus, daß sein Gruppenunterricht über die Versorgung von Tuberkulösen im eigenen Heim günstige psychische Nebenwirkungen hatte. 1956 nannte er seine Arbeit nicht mehr »Sanatoriumsbehandlung für Schwindsüchtige zu Hause« (1906), sondern »Gruppenpsychotherapie« (1956). Zwischen diesen beiden Daten ist die Gruppenpsychotherapie mündig geworden. Moreno hat beschrieben, wie er 1910 in Wien mit Gruppen gearbeitet hat. Lazell hat 1921 über die Gruppenbehandlung von Psychotikern berichtet. Trigant Burrow hat 1925 den Begriff »Gruppenanalyse« eingeführt. Louis Wender berichtete 1929 über seine Arbeit mit psychoanalytisch orientierten Gruppen, und S. R. Slavson führte neben anderen bemerkenswerten Neuerungen die Aktivitäts-Gruppentherapie ein. 1931 berichtete L. G. Marsh über seine zwanzigjährige Praxis der Gruppenpsychotherapie, in der er die repressiv-inspirationale Methode und die Idee der Milieuthherapie verwendet hatte. Und 1934 führte Paul Schilder am Bellevue Hospital in New York die Gruppenpsychotherapie ein; in seiner Technik kombinierte er soziale und psychoanalytische Gesichtspunkte.

Mittlerweile war die Wirtschaftskrise in den USA auf ihrem Höhepunkt angekommen. Die Spannungen wurden noch durch die Drohung eines unmittelbar bevorstehenden Krieges vergrößert; das Zusammenwirken dieser gesellschaftlichen Kräfte hat zweifellos viel dazu beigetra-

gen, daß die Gruppenpsychotherapie als anerkannte Behandlungsmethode akzeptiert wurde. Der Zweite Weltkrieg jedoch gab der Gruppenpsychotherapie ihren stärksten Anstoß. Als ich selbst zum Militärdienst eingezogen wurde, hatte ich vier Jahre klinischer Erfahrung mit Gruppenpsychotherapie hinter mir. Während meiner Dienstzeit hatte ich die seltene und unschätzbare Möglichkeit, mit Hunderten von Gruppen junger Männer jeweils auf kurze Zeit zu arbeiten und junge Therapeuten in einer Methode auszubilden, die nun zu einer durch die beim Militär herrschenden Bedingungen bestimmten Notwendigkeit geworden war. Während dieser anstrengenden Zeit entwickelten sich viele Therapeuten zu treuen Praktikern der Gruppenpsychotherapie, und wir alle waren sehr erfreut durch die offizielle Anerkennung, als es 1944 in einem »Kriegsausbildungsbulletin« (War Training Bulletin), herausgegeben von der U.S.-Army, hieß: »Das günstige Ansprechen der Patienten auf eine vergleichsweise kurze Behandlung in Gruppen rechtfertigt eine weitverbreitete Übernahme dieser Therapie-Methode.«

### *Hauptströmungen*

In der Nachkriegszeit nahm, trotz der Bedenken vieler Einzeltherapeuten, die Anzahl der Gruppenpsychotherapeuten ständig weiter zu. Unter den Psychotherapeuten waren wahrscheinlich die Psychoanalytiker diejenigen, die am längsten Widerstand leisteten. Trotzdem gibt es heute kaum eine psychoanalytische Schule, die in ihrem Ausbildungsprogramm die Technik der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie nicht zuläßt. Außerdem sind um die Praxis der Gruppenpsychotherapie viele neue Psychotherapie-Schulen entstanden. Sie werden an anderer Stelle in diesem Werk ausführlicher besprochen. Für meine Zwecke soll hier eine kurze Erörterung bestimmter Hauptrichtungen dazu dienen, meine eigene Position klarzustellen. Es gibt also z. B. die »Experiential School« (etwa: »Erlebnis-Richtung«), die das unmittelbare emotionale Erleben von Gruppen-Interaktion für das Allerwichtigste hält, wobei Lebensgeschichte und Durcharbeiten fast ganz ausgeklammert werden. Einige der Therapeuten dieser Richtung glauben auch, ihre eigenen Gefühle, Reaktionen usw. sollten ebenso frei enthüllt werden wie die der Patienten. Für viele Anhänger dieser Richtung ist Denken ein Feind der Therapie und Rationalität nur ein repressiver und destruktiver Einfluß.

Die Gruppendynamiker, zur Zeit sehr in Mode, widmen sich ebenfalls

dem »Hier und Jetzt« und dem Vorrang der Gruppe vor den Problemen des einzelnen. Sie sind jedoch nicht so sehr geneigt, den Therapeuten gleichsam als einen Superpatienten einzubeziehen, auch nicht als eine Autoritätsfigur, die über der Autorität der Gruppe steht. Die Gruppendynamik, deren Vorkämpfer Kurt Lewin war, hat sich für Organisationen von Gemeinschaften, für Erzieher und Geschäftsunternehmen als sehr hilfreich erwiesen. Ich habe jedoch, da die Gruppendynamik eine nicht-analytische Einstellung hat, und da es ihr an einer Theorie der Ursachen und der Heilung psychischer Störungen fehlt, ernsthaft Bedenken gegen ihren Wert als Methode zur Behandlung psychisch und geistig Gestörter. Mir gefällt auch die Tendenz nicht, jede Art von Gruppentätigkeit als eine Form von Gruppentherapie anzusehen. Viele Betätigungen dieser Art können zu konstruktiven Ergebnissen führen, ohne jedoch den Anspruch zu rechtfertigen, als therapeutische Techniken angesehen zu werden. Ich muß bekennen, daß die Hitzigkeit, die bei der Diskussion dieser verschiedenen Anschauungen aufflammt (wozu ich selbst einen beträchtlichen Beitrag geleistet habe), mich bei nüchterner Überlegung leicht in Verwirrung bringt. Jeder, der einmal Gruppenpsychotherapie miterlebt hat, weiß, daß z. B. nonverbale Kommunikation wichtig, provokant, störend, stützend usw. sein kann. Warum ist es dann nötig oder sogar wünschenswert, um dieses Konzept herum eine Akademie der nonverbalen Kommunikationstherapie aufzubauen oder sogar die verbale Kommunikation zu diffamieren? Und warum sollte es irgendwelche Streitigkeiten über die angemessene Verwendung beider geben? Ebenso wird jeder erfahrene Gruppentherapeut sehr bald lernen, daß jede Gruppe ihren eigenen Charakter und ihr eigenes Leben hat und daß der Gruppenzusammenhalt in gewissem Maß für die produktive therapeutische Arbeit notwendig ist. Aber ist es notwendig oder klug, die Gruppe in jedem Fall über den einzelnen zu stellen? Oder in irgendeinem Fall? Ich bin der Meinung, daß eine Gruppe, die diesen Namen verdient, oft besser in der Lage ist als eine einzelne Autoritätsperson, Widerspenstigkeit, Destruktivität oder Agieren bei Gruppenmitgliedern zu handhaben. Anders ausgedrückt: Eine Gruppe kann sich gewöhnlich selbst ihre Grenzen setzen, kann selber das Agieren ihrer Mitglieder unterbrechen. Weniger unverletzlich ist der Status der einzelnen Persönlichkeit. Und wenn wir zu wählen haben, worauf wir mehr Gewicht legen wollen, ziehe ich es vor, dieses Gewicht auf die Bewahrung der Integrität jedes Individuums zu legen, ohne es aus der Gruppe zu entfernen, sondern indem ich es ermutige, dort wirksame und erfolgreiche Interaktion mit den ihm Gleichgestellten zu praktizieren.



## Allgemeine Regeln

Um dieses Ziel zu erreichen, finde ich folgende allgemeine Regeln unermesslich hilfreich: Erstens muß man eine einigermaßen ernsthafte, entspannte, zielstrebige Atmosphäre herstellen, so daß Konzentration und freies Arbeiten gefördert werden. Dies erfordert das Aufstellen einiger Grundregeln, die jeder Therapeut gemäß seiner eigenen Persönlichkeit wählen wird. Ich ziehe es vor, meine Grundregeln zum größten Teil sehr allgemein zu halten, in einigen Einzelheiten aber sehr spezifisch. Allgemeine Regeln: Ich bitte jeden Patienten, er solle versuchen, über seine Assoziationen, Reaktionen, Phantasien und Gefühle über sich selbst, seine Gruppengenossen, seine Familie, seine Freunde, Arbeitskameraden und seinen Therapeuten so offen wie möglich zu sprechen. Ich bitte ferner, die Zusammenkunft ohne den Therapeuten (alternate meeting) als Bestandteil des Therapieplans zu betrachten und ebenso regelmäßig hinzugehen wie zu den regulären Sitzungen. Jeder Kontakt, der außerhalb der Gruppe zwischen Einzelmitgliedern oder Untergruppen stattfindet, muß in der Gruppe erörtert werden. Bei keiner dieser Regeln gibt es ein Entweder-Oder: man richtet sich danach oder man verläßt die Gruppe. Es gibt auch keine Andeutung von Laissez-faire. Die Anweisungen werden im vollen Bewußtsein des Umstands gegeben, daß jedes Gruppenmitglied sie gemäß seinem eigenen Verständnisniveau, seiner Struktur, dem Grad seines Widerstands und seiner Haltung gegen Autoritäten und Gleichgestellte aufnehmen wird. Und es besteht eine ausgezeichnete Chance, daß die Gruppe ihr eigenes Verhalten in bezug auf konstruktive Arbeit kollektiv regeln wird.

Eine weitere Regel, nach der ich mich selbst richte und die sich indirekt fast sofort auch dem Patienten mitteilt, ist die, daß alles Material, das zwanghaft betont oder wiederholt aus der Diskussion ausgeklammert wird, etwas ist, das als Anzeichen von Widerstand untersucht und analysiert werden muß. Wenn also ein Patient nur über seine Familie oder niemals über seine Familie spricht, immer über den Therapeuten oder nie über den Therapeuten, immer über andere oder nie über andere, immer über seine Träume oder nie über seine Träume, immer über seine Lebensgeschichte oder nie über seine Lebensgeschichte, dann kann man annehmen, daß er etwas verbirgt, das er besser erforschen sollte. Auf diese Weise fällt ein gut Teil der endlosen Diskussionen weg, welche Technik therapeutischer oder wirksamer sei: die Aktivität im »Hier und Jetzt« oder das Sondieren der Lebensgeschichte, Interaktion oder Introspektion, Verbalisierung oder Nicht-Verbalisierung. Sie alle sind wich-

tig, sie werden alle zu irgendeinem Zeitpunkt im Interesse von Selbstentblößung oder Widerstand eingesetzt, je nach der besonderen Situation des jeweils betroffenen Patienten gerade im Augenblick der Betrachtung.

Mit anderen Worten: ich glaube nicht, daß die Betonung einer Ebene oder einer Seinsweise des Menschen — bewußt oder unbewußt, inter- oder intrapsychisch, intellektuell oder emotional — der Therapie etwas nützt, wenn die anderen Ebenen dadurch willkürlich ausgeschlossen werden. Alle sind wichtig, alle müssen studiert werden, wie sie beim einzelnen Patienten zum Vorschein kommen, mit dem Ziel, daß immer mehr Türen geöffnet werden zu weiterer Einsicht in seine Psychodynamik und seine Psychopathologie, in ihre Wirkung auf die Gruppenmitglieder und deren Wirkung auf ihn.

Ich bin ferner überzeugt, daß man, um auf diese Weise praktizieren zu können, eine intensive theoretische und in praktischer Erfahrung gesammelte Ausbildung sowohl in Einzel- als auch in Gruppenanalyse braucht. Als ich anfang, Gruppenpsychotherapeuten auszubilden, waren die Studenten Mitglieder meiner heterogenen Gruppen. Heute ist es nicht mehr ungewöhnlich, daß der Therapeut seine Gruppenerfahrung mit Angehörigen seines eigenen Berufs sammelt. Ich bedaure diese Tendenz, weil sie das wahre Prinzip der Heterogenität verletzt; mir wäre es viel lieber, der Kandidat müßte den Schutz seiner Berufskollegen entbehren und sich mit den Problemen auseinandersetzen, die ein Bündel von »quer durch den Gemüsegarten« aufgelesenen Sterblichen bietet. Auf diese Weise würde er mehr über die Wirkungsweisen seines Unbewußten lernen, über seine Fähigkeit, sich in angemessener Weise zu exponieren, oder sein Bedürfnis, sich unangemessen zu offenbaren, seine Einstellung gegenüber Autoritätsfiguren, Gleichgestellten und »Untergebenen«. Sicherlich sollte, je heterogener und lebendiger die gruppenanalytische Erfahrung ausfällt, das Ergebnis um so geringere Starrheit und um so mehr vernünftige Spontaneität sein. Diese beiden Eigenschaften sind das sine qua non des Gruppenanalytikers, der bereit ist, mit dem vielschichtigen analytischen Plan zu arbeiten, von dem dieser Essay handelt.

Nun zu einigen spezifischen Einzelheiten über die Wirkungsweise dieses Grundplanes für Psychoanalyse in Gruppen in der Praxis. Ich habe festgestellt, daß mein eigenes Bedürfnis nach Struktur mich in meinen früheren Schriften über dieses Thema in einen »Stufenplan« hineingezwungen hat, der sich nach meiner Ansicht klinisch als nicht zutreffend erwiesen hat. »Stufen« der Therapie treten bei verschiedenen Patienten zu verschiedenen Zeiten auf. Manche kommen zugleich vor, manche frü-

her, manche später. Wenn man mit den Grundlehren der Psychoanalyse vertraut ist und wenn man mit seinen eigenen Übertragungen und Gegenübertragungen umgehen kann, sollte es nicht allzu schwierig sein, einen einigermaßen disziplinierten Therapieplan für jedes Individuum zu verfolgen, immer vor dem Hintergrund seiner Interaktionen innerhalb der Gruppe gesehen.

Man hat schon viele Bilder verwendet, um die therapeutische Gruppe und den Gruppentherapeuten zu beschreiben. Manche haben die Gruppe mit einem Orchester verglichen, wo der Therapeut die Rolle des Dirigenten spielt. Andere sehen die Gruppentherapie mehr als eine improvisierte Theateraufführung an, wobei der Therapeut Regie führt. Ein Bild, das mir oft in den Sinn kommt, ist ein Strand. Der Sand ist immer da, aber jeder Windhauch, jeder Wellenschlag oder die leiseste Menschenspur verändert die Lage der Sandkörner. Es wäre vergeblich, wollte man versuchen, die Konfigurationen der Sandkörner nach irgendeinem starren Muster, nach einer Gruppe von Mustern oder Stadien im voraus zu ordnen. Wollte man behaupten, diese Muster oder Stadien oder selbst Ergebnisse seien konstant oder absolut vorhersehbar, wäre es nicht wahr. Was für den Sand gilt, gilt aber auch für die therapeutische Gruppe. Gibt es also nichts, an das man sich halten kann, als rieselnden Sand? Nein. Jeder Patient hat seine charakteristische Pathologie, seine charakteristischen Widerstände und eine Reihe von Übertragungsformen, die er immer wiederholt. Wir gelangen dahin, diese seine besonderen Reaktionen, ein Verhalten, das für ihn typisch ist, das ihm einen Stempel aufdrückt, zu kennen und zu erwarten, so daß wir lernen: Wenn wir uns so verhalten, können wir voraussagen, daß er so und so reagieren wird.

Ich werde nach besten Kräften versuchen, den Prozeß der Psychoanalyse in Gruppen zu beschreiben, so wie ich sie erlebt und praktiziert habe.

Frage: Wie bringt man eine behagliche, entspannte Atmosphäre zustande? Erstens muß man sich klarmachen, daß die Umgebung wichtig ist als Hintergrund für die Interaktion der Gruppenmitglieder. Wenn wir einen Ausdruck der modernen Umgangssprache gebrauchen wollen: sie ist die »Szene« (der Schauplatz). Ich halte Gruppensitzungen am liebsten in einem fast quadratischen Raum, der groß genug ist, um zehn bequeme Stühle um einen ziemlich großen, niedrigen runden Tisch herum aufzustellen; es sollte ein Raum sein, der nicht so groß ist, daß er ein Wohnzimmer ersetzen könnte, und nicht so klein, daß er als Studierzimmer dienen könnte. In einer Ecke steht mein eigener Lederstuhl, ganz anders als die anderen, aber nicht demonstrativ. Es sind zwei Uhren im

Zimmer, die eine in meiner Blickrichtung, so daß ich während der Sitzung nicht auf meine Armbanduhr zu schauen brauche; die andere ist so aufgehängt, daß jedes Gruppenmitglied das Verstreichen der Zeit wahrnehmen kann, wenn es dies wünscht. An den Wänden sind Bücherregale angebracht, und in dem einzigen Fenster befindet sich eine Klimaanlage.

Diese Einzelheiten mögen unbedeutend erscheinen, aber man lernt schnell, daß kein Detail in einer Gruppe unwichtig ist. Mein Stuhl z. B. ist zum Auslöser für mehr Übertragungs-Feindseligkeit, Spekulation und Agieren geworden als irgendein anderer Punkt (ausgenommen vielleicht meine »Passivität«). Irgendein Patient ist wütend auf mich. Warum? Weil ich mir den bequemsten Stuhl vorbehalte (wie sein Vater oder sein Bruder oder seine Mutter, oder bei wem immer sein Übertragungsmechanismus ansetzt). Ich habe meine eigene Uhr. Was hat das zu bedeuten? Sollte ich fürchten, ich könnte der Gruppe fünf Minuten mehr zugestehen und so etwas Geld verlieren — oder vielleicht könnte ich mich dabei ertappen, daß ich jemandem etwas umsonst gebe? Meine Wände sind ziemlich dunkel. Sind sie so, damit man den Schmutz weniger sieht? Was sollen all diese Bücher in meinen Bücherregalen? Ich mache nicht den Eindruck, als läse ich jemals welche. Stehen sie da nur zum Angeben herum? Diese leicht humoristischen, kritischen und halbahren Bemerkungen können ein gut Teil der Spannung abführen, die den Ausdruck von Feindseligkeit begleitet, und man kann hoffen, daß sie das Tor zu tieferen Schichten öffnen. Ebenso habe ich festgestellt, daß eine Sitzbank in dem Sinn »trennend« wirken kann, daß einer von drei Menschen auf jeder Seite von der Untergruppe auf der Sitzbank getrennt wird. Der Kreis von Einzelstühlen gehört zu der Atmosphäre, die wir brauchen — getrennt, aber zusammen als Gruppe —, in einem Zimmer, das nicht überwältigend luxuriös ist, aber auch nicht antiseptisch kahl.

### *Gruppenbildung*

Nun, da das Gruppenzimmer fertig ist, können wir beginnen, eine Gruppe zu bilden. Der erste Schritt besteht darin, den einzelnen Patienten auf den Eintritt in eine Gruppe vorzubereiten. Manchmal ist dies nicht nötig, da manche Patienten, die vorher in Einzeltherapie waren, ausdrücklich zur Gruppentherapie kommen wollen. Selbst diese Patienten brauchen unter Umständen einige Zeit mit dem Therapeuten allein, bevor sie in eine Gruppe eintreten. In den meisten Fällen ist eine gewisse Einzelvorbereitung nötig, um ziemlich weitverbreitete Widerstände ge-

gen den Eintritt in eine Gruppe zu überwinden. Diese Widerstände gehören gewöhnlich zu folgenden Kategorien: Patienten, die 1. glauben, die Gruppentherapie werde ein demütigendes Eindringen in ihre Privatsphäre sein; 2. fürchten, ihre Schwierigkeiten würden ans Licht der Öffentlichkeit dringen; 3. den Therapeuten ganz allein für sich haben wollen; 4. fürchten, die Gruppe werde ein Abbild einer alldruckhaften Familiensituation sein; 5. auch nicht eine Andeutung von Feindseligkeit ertragen können; 6. die Illusion nicht aufgeben können, ihre neurotische Abwehr sei gerechtfertigt und sollte eher gestärkt und gefördert als abgebaut werden, und 7. die Patienten, die sich nicht vorstellen können, wie ein Haufen Neurotiker irgendeine Hilfe für sie bedeuten könnte.

Der gut ausgebildete Therapeut kann diese Befürchtungen in vorge-schalteten Einzelsitzungen mäßigen; dies können ein oder zwei Sitzungen sein; sie können sich aber auch über mehr als ein Jahr erstrecken. Man sollte dem zukünftigen Gruppenpatienten versichern, daß er kein intimes Material preiszugeben braucht, ehe er selbst dazu bereit ist. Er braucht nicht einmal seinen Nachnamen zu nennen. Der Patient, der den Analytiker ganz für sich haben will, kann allmählich zu der Einsicht gebracht werden, daß dies eine infantile Forderung nach dem Alleinbesitz des Vaters oder der Mutter ist, den oder die der Analytiker repräsentiert, und daß der Weg zur Reife darin liegt, daß man lernt, die Bindung an die Elternfigur zu lösen und eine angemessenere und vernünftige Beziehung zu Menschen innerhalb und außerhalb der Gruppe herzustellen. Oft kommt natürlich eine solche Einsicht erst zustande, wenn der Patient schon eine Zeitlang in der Gruppe ist. Denjenigen, die das Wiederaufstehen einer grauenhaften Familie befürchten, kann der Therapeut auf gewisse Zeit einen nachsichtigen Schutz versprechen und gewähren, wobei er sein Geschick einsetzen muß, um andere Gruppenmitglieder nicht zu unterdrücken; er muß vielmehr den Überängstlichen, den jeweiligen Herausforderer und die »Zuschauer« ermutigen, ihre Gefühle, Träume, Phantasien und biographisches Material zum Ausdruck zu bringen. Es hat also jeder in der Gruppe die Möglichkeit, Teilnehmer und Beobachter, Helfer und Hilfe Empfangender zu sein; jeder Patient wird ermutigt, eine befreiende, kreative, expansive und sozialisierende Rolle zu spielen, je mehr er seine eigenen repressiven, destruktiven und antisozialen Tendenzen aufgibt.

Wenn der Patient bereit ist, sich einer Gruppe anzuschließen, wird er vielleicht um eine kurze, allgemeine, anonyme Beschreibung der anderen Gruppenmitglieder bitten, und man wird sie ihm geben oder auch nicht (je nachdem, ob der Therapeut es in seinem Fall für notwendig hält).

Der Zeitpunkt der regulären und der ohne den Therapeuten stattfindenden Sitzungen wird besprochen, ebenso die Frage des Honorars.

Eine heterogene Gruppe von acht bis zehn Leuten ist nun bereit, mit therapeutischer Arbeit anzufangen. Die Heterogenität der Gruppe ist ein Punkt, der nicht zu oft betont werden kann, da diese Heterogenität die Struktur bereitstellt, die gerade durch ihre Art größere Besserungsmöglichkeiten verspricht als eine homogene Gruppe. Es lohnt sich zu wiederholen: Die homogene Gruppe neigt dazu, dem einzelnen Patienten eine Niederlage zu bereiten, ihn in eine fügsame Einverständnishaltung hineinzuzwingen, die ihn vielleicht eine Weile tröstet, ihn letzten Endes aber doch verrät, wenn nicht der Therapeut und die anderen Patienten sich sehr bemühen, ihre latente Heterogenität aufzudecken. Jeder Patient möchte in gewissem Maß seine neurotischen Manöver rechtfertigen und rationalisieren. Wenn er in eine Umwelt hineingesteckt wird, die weitgehend seine eigenen Störungen widerspiegelt oder die Anpassung und Identifikation fordert, wird sein Widerstand genährt, und das Ziel, seine differenzierten eigenen Möglichkeiten zu stärken, wird hinausgeschoben.

Die heterogene Gruppe dagegen bietet eine Struktur, die ihrer Art nach schon ein größeres »Besserungspotential« hat, weil sie dem Patienten einen Anstoß zur Veränderung geben muß; sie muß ihn stimulieren, provozieren, erregen und herausfordern. Mannigfaltige Interaktion lockt vielfache Übertragungen heraus und fördert sie, zugleich hilft sie, die Starrheit der Übertragungsreaktionen zu durchbrechen, während die Vielfalt der Persönlichkeiten, denen der Patient projizierte Rollen zuweist, rascher ein Licht auf die Diskrepanz zwischen seinen Verdrehungen und der Realität wirft.

Trotz dieser Betonung der Heterogenität ist es besser, bestimmte, leicht identifizierbare Typen einzeln oder in homogenen Gruppen zu behandeln und sie aus der durchschnittlichen heterogenen Gruppe herauszuhalten. Dazu gehören: manifest auf Ausnützung ausgehende Psychopathen, schwere Alkoholiker, die zu den Sitzungen nicht nüchtern kommen können, schwer gestörte Stotterer, die die Geduld der übrigen Patienten erschöpfen können, Paranoiker, die dazu neigen, Gruppenmitglieder in ihre Wahnsysteme einzubeziehen, stark masochistische Patienten, die es immer fertigbringen, andere zur Aggression zu verführen, Senile, die zu sehr den Kontakt verloren haben, die sehr stark Depressiven und Selbstmordgefährdeten, die zu sehr gestört sind, um Interaktion ertragen zu können, die schwer Autistischen, die sich nicht beteiligen können, die starr Zwanghaften, die zu sehr mit ihren eigenen Ritualen

beschäftigt sind, Schwachsinnige, die eine Gruppe belasten können, und die Herzpatienten, bei denen Erregung und Dramatik der Gruppeninteraktion zu Angina pectoris führen können. Ich habe festgestellt, daß Homosexuelle, von denen manche Therapeuten glauben, man könne sie nicht in einer heterogenen Gruppe behandeln, enorm profitieren, wenn sie in eine »Atmosphäre der Allgemeinheit« einbezogen und nicht auf eine homogene (homosexuelle) Umwelt beschränkt werden. Viele der angeführten Patiententypen können nach einer Einzelbehandlung oder nach Erfahrungen in einer homogenen Gruppe in heterogene Gruppen aufgenommen werden. Nur Herzpatienten, die bei Affekten Herzschmerzen bekommen, sollten aus allen Gruppen, seien sie homogen oder heterogen, herausgehalten werden.

Obwohl die hypothetische Gruppe, die ich hier beschreibe, eine neugebildete ist, ist sie in keiner Weise eine geschlossene Gruppe. Von nun an wird sie, um das Prinzip der Heterogenität zu verstärken, kontinuierlich und als offene Gruppe geführt. Wenn ein Mitglied die Gruppe verläßt, wird es durch ein neues Mitglied ersetzt. Und ebenso kann die Gruppe, wenn sie aus dem einen oder anderen Grund im Verlauf ihrer Entwicklung homogen, starr oder übermäßig angepaßt wird, aufgelöst werden; dann werden die Mitglieder in verschiedene andere heterogene Gruppen versetzt. Ein Beispiel: Eine homogene Gruppe zieht es vor, trotz aller Versuche ein ernsthaftes Arbeitsklima herzustellen, verbal zu agieren und Neckerei als vorherrschenden Ton der verbalen Interaktion zu verwenden; die Sitzungen ohne den Therapeuten werden hauptsächlich als geselliges Beisammensein verstanden. Diese gleichen Gruppenmitglieder passen sich, nachdem sie aufgeteilt und in mehrere andere Gruppen aufgenommen worden sind, wo die Arbeit der Psychoanalyse ausschlaggebend ist, rasch an das neue Niveau an, da sie zumindest unbewußt an ihrer neurotischen Störung leiden und wirklich therapeutische Hilfe wollen.

Aber kehren wir zu unserer neugebildeten Gruppe zurück. Sie ist nun zu ihrer ersten Sitzung bereit. Ich für meinen Teil halte diese für die einzige typische Gruppensitzung. Gleichgültig, wie gut vorbereitet die Teilnehmer sein mögen, praktisch alle (einschließlich des Therapeuten) empfinden bei einer ersten Gruppensitzung eine gewisse Angst. Ausreichende Vorbereitung hat es der Gruppe ermöglicht, sich zu versammeln, aber alles übrige dieses Erlebnisses liegt noch im Bereich des Unbekannten, der immer in gewissem Maß Angst auslöst. Die Patienten treffen sich gewöhnlich draußen, in einem Warteraum, und stellen sich einander informell vor. Wenn der Therapeut ankommt, gehen sie alle in das Sitzungs-



zimmer und setzen sich im Kreis zusammen. Irgendeiner setzt vielleicht die Interaktion dadurch in Gang, daß er um eine Klarstellung der Grundregeln bittet. Aber häufig warten alle Teilnehmer darauf, daß jemand anders anfängt. An diesem Punkt wird oft gewohnheitsmäßig erwartet, daß der Therapeut »die Interaktion in Gang setzt« (eine der am häufigsten gestellten Fragen in bezug auf die Technik der Gruppenpsychotherapie). Der Therapeut tut dies, indem er die eine Frage stellt, von der er mit Sicherheit annehmen kann, daß jeder auf sie reagiert: »Hat irgend jemand Angst gehabt, heute hierherzukommen?« Der eine oder andere wird bestimmt antworten, und es ist wahrscheinlich, daß die meisten bereit und begierig sein werden, über ihre jeweiligen Ängste zu sprechen. Von diesem Punkt an habe ich persönlich es im allgemeinen nicht nötig gefunden, die Interaktion anzuregen, sie in Gang zu setzen, sie zu beginnen oder zu führen, oder Gruppenmitglieder zu lenken. Was ich von solchen Eigenschaften oder Tendenzen auch haben mag, bewahre ich mir für den Zweck analytischer Interventionen auf. Und je erfahrener die Mitglieder werden, je hellhöriger sie latente Inhalte verstehen, desto mehr ermutige ich sie allmählich, immer autonomer zu werden, so daß ich nur dann eingreife, wenn ich es für notwendig und angemessen halte.

Ich glaube, daß die analytische Arbeit schon in der allerersten Sitzung beginnen kann, gewöhnlich mit der schon beschriebenen Erörterung der Angst. Wenn die Interaktion erst einmal angefangen hat, ist es gar nicht ungewöhnlich, daß ein Patient einen frischen Traum, einen immer wiederkehrenden Traum oder einen alten Albtraum erzählt. Wenn das nicht eintritt, ermutigt der Analytiker zum Erzählen von Tagträumen, Phantasien und Träumereien. Er fordert die Mitglieder auf, die Zensur der phantasievollen Spekulationen über die Produktion der anderen zu unterlassen. Auf diese Weise beginnen sich die verschiedenen Persönlichkeiten herauszukristallisieren, und es werden die ersten Schritte zur Entwicklung gegenseitigen Rapports und gegenseitiger Antagonismen getan. Während dieser ersten Sitzungen spielt der Therapeut eine aktivere Rolle; er setzt durch eine mitfühlende, gewährenlassende Haltung gegenüber der Äußerung von frustrierenden Problemen, von Träumen und Strebungen jedes Patienten seinen eigenen Geist der Wärme und des Optimismus ein.

Allmählich übernehmen die Gruppenmitglieder das Auslösen von Interaktionen; der Therapeut zieht sich immer mehr zurück und läßt die Interaktion sich entwickeln und die Spannungen sich aufbauen. Jede gut strukturierte Gruppe enthält gewöhnlich einen oder mehrere Katalysato-



ren, angefangen bei den gesünderen Patienten — denen, die konstruktive Arbeit tun und mit dem Prozeß des Sich-gegenseitig-Entdeckens und des gesunden Sich-aufeinander-Beziehens weiterkommen wollen — bis hin zu den mehr neurotisch motivierten Provokateuren. Zu diesen letzteren gehören 1. die Exhibitionisten, die nicht zögern, mit ihren außergewöhnlichen Fähigkeiten und Leistungen zu prahlen; 2. die Verführer, die rasch alle von ihrer sexuellen Überlegenheit in Kenntnis setzen; 3. diejenigen, die Bestätigung suchen, ständig ihre eigene Unfehlbarkeit oder Unzulänglichkeit betonen und beim geringsten Hauch von Kritik zusammenbrechen; 4. die chronisch Ängstlichen, die keinen Augenblick der Stille ertragen können; diejenigen, die Aufmerksamkeit erregen wollen und es nicht ertragen können, auch nur eine Minute lang nicht im Scheinwerferlicht zu stehen; 6. die habituell Distanzierten, die sich zu verzweifelten Interaktionen zwingen oder traurig schweigen; 7. die zwanghaften Organisatoren, die immer nach dem gleichen starren Schema vorgehen müssen und keinen Augenblick der Spontaneität ertragen können; und 8. die zwanghaften »Betriebsnudeln«, die dafür sorgen müssen, daß die Party weitergeht. Selbst Patienten mit leicht psychopathischen Zügen können produktive Gruppenreaktionen hervorrufen. Solche Gruppenmitglieder können zwar versuchen, die Gruppe auszunützen, um ihre Verantwortungslosigkeit, ihren Mangel an Disziplin und ihre moralische Laxheit auszudrücken, aber ein derartiges Verhalten ruft gewöhnlich lebhaftere Reaktionen hervor und mobilisiert Gefühle der Abwehr. Patienten, die sich chronisch mißbraucht fühlen, bringen oft ihre aktualisierten Befürchtungen in die Sitzungen mit und fordern, jede Sitzung müsse für sie ihr Geld wert sein. Hypomanische sind natürlich anregend, während Schizoide außerordentlich gewandt mit unbewußtem Material umgehen. Tatsächlich hat jeder Patient irgendwelche provokanten Tendenzen, und der scharfsichtige Analytiker wird nach Gelegenheiten suchen, diese verdeckten Katalysatoren ans Licht zu bringen.

Wenn ein Patient beharrlich schweigsam bleibt, kann der Analytiker ihn entweder in Ruhe lassen und sich weigern, auf seine stillschweigende Provokation einzugehen; er läßt so die Frustration ansteigen, bis der Patient spricht, weil er sonst platzen würde. In anderen Fällen wird der Therapeut sich vielleicht bemühen, ein auf Widerstand beruhendes Schweigen zu analysieren, oder er wird den Patienten einfach zum Sprechen ermutigen. Patienten mit einem schwächeren Ich sollte man helfen zu verbalisieren. Diese kann der Analytiker am Anfang direkt nach einem Traum oder einer Phantasie fragen, in der Hoffnung, die symbolische Natur der Mitteilung werde als Abwehr gegen die Angst vor der

Selbstenthüllung dienen. Wenn dies mißlingt (aber nur als letzter Ausweg), ist es möglich, den Patienten aufzufordern, akute oder ständige Probleme aus seinem Leben außerhalb der Gruppe zu besprechen. Die meisten Patienten sind, von wichtigen Ausnahmen abgesehen, allzusehr geneigt, zwanghaft ihre aktuellen Schwierigkeiten oder ihre Krankengeschichten herzubeten, und gerade diese Form des Widerstands versucht eine erfolgreiche Gruppentherapie zu vermeiden.

Das Erzählen von Träumen, Phantasien und Tagträumen und das freie Assoziieren zu diesen unbewußten Produktionen sowie Versuchsdeutungen gehören zu den ersten Mitteln, um Gruppeninteraktion anzuregen und einen Gruppenrapport herzustellen. Der nächste Schritt besteht darin, die Mitglieder zu ermutigen, Assoziationen zu den anderen Personen in der Gruppe zu bringen. Bis vor kurzem habe ich eine Technik verwendet, die ich »die Runde machen« (»going around«) nannte. Dabei wurde ein einzelnes Gruppenmitglied gebeten, frei zu jedem anderen Mitglied der Gruppe zu assoziieren. Schließlich, als die Patienten immer schlauer wurden und die Macht, die diese künstlich zentrierte Stellung ihnen verlieh, immer besser einzuschätzen verstanden, bemerkte ich, daß die Zeit nie mehr ausreichte, und ehe ich mich versehen hatte, nahm jede »Runde« den größten Teil der regulären Sitzung in Anspruch, was natürlich bei anderen Gruppenmitgliedern äußerste Frustration hervorrief. Heute benütze ich diese Technik nur noch selten, und wenn ich es tue, fordere ich die anderen auf, sofort auf das Gruppenmitglied zu reagieren, das gerade »die Runde macht«. Ich glaube, man kann die gleiche Wirkung erreichen, indem man den freien Fluß der Interaktion fördert, der unweigerlich freie Assoziationen in bezug auf Gruppenmitglieder aufsteigen läßt, und indem man ständig andere freie Assoziationen auf Gruppenmitglieder und deren familiäre Vorgänger rückbezieht. Lassen Sie mich ein Beispiel dafür geben, wie so etwas funktionieren und Hand in Hand mit anderen Phasen der analytischen Arbeit gehen könnte. Peter beklagte sich, er könne Frauen nicht vertrauen. In der freien Assoziation sprach er von seiner Mutter und seiner Schwester, die »immer bereit seien, sich auf ihn zu stürzen und ihn zu tadeln«. Kay, ein anderes Mitglied der Gruppe, fragte: »Erinnert Sie hier irgendwer an Ihre Mutter oder Ihre Schwester?« Peter antwortete: »Ja, Jane.« Er sagt zu Jane: »Sie sind wie eine gespannte Feder. Ich hab' immer Angst, Sie rollen sich plötzlich auseinander und schnappen nach mir. Wovor haben Sie Angst? Haben Sie jedesmal, wenn man sich Ihnen nähert, das Gefühl, Sie würden gleich vergewaltigt?«

Jane mißfiel die Assoziation und die Unterstellung. Sie weigerte sich,

irgend etwas davon als gültig für sich anzunehmen, und beharrte darauf, es offenbare nichts weiter als Peters eigene Projektion. Aber in der folgenden Nacht hatte sie einen Traum, der ihre zwanghafte Angst und den zugleich auftretenden Wunsch nach erotischem Kontakt mit dem Vater aufdeckte. In darauffolgenden Sitzungen wurden die tieferen Zusammenhänge des erotischen Interesses für den Vater und der Angst vor ihm herausgearbeitet, und durch eine Analyse von Janes Interaktionen mit den Männern in der Gruppe wurde das Durcharbeiten begonnen. Dieses eine Beispiel veranschaulicht die Verwendung grundlegender psychoanalytischer Techniken — freies Assoziieren, die Verwendung von Traummaterial, die darauffolgende Aufdeckung von verdrängtem Material, die Übertragung und das Durcharbeiten —, die alle durch Interaktion innerhalb der Gruppe zustande kommen.

### *Die Analyse von Widerstand und Übertragung*

Auch die Analyse des Widerstands wird durch das Gruppenmilieu und den Gruppenprozeß sehr erleichtert. Zum Beispiel wird während der Interaktion der Patienten dem in seinem erotischen Übertragungsinteresse am Analytiker starr blockierten Gruppenmitglied durch die anderen zur Einsicht verholfen, die rasch bei der Hand sind, ihre eigene spezielle Beziehung zur Autoritätsfigur geltend zu machen, während sie zugleich böse sind, wenn ihnen der Therapeut oder ihre Gruppengenossen nicht genug Aufmerksamkeit schenken. Die üblicherweise auftretenden Widerstände oder das Agieren von missionarischem Eifer, Märtyrertum, Sündenbockhaltung usw. sind in der Gruppe ganz leicht als die neurotischen Phänomene bloßzustellen, als die wir sie kennen. Eine weitere Form des Widerstands, die in der Einzelanalyse der direkten Beobachtung nicht so leicht zugänglich ist, in der Gruppensituation jedoch überdeutlich zutage tritt, ist der Voyeurismus in seiner gesellschaftlich besser akzeptierten Form des »Lebens durch andere«. Der »Sammler von Ungerechtigkeiten«, der ständig anderer Leute Übel Diagnostizierende, der ständig Urteile Abgebende, derjenige, der Einzelheiten aus seiner Vorgeschichte verbirgt, alle diese und noch viele andere Manifestationen des Widerstands werden in der Gruppen-Interaktion verdeutlicht und werden nutzbar, sobald sie als vertraute und charakteristische Handlungsweisen des Individuums erkannt worden sind.

Die Analyse der Übertragung ist eng verbunden mit der Analyse des Widerstands; sie ist einer der wichtigsten und produktivsten Aspekte der

Psychoanalyse in Gruppen. Die Projektion von Eltern- und Geschwisterbildern auf andere Gruppenmitglieder ist ein Phänomen, das erschöpfend untersucht werden muß. Die Analyse dieses Übertragungsprozesses ist der größte Konzentrationsbereich dieser besonderen Methode — abgesehen vom Durcharbeiten. Unter der Anleitung des Analytikers entdecken die Patienten, in welchem Maß sie einander mit Eigenschaften ausstatten, die sie in früher Kindheit an ihren Familienangehörigen erlebt haben. Im Gruppenmilieu, wo ein Mitglied nicht nur eine bedeutende Gestalt aus der eigenen Vorgeschichte auf den Analytiker projizieren, sondern sich auch einzelne Gruppenmitglieder zu diesem Zweck aussuchen darf, wird das Feld für Übertragungen, ihre Bildung und Durcharbeitung, merklich erweitert.

Zunächst betont der Analytiker bestimmte Binsenwahrheiten in bezug auf das Übertragungsphänomen. Er erklärt, daß wir alle aus der Kindheit eine Erbschaft mitbringen, die uns drängt, die Gegenwart mit alten Formen auszustatten, daß wir uns selbst und andere gemäß unseren eng umschriebenen Erfahrungen sehen, daß dadurch anderen Eigenschaften zugeschrieben werden, die sie vielleicht in Wirklichkeit nicht besitzen. Er erklärt, daß daraus die verzerrten Beziehungen entstehen, die zu dem Schmerz und der Selbstvereitelung aller Neurosen führen, und daß therapeutische Hilfe, wenn nicht Heilung, sich daran messen läßt, in welchem Maß diese Verzerrungen im Patienten selbst beseitigt werden, und wie weit er es ertragen lernt, wenn andere ihre Verzerrungen auf ihn projizieren. Die Patienten werden auf die allgemeinen Eigenschaften der Übertragungsreaktion aufmerksam gemacht — z. B. Beziehungslosigkeit, Zwanghaftigkeit, Wiederholung, Irrationalität, Überkompensation usw. — so daß sie lernen können, diese Übertragungsreaktionen zu bemerken, wenn sie bei ihnen selbst oder bei anderen auftreten.

Wie ich schon gesagt habe, glaube ich, daß Analyse und Durcharbeiten der Übertragung die wichtigsten Aufgaben der Psychoanalyse in Gruppen sind, da die Übertragung häufig die richtige Realitätseinschätzung des Patienten stört und weil sie ihrer Natur nach alle Lebensbereiche des Patienten durchdringt. In der Gruppe ist es möglich, diese Erscheinung in all ihren unzähligen Varianten zu studieren und immer wieder ihre Wiederholungstendenz und ihre Qualität, alles zu durchdringen, zu demonstrieren. Sobald der Patient auf diese allgemeinen Merkmale der Übertragung aufmerksam gemacht worden ist, ist er bereit, ihre Manifestationen in der Interaktion zu beobachten und zu analysieren. Da, wie wir alle wissen, die Übertragungsreaktion unbewußt erfolgt, müssen wir erwarten, daß sich ihrem Erkennen (bei dem Betrof-

fenen) erheblicher Widerstand entgegenstellt. Auch hier kann die Gruppe wieder eine große Hilfe sein. Da es sehr viele verschiedene Formen der Interaktion gibt, braucht das endlose Aufmerksam-Machen auf die Übertragung nicht zu einer langweiligen mechanischen Handlung zu werden. Wir können also den Patienten immer wieder einmal daran erinnern, wenn er auf eine Maske reagiert, die weitgehend nur in seiner Vorstellung existiert, wenn seine Reaktionen unlogisch, unvernünftig, absurd oder zumindest archaisch sind, wenn er affektive Störungen wie Angst, extreme Reizbarkeit, Depression, Furcht oder selbst panische Angst und Entsetzen an den Tag legt.

Andere Merkmale der Übertragung sind in der Gruppe leichter zu beobachten als in anderen Behandlungssituationen. Hier können wir sehen, wie starr die Übertragungsmuster sind, wie sehr sie überschießen, wie hilflos der Mensch in ihren Klauen ist, und wir können feststellen, wie hemmend sie gleichermaßen für den Projizierenden und sein Objekt sind. Durch Beispiele und Anschauungsmaterial, das er im Augenblick des Auftretens gibt, verifiziert der Analytiker diese Kennzeichen der Übertragung immer wieder. Er benützt jede sich bietende Gelegenheit, um die jeweilige Reaktion in bezug auf die gegenwärtige Realität und den möglichen historischen Hintergrund zu klären.

Manchmal ist die Übertragung in der Charakterstruktur so starr fixiert, daß ein Patient die gleichen Verzerrungen auf alle Menschen in seiner Umgebung projiziert, gleichgültig, wie verschieden deren Persönlichkeiten sind. Diese Patienten sind leicht genug zu diagnostizieren: Sie sind häufig psychotisch. Aber zu behandeln sind sie viel schwerer. Auch hier kann wieder die Gruppe unschätzbare Hilfe bieten, indem sie weniger bedrohliche Versionen der Übertragung auf weniger bedrohliche Persönlichkeiten Gleichgestellter hervorruft. In jeder Gruppe sind gewöhnlich einige solche weniger bedrohliche Figuren zu finden, die das Auftauchen von gemilderten Reaktionsvarianten ermöglichen, die es später vielleicht erlauben, das Kernproblem der Übertragung auf den Therapeuten zu erreichen.

Zum Beispiel: Ein starr in der Übertragung fixierter Patient entwirft ein kompliziertes historisches Bild von einer mächtigen, feindseligen Familie mit Eltern und Geschwistern. In der Einzelanalyse wird der Patient zum einen oder anderen Zeitpunkt alle diese Bilder auf den Therapeuten projizieren. In der Situation der Einzelanalyse ist es nicht immer möglich, diese vielfältigen, flüchtigen Reaktionen zu verfolgen. Ganz sicher ist es nicht immer möglich, die Ursache der jeweiligen Projektion zu unterscheiden. In der Gruppe ist die Lage umgekehrt. Der

Patient wird vielleicht das eine oder andere Mal zum Analytiker und zu den Gruppenmitgliedern sagen: »Sie sind mein Bruder, mein Vater, meine Mutter, meine Tante, mein Onkel.« Oder er sagt vielleicht zu jedem einzelnen: »Sie sind meine Mutter; alle sind wie meine Mutter.« In beiden Fällen ist seine Reaktion die gleiche. Und die Gruppe wird mit Sicherheit auf diese irrationalen Zuteilungen von Rollen sowohl spontan als auch zwanghaft reagieren und sie in der weniger bedrohlichen Interaktion unter Gleichgestellten angehen, bis die Starrheit der Reaktion so weit durchgearbeitet ist, daß flexiblere und realistischere Reaktionen möglich werden. Dann ist es für den Therapeuten leichter, mit der thematischen oder zentralen Übertragung fertigzuwerden, die gewöhnlich auf ihn zentriert ist. Da diese gewöhnlich ein Abbild einer Beziehung zu einem wichtigen Elternteil oder zu einer Autoritätsfigur ist, an den oder die der Patient in höchst ambivalenter Weise affektiv gebunden war, stellt sie notwendig auch die größte Bedrohung der Abwehrmechanismen des Patienten dar. Wenn durch Interaktionen und Analyse von Beziehungen unter Gleichgestellten, von gemilderten Übertragungen usw. der Grund dafür schon gelegt ist, ist die Bedrohung nicht mehr so groß. Nun kann man hoffen, daß die Tür für die Bearbeitung eines Kernproblems geöffnet ist, das früher oder direkter anzugehen zu schmerzlich gewesen wäre. Wenn in der Gruppe eine Übertragung ans Licht kommt, fragt man den Patienten sowohl nach der unmittelbar zugrundeliegenden Provokation, so daß man die Gültigkeit seiner Reaktion beurteilen kann, als auch nach dem möglichen historischen Hintergrund der Reaktion selbst und danach, wie er selbst die Qualität dieser Reaktion einschätzt. So wird die Suche nach historischen Daten und das Verlangen nach Preisgabe dieser Daten nicht zu einem zwanghaften Manöver, um der Realität auszuweichen, sondern vielmehr zu einer Suche, die spezifisch auf die Klärung der Übertragung gerichtet ist, damit sie ein sich öffnender Zugang zur Realität werden kann. Ich glaube, daß der Therapeut, der sich schon früh im Verlauf der Behandlung auf die Analyse der Übertragung konzentrieren kann, die Behandlungsdauer erheblich verkürzen und mit mehr Grund erwarten kann, daß die Behandlungsgewinne erhalten bleiben.

Ich möchte hier ein Beispiel für diesen Prozeß anführen, das ein Schlaglicht auf die vollkommen verschiedenen Reaktionen auf mich wirft, die ein Patient in der Einzelanalyse und nach seiner Versetzung in eine Gruppe zeigte. In dreißig vorbereitenden Sitzungen kamen Joe und ich großartig miteinander aus. Joe war gescheit, heiter und außergewöhnlich freundlich; er machte rasche Fortschritte. Es schien keinen



offenkundigen Widerstand zu geben. Er deutete einen Traum — ich fügte ein paar zusätzliche Punkte hinzu. Diese pflegte Joe zu akzeptieren; vielleicht nahm er noch einige Abwandlungen vor, die uns beiden vollkommen angemessen erschienen. So verdächtig es klingen mag: Es schien keine Steine des Anstoßes zu geben. Die ganze Beziehung war einfach zu unneurotisch, und ich begann mich zu fragen, warum Joe überhaupt in Therapie war. Ich schlug vor, er solle in eine Gruppe eintreten, damit wir eine Möglichkeit bekämen, bestimmte Bereiche seiner Persönlichkeit zu erforschen, zu denen wir in der Einzelanalyse keinen Zugang gefunden hatten. Joe stimmte zu. Ich konnte keinen Mangel an Begeisterung für meinen Vorschlag entdecken. Aber schon in der allerersten Gruppensitzung zeigte Joe sein erstes Anzeichen einer negativen Übertragung. Er war ein anderer Mensch. Unsere harmonische Beziehung, seine warme Würdigung dessen, was ich für ihn getan hatte, seine eifrige Bereitwilligkeit, sich vernünftig zu verhalten, alles war verschwunden. Jetzt, bei dieser allerersten Zusammenkunft, stellte er alles in Frage, was ich sagte. Er benützte seinen scharfen Intellekt und seine ausgezeichnete Intuition, um alle anderen Gruppenmitglieder zu analysieren, wodurch es ihm unbewußt gelang, jeden Beitrag, den ich zu machen wagen mochte, entweder vorwegzunehmen oder herabzusetzen.

Während wir in den vorhergehenden Einzelsitzungen leicht unsere Meinungen austauschen können, erlaubte er mir in der Gruppe kaum, den Mund aufzumachen. Er unterbrach, er nahm voraus und sagte vorher — oft ziemlich genau —, was ich gerade sagen wollte. Ich ließ dies eine Zeitlang so laufen. Tatsächlich ließ ich ihn so weitermachen, bis die Gruppe anfang, sein zwanghaftes Verhalten zu bemerken, und bis sie begann, ihn darauf aufmerksam zu machen. Joe wollte kaum seinen Ohren trauen und wandte sich schließlich an mich um Bestätigung. Nun wies ich auf den scharfen Gegensatz zwischen Joes Freundlichkeit in unseren Einzelsitzungen und seiner Destruktivität hin, die er mir gegenüber in der Gruppe an den Tag legte. Diesmal war Joe erstaunt und verlegen. Aber er konnte einsehen, daß das, was ich sagte, wahr war. Und fast sofort konnte er es zulassen, daß verdrängte Erinnerungen, die ihm in der Situation der Einzelanalyse unpassend vorgekommen waren, ihm ins Bewußtsein kamen. In späteren Sitzungen rief Joe sich ins Gedächtnis, mit welcher päpstlicher Würde und viktorianischer Strenge sein Vater am Eßtisch Hof gehalten hatte, als Joe ein Kind war; wie man im Haus auf Zehenspitzen hatte schleichen müssen, wenn der Vater sein Schläfchen hielt; wie er in Gegenwart seines Vaters nur hatte sprechen dürfen, wenn er angeredet wurde. Joes Wut nahm zu, als er

sich an andere Schändlichkeiten aus der frühen Kindheit erinnerte, wie z. B. daran, daß sein Vater die Mutter besuchen durfte, während sie ein Bad nahm, während er, Joe, ausgeschlossen wurde. Mit der Zeit erweiterte sich der Bereich der Einsichten Joes. Er begann zu erkennen, daß er nur so lange eine freie und gute Beziehung zu einem Menschen haben konnte, wie dieser Kontakt von vornherein begrenzt und eng umschrieben war. Er konnte sich nun erinnern, daß er immer mit seiner Mutter sprechen konnte, wenn er mit ihr allein war, daß sie ihm aber nicht allzu oft zur Verfügung stand, und auch dann nie für längere Zeit. In einer Gruppe jedoch fühlte er sich getrieben, sich hervorzutun, das Genie des Salons zu spielen. Anders ausgedrückt, er entdeckte, daß er bei jeder gesellschaftlichen Zusammenkunft gewohnheitsmäßig das Familienmilieu wiederherstellte und automatisch danach strebte, dort der »führende Verstand« zu sein. Die Gruppe deutete an, und Joe akzeptierte, daß das, was er agierte, seines Vaters Rolle war, und daß er wahrscheinlich als Kind sich oft in der Phantasie vorgestellt habe, eines Tages werde er seinen Vater in allem, was er sagte und tat, mit Erfolg in Frage stellen. Nun konnte Joe erkennen, wie konsequent er seine unbewußte Phantasie in seinem beruflichen und gesellschaftlichen Leben agiert und sich selbst damit eine Niederlage bereitet hatte. Denn obwohl er auf beiden Gebieten relativ erfolgreich war, war er weit davon entfernt, sein volles Potential zu erreichen, ein Umstand, der ihn in die Therapie gebracht hatte. Nun hatte die Gruppe ihm die Möglichkeit gegeben, seine Phantasie in einer Situation zu agieren, wo sie wirklich in der Tiefe erforscht werden konnte.

Es wurde dann klargestellt, daß Joe, wenn er in einer Zweierbeziehung mit fest abgesteckten Grenzen war, wie er sie mit mir hatte, die fröhliche Atmosphäre der Beziehung zu seiner Mutter reproduzieren konnte. Aber wenn ich in der Gruppe war, wurde ich sein Vater, und die Gruppe wurde seine Familie. Von dieser Einsicht aus konnten wir tiefer in seinen Ödipuskonflikt, seine starke Bindung an seine Mutter, seine verdrängte Rivalität mit seinem Vater und seinen Zwang, den Vater in der wiedererschaffenen Familie zu ersetzen, eindringen. Offensichtlich ließ Joes Versetzung in eine Gruppe alte Familiengespenster wieder aufleben, die in der Einzelanalyse nur schwerlich erschienen wären, die aber in der Gruppensituation fast sofort und spontan heraufbeschworen worden waren. Überdies waren sie so unleugbar dramatisch und konkret aufgetaucht, daß jeder, der nicht hoffnungslos krank war, zur Einsicht kommen mußte. Der Rahmen der Gruppe erwies sich beim Durcharbeiten seiner Übertragung als ebenso konkrete Hilfe. Und was



für Joe gilt, war auch in vielen anderen Fällen zu beobachten, die bisher als »unanalysierbar« gegolten hatten. Als er seine Vaterübertragung mit mir durchgearbeitet hatte, wurde ich wieder die präöipale Mutter, von der er sich schließlich trennen konnte.

Wie das Vorangehende zeigt, bin ich immer noch ein Anhänger der Psychoanalyse in Gruppen, die mit den Modifikationen praktiziert wird, die der veränderte Rahmen notwendig macht. Ich glaube, daß menschliches Verhalten weitgehend durch ursprüngliche Provokation und die Bildung früher Verzerrungen determiniert wird. Ich glaube nicht, daß der Mensch zufällig funktioniert, infolge von Impulsivität oder Einbildung, die vollständig selbstgeschaffen und unabhängig von Kausalität oder Ätiologie ist. Ich glaube vielmehr, daß das Verhalten eines Patienten, seine Krankheit und Gesundheit, ebenfalls weitgehend Folgen seiner Lebensgeschichte sind und daß die Übertragung in der Gegenwart auf dem Zwang zur Wiederholung einer früheren Beziehung beruht, der durchgearbeitet werden kann, so daß im Verlauf der Behandlung eine graduelle, aber radikale Verschiebung der negativen Vorgeschichte erfolgt. Der Gruppenanalytiker braucht Spontaneität, Inspiration, Auswahl oder Zufall weder zu vermeiden noch abzulehnen. Er verzichtet aber auch nicht auf den Versuch, in jedem Augenblick die Motivation des Patienten, die ursprünglichen Gründe für seine Pathologie, die Entwicklung und die Gesetze zu entdecken, nach denen seine Krankheit in der Gegenwart abläuft. Am Anfang der Behandlung läßt er es zu, daß sich spontane Interaktion entwickelt, aber er tritt auch bewußt und sachverständig in die therapeutische Beziehung ein, immer mit dem Ziel, durch Auflösung projektiver Illusionen die Befreiung vom Zwang zu erleichtern. Allmählich hilft er, die Technik der spontanen Interaktion zu ergänzen, indem er dazu ermutigt, nach einem bewußten, methodischen Auswählen und Planen der verbalisierten Reaktionen zu streben, wie er dem besten Interesse des einzelnen und aller Gruppenmitglieder entspricht. Dies ist immer ein Prozeß der intensiven Bemühung für den Patienten — eines Kampfes mit seinen eigenen Übertragungsreaktionen, wenn sie nicht gerechtfertigt oder mit Nachsicht zugelassen werden können, wenn Einsicht ohne daraus folgendes Handeln nicht geduldet werden kann, wenn Charakteränderung an die Stelle der Erklärung treten muß, und wenn Selbst- und Gruppendisziplin einen Umbau der eigenen Persönlichkeit erfordern. In diesem Bemühen sehe ich das »Durcharbeiten«. Und wie alle anderen Bemühungen und Kämpfe, die in der Psychoanalyse stattfinden, durchziehen auch diese den ganzen Verlauf der Behandlung. Wenn der Abschluß nahe bevor-

steht, tritt dieses Bemühen jedoch gegenüber den anderen Phasen in den Vordergrund, und in der Gruppe ist dies ein allgemein als Erfolgserlebnis empfundenes Phänomen. Wenn die anderen Gruppenmitglieder mit Vergnügen Bemerkungen über die Veränderungen in der Haltung des einzelnen machen, wissen wir, daß der Patient auf dem Weg zum Abschluß der Behandlung ist.

Eine Probe für das Herannahen des richtigen Zeitpunkts der Entlassung ist die Frage, ob der Patient fähig ist, seine eigenen Übertragungen zu analysieren und abzulegen, indem er realistischere Alternativen wählt, ob er Situationen erkennen kann, wo er früher vielleicht mit Übertragung reagiert hätte, und sein Streben, seine lateralen Übertragungen auf andere Patienten nicht verbal zu agieren, sondern auf sie angemessen zu reagieren.

### *Die Rolle des Therapeuten*

Dies alles erfordert vom Therapeuten erhebliches Geschick. Seine Rolle ist kompliziert, viel komplizierter als die des Einzelanalytikers. Darum ist sie auch eins der umstrittensten Diskussionsthemen unter Gruppentherapeuten. Manche sehen ihn als den wichtigsten Patienten in der Gruppe, der auf allen Ebenen teilnimmt wie der Patient. Andere vergleichen ihn mit dem Dirigenten eines Orchesters oder dem Regisseur einer Theateraufführung. Andere sehen in ihm einen »Führer« oder im Gegenteil eine schweigende Figur, die Führerlosigkeit repräsentiert, und deren Ziel es ist, unter den Gruppenmitgliedern ein Höchstmaß an Frustration aufzubauen.

Meine Anschauung vom Gruppentherapeuten ist viel konservativer, konventionell, könnte man sagen. Ich glaube, der Gruppentherapeut sollte zuerst und vor allem ein gut ausgebildeter Psychoanalytiker sein. Er sollte in den Grundlagen der Einzelpsychoanalyse ausgebildet werden und später spezifisch für Psychoanalyse in Gruppen. Er muß sich selbst verstehen können und Einfühlungsvermögen haben. Diese Voraussetzungen sollten durch Studien erweitert werden, so daß er diese Begabungen bewußt beherrschen und einsetzen kann und daß sie aufhören, ihn oder andere zu erstaunen. Aber vor allem glaube ich, er sollte fähig sein, seine eigenen Übertragungen und Gegenübertragungen zu prüfen und durchzuarbeiten. Darum braucht er eine gründliche Einzelanalyse und außerdem eine längere Erfahrung mit heterogenen analytischen Gruppen. Ich halte auch sehr viel von Arbeitsgemeinschaften für fertig

Ausgebildete, wo die jungen und nicht mehr so jungen Therapeuten ihre Aufmerksamkeit auf ihre Übertragungen und Gegenübertragungen auf ihre Patienten konzentrieren und fortfahren, sie aufzulösen. Ich vertrete diese Ansicht nicht nur, um den Patienten zu schützen, wofür wir als Therapeuten verantwortlich sind, sondern auch zum Schutz des Therapeuten selbst. Wenn er wirklich in der Gruppe seine Aufgabe erfüllt, muß er auf ständige Versuche gefaßt sein, ihn zu manipulieren. Er kann es sich nicht leisten, sich durch die Intensität der interpersonellen Gefühle, die sich gelegentlich in den Gruppensitzungen entwickeln, entmutigen oder aus dem Gleichgewicht bringen zu lassen. Er muß sogar die Schüchternsten ermutigen, auf ihn zu reagieren, und er muß den wütenden oder liebenden Patienten ertragen, der ihn bis zum äußersten auf die Probe stellt. Er muß stark genug sein, zu führen und Lenkung auszuüben, wo Lenkung im Interesse des Patienten liegt. Er muß stark genug sein, um seine Fehler zuzugeben, und selbstsicher genug, um der Gruppe oder einem Patienten die Initiative zu überlassen, wie es die Augenblickssituation erfordert, ohne sich in seiner Autorität bedroht zu fühlen. Er muß fähig sein, jede Tendenz zu beherrschen, den Proselytenmacher, den präntiösen Pädagogen, den pompösen Schutzheiligen oder den willkürlichen Diktator zu spielen. Er muß sich immer daran erinnern, daß die Bedeutung der Interaktion in der Gruppe der wichtige Brennpunkt seiner Aufmerksamkeit und das Sprungbrett für jede analytische Arbeit ist, und daß er deshalb die Patienten in seiner Gruppe als Partner im analytischen Bestreben ansehen muß, während er zugleich die Realitätsposition des leitenden Experten beibehält — eine Position, auf die er nicht verzichten kann und die er auch nicht mißbrauchen kann, wenn er sich an das durch die Lehren der Psychoanalyse etablierte Realitätsprinzip hält. Dies ist eine Position, die man keineswegs leicht zu allen Zeiten und in allen Lagen aufrechterhalten kann. Trotzdem sollte man sich bewußt bemühen, Wege zu finden, um es fertigzubringen. Ich meine, es gibt für den gewissenhaften Therapeuten unter anderen zwei Methoden, um dies zu bewerkstelligen. Erstens ist es von höchster Wichtigkeit, daß er fortwährend prüft, ob möglicherweise seine eigenen Gegenübertragungen seine Beziehung zum Patienten stören; ebenso fleißig muß er nach Möglichkeiten Ausschau halten, um das Selbstvertrauen und die Ich-Stärke seiner Patienten aufzubauen, so daß die Abhängigkeit von der Autorität ständig verringert wird, und Material, das verdrängt oder vor dieser Autorität verborgen werden muß, freigegeben wird.

### *Die »alternierende Sitzung«*

Im Dienst gerade dieses letzten Prinzips habe ich das formale Konzept der »alternierenden Sitzung« (= Sitzung ohne den Therapeuten) eingeführt, und meine Überzeugung von ihrer theoretischen und praktischen Bedeutung in jedem Gruppentherapieplan ist im Lauf der Jahre nur stärker geworden.

Die »alternierende Sitzung« ist, wie ich schon erläutert habe, eine geplante Zusammenkunft der therapeutischen Gruppe, ohne daß der Therapeut anwesend ist. Diese Sitzungen wechseln mit den regulären Sitzungen ab, bei denen der Therapeut natürlich immer anwesend ist. Die alternierenden Sitzungen finden gewöhnlich in den Wohnungen verschiedener Gruppenmitglieder statt; der Zweck ist, eine noch ungezwungene Atmosphäre auszunützen, so daß Interaktion und Beteiligung noch mehr angeregt werden. Ich habe selten formelle Regeln aufgestellt, wie diese Sitzungen durchgeführt werden sollen. Aber die Erfahrung mit Hunderten von Patienten hat gezeigt, daß die Sitzung ohne den Therapeuten gewöhnlich eine Erweiterung der regulären Sitzung wird und dazu tendiert, Ton, Form und Qualität der Arbeit zu bewahren, die getan wird, wenn die Gruppe beim Therapeuten ist. Die alternierende Sitzung dient vielen Zwecken, die das therapeutische Bild in horizontaler wie in vertikaler Richtung ergänzen und bereichern. Auf der Horizontalen betont sie die wichtige Rolle, die die Interaktion mit Gleichgestellten in der Therapie spielen muß. Die Gruppenmitglieder lernen, daß sie uneins miteinander sein und ihre Unstimmigkeiten ohne Eingriff der Autorität beilegen können. Mit anderen Worten, sie lernen, daß sie auf eigenen Füßen stehen können, ohne bei Mama oder Papa Schutz zu suchen. Viele Patienten fühlen sich freier, auf diesen Sitzungen zu interagieren, wenn die Übertragungen auf den Therapeuten weniger bedrohlich oder repressiv sind. Manche berichten, sie könnten verschiedene Übertragungen unter diesen Umständen leichter erleben, sehen und definieren, und andere sagen, sie könnten weitgehend nur in den Sitzungen ohne den Therapeuten wirklich fühlen, daß sie zu ihren Gruppengenossen in Beziehung träten. Dies sind natürlich auch Haltungen, die durchgearbeitet werden müssen. In der alternierenden Sitzung hat der Patient eine bessere Möglichkeit zu lernen, wie er seine Gruppengenossen um Hilfe bitten kann, und umgekehrt kann er Hilfe in Fällen geben, die er für gewöhnlich dem Therapeuten zur Lösung überlassen würde.

Eine weitere wichtige Funktion der alternierenden Sitzung besteht darin, daß sie den Gruppenmitgliedern die Möglichkeit gibt, ihr Verhal-

ten in den beiden Atmosphären zu vergleichen. Jeder, der Erfahrungen mit diesen verschiedenen Milieus gemacht hat, wird bestätigen, daß dies kein geringfügiger Faktor im menschlichen Aufeinander-Bezogenheit ist. Für mich ist es einer der Gründe, warum ich glaube, daß Tonbandaufnahmen von analytischen Sitzungen oder Beobachtung durch einseitig durchsichtige Spiegel unbefriedigend sind und kein richtiges Bild von dem geben, was wirklich bei solchen Sitzungen vor sich geht. Da man aus ethischen Gründen den Patienten von diesen mechanischen Eingriffen in Kenntnis setzen muß, ist er sich ihrer natürlich bewußt, selbst wenn er selber behauptet, sie machten in seinem Verhalten keinen Unterschied. Diese gleiche Behauptung wird fast einhellig auch von Patienten in Gruppen zum Ausdruck gebracht. Fast einstimmig leugnen sie, daß auch nur der geringste Unterschied in ihrem Verhalten auf der einen und der anderen Art von Gruppensitzung bestehe. Aber fortwährende Verbalisierung beweist gewöhnlich genau das Gegenteil. Der Therapeut kann ganz selten einige Fragen stellen, was denn nun auf einer Sitzung ohne ihn geschehen ist, aber ich habe festgestellt, daß dies normalerweise nicht nötig ist, und oft auch unklug. Die wichtigsten Tatsachen werden früher oder später ans Licht kommen. Ich erfahre zum Beispiel von dem einen oder anderen Gruppenmitglied, daß der Patient, der mich in der regulären Sitzung über den grünen Klee lobt, sich all seine Klagen über mich für die alternierende Sitzung aufspart. Der Therapeut-Patient, der in der regulären Sitzung ein munterer Kollege ist, benimmt sich in der alternierenden Sitzung wie ein »agent provocateur« und hetzt die Gruppenmitglieder offen auf, gegen mich zu revoltieren oder unter sich zu streiten. Die konventionelle Dame, die sich zwanghaft anpaßt, denkt sich möglicherweise allerlei Eskapaden aus, die die Mäuse sich leisten könnten, während die Katze fort ist. Das gewohnheitsmäßig schweigsame Gruppenmitglied, das bei den regulären Sitzungen auf eine Chance wartet, auch einmal etwas sagen zu können, wenn die anderen nicht damit beschäftigt sind, um meine Aufmerksamkeit zu wetteifern oder das zu bekommen, wofür sie bezahlt haben, darf nur in den Sitzungen ohne den Therapeuten sprechen. Wie gesagt, zu irgendeinem Zeitpunkt wird das Material aus diesen Sitzungen früher oder später in die regulären Sitzungen eingeführt. Zum Beispiel war kurz nach dem Krieg in einer meiner Gruppen ein Therapeut als Patient, der Gruppentherapie erlernen, aber auch seine neurotischen Schwierigkeiten beheben wollte. Er war ein älterer Mann, erfahren in Einzel-Psychoanalyse, der eigene emotionale Probleme hatte. In der Gruppe war auch ein jüngerer Mann, der in früher Jugend die Schrecken des Nazi-Konzentrationslagers erlit-

ten hatte. Der Therapeut-Patient war kein Jude und hatte gegen mich als Vaterfigur latente Feindseligkeit an den Tag gelegt, aber keine von Vorurteilen gefärbten Gefühle. In einer der regulären Sitzungen stieß der junge Jude plötzlich hervor: »Wenn mich irgendeiner ‚dreckiger Jude‘ nennt, weiß ich nicht mehr, was ich tue!« Alle schauten ziemlich verlegen drein, und er wiederholte seine Drohung. Ich drängte nicht auf Klärung, weil ich nicht sicher war, wieviel die Anschuldigung mit der Realität zu tun hatte und wieviel Manifestation seiner Krankheit war. Ich wartete auch auf mehr Hintergrund-Material. Eine Woche später wurde eine der Frauen wütend auf den Therapeuten-Patienten und beschuldigte ihn, absichtlich zu sticheln. Sie sagte: »Ganz wie Sie Abe in der alternierenden Sitzung immer wieder beunruhigt haben, indem Sie ihn fragten: ›Was würden Sie tun, wenn jemand Sie dreckiger Jude nennt?‹« Dies gab allen Mitgliedern eine Möglichkeit, über ihr Widerstreben zu sprechen, das sie gegen das »Petzen« empfanden, obwohl alle auf den Therapeuten-Patienten wütend waren. Dadurch bekam dieser die Möglichkeit, seine eigene Übertragungsstörung wirklich anzupacken, und Abe bekam die Möglichkeit, gewalttätigen Gefühlen gegen die, die ihn so furchtbar mißhandelt hatten, Luft zu machen. Wenn die Gruppe sich nur zu den regulären Sitzungen getroffen hätte, hätte es viel länger gedauert, bis dieses Material ans Licht gekommen wäre, und ich frage mich manchmal, ob es überhaupt herausgekommen wäre. Ich zweifle nicht daran, daß die alternierende Sitzung von unschätzbarem Wert ist, um ein klareres Bild von der Dynamik jedes einzelnen Patienten zu bekommen. In Abwesenheit des Analytikers entwickeln die Gruppenmitglieder selbständig eine Beziehung zueinander, in der sie lernen können, ihre eigenen widersprüchlichen Gefühle zu assimilieren und zu ertragen, und schon diese Tatsache allein kann oft eine Gruppe motivieren, zusammenzubleiben und zueinander Beziehungen herzustellen. Dies ist ein Grund, warum ich die Sitzung ohne den Therapeuten als Ich-fordernd und daher Ich-aufbauend betrachte.

Man sollte also meinen, die alternierende Sitzung wäre ein akzeptierter Bestandteil aller Gruppentherapie-Pläne. Das ist jedoch bei weitem nicht der Fall. Viele Therapeuten sind noch äußerst besorgt, die Gruppenmitglieder könnten sich in einer Weise in Ungelegenheiten bringen, die nicht nur ihre Therapie, sondern auch den Ruf des Therapeuten gefährden würde. Sexuelles Agieren wird als Hauptgefahr angeführt; physische Gewalttätigkeit rangiert an zweiter Stelle; an dritter Stelle wird emotionaler Schaden oder emotionale Störung durch ungeeignete, vorzeitige und amateurhafte Deutungen und wilde Analyse befürchtet.



Ich habe niemals irgendwelche Zahlen, Statistiken oder Fallgeschichten gesehen, die diese Einwände gegen die alternierende Sitzung gerechtfertigt hätten. Auch habe ich es selbst niemals erlebt, daß jemand wegen dieser Sitzungen ernstlich Schaden genommen hätte. Während meiner langjährigen Praxis ist in seltenen Fällen sexuelles Agieren vorgekommen, aber soviel ich weiß, hat es derartiges Agieren auch in den Gruppen mir bekannter Therapeuten gegeben, die in ihrem Therapieplan die alternierende Sitzung nicht erlauben. Physisches Agieren aggressiver Art ist ebenso selten. Bis jetzt ist noch niemand ernstlich verletzt worden. Was die dritte Befürchtung angeht: Ich habe festgestellt, daß die Patienten hervorragend in der Lage sind, sich gegen vorzeitige Einsichten zu wehren. Entweder hören sie das nicht, was sie nicht bereit sind zu hören, oder sie erinnern den Angreifer an seine Widerstände, an den Umstand, daß er auch krank ist, oder sie fragen nach seiner Praxiserlaubnis, oder sie rufen die anderen Gruppenmitglieder zu Hilfe. Wenn trotz dieser Möglichkeiten zuviel Angst entsteht, sind ja immer noch der Analytiker und die reguläre Sitzung da.

Bei so viel positiven Beweisen für die Erwünschtheit der alternierenden Sitzung und so wenig klinischen Beweisen gegen sie scheint der Schluß unumgänglich, der Einwände erhebende Therapeut habe die Gründe für seine theoretischen Annahmen in sich selbst und in seiner Beziehung zu seinen Patienten zu suchen. Ich selbst behaupte weiterhin, daß, da die Beziehung zu Autoritäten und Gleichgestellten bei psychischen Störungen eins der primären Probleme ist, wir glücklich sein können, daß wir ein Behandlungsschema zur Verfügung haben, das uns befähigt, das Problem praktisch und klinisch zu behandeln. Ein Gruppentherapie-Plan, der dies tut, indem er die interaktive Beziehung des einzelnen zu den ihm Gleichgestellten verstärkt, anstatt die oft neurotischen Verhaltensmuster der Auflehnung oder Unterwerfung gegenüber der Autorität zu fördern und zu verewigen, ist nach meiner Meinung ein realistischer Plan für den Patienten, ohne vom Therapeuten zu fordern, absolut alles zu überwachen. Gleichzeitig liefert die reguläre Sitzung einen Rahmen, in dem man Autoritätsprobleme behandeln kann. Nach diesen Ausführungen möchte ich noch ein wenig mehr auf die Sitzung ohne den Therapeuten eingehen, hauptsächlich, um einige der häufiger gestellten Fragen zu beantworten. Zu welchem Zeitpunkt im Verlauf der Behandlung fängt die Gruppe mit den alternierenden Sitzungen an? Was mich betrifft, so kann auf die erste reguläre Gruppensitzung sofort die erste Sitzung ohne den Therapeuten folgen. Wenn der Therapeut meint, die Patienten seien »zu krank«, um sich allein zu versammeln, kann er

warten, bis er sich sicherer fühlt. Ich glaube, wenn Patienten gesund genug sind, um außerhalb eines Krankenhauses leben zu können und irgendein Leben außerhalb der Gruppe zu führen, besteht wenig Grund für übertriebene Befürchtungen, das Zusammensein mit anderen Patienten werde zu irgendeiner Katastrophe führen. Ich glaube, es lohnt sich zu wiederholen, daß nach meiner Erfahrung therapeutische Gruppen sich immer ihre eigenen Grenzen gesetzt haben und daß sie, wenn man sie sich selbst überläßt, fähig sind, ihr Agieren in Schach zu halten. Wenn natürlich der Therapeut selber agiert und unbewußt auch die Gruppe dazu ermutigt, wird das Problem ein ganz anderes. Irrationalität kann ansteckend sein. Aber wenn der Therapeut seine Überzeugung übermitteln kann, daß das Agieren die Therapie verzögert, und wenn er den Widerstandscharakter des Agierens demonstrieren kann, wird das Maß der Übereinstimmung zwischen ihm und der Gruppe sich in den alternierenden Sitzungen nicht radikal von dem unterscheiden, das in der regulären Sitzung herrscht.

Eine andere Frage, die viele beschäftigt, ist die, wie der Therapeut seine Arbeit tun kann, wenn die Patienten so viel mehr über das wissen, was vor sich geht, als er selbst. Die Antwort lautet, er weiß mehr als sie, nicht notwendigerweise in jeder Einzelheit, aber mehr von der Psychopathologie, und er hat einen bewußteren Plan fürs Durcharbeiten. Außerdem ist die alternierende Sitzung Teil eines Kontinuums. Sie existiert nicht im leeren Raum; sie ist auch nicht von der regulären Sitzung isoliert. Wenn in der Sitzung ohne ihn irgend etwas Wichtiges geschieht, kommt es mit Sicherheit in der regulären Sitzung zur Sprache. Aber wichtiger ist, daß die alternierende Sitzung dazu da ist, um dem Patienten zu helfen, um ihm, sagen wir, die Natur des Wiederholungszwangs verständlich zu machen, die alles durchdringende Qualität der Übertragung; sie soll ihn auf die Frage stoßen, wie er seine Frustration lösen kann; er soll lernen, diese Probleme in die reguläre Sitzung mitzubringen, bis er sich selbständig angemessener verhalten kann.

Neue »Tatsachen« als solche sind nicht notwendig, um den Analytiker von ihrer Existenz zu überzeugen. Ich brauchte zum Beispiel keine Bestätigung, daß der früher beschriebene Provokateur ein Vaterproblem hatte. Was ich brauchte, war eine ausreichende Wiederholung seiner Provokationen in genügend variiertes Form, so daß er und die Gruppe sie sehen konnten. Und gerade dazu verhalf uns die alternierende Sitzung.

Eine weitere häufige Frage ist die: Ist es notwendig, die Sitzungen ohne den Therapeuten in den Wohnungen der Gruppenmitglieder abzu-



halten? Nein, natürlich nicht. Ich halte es aber für wünschenswert. Manche meiner Gruppen können die zusätzliche Zeit nicht aufbringen, die alternierende Abend-Zusammenkünfte erfordern, also müssen sie sich in meinen Räumen treffen. An diesen Gegebenheiten der Realität können wir natürlich nichts ändern, z. B. wenn ein Gruppenmitglied eine Nachtarbeit hat. Aber wenn er diese Zugeständnisse macht, muß sich der Therapeut ganz klar darüber sein, daß er einige Nachteile in Kauf nehmen muß. Diese Sitzungen pflegen einfach nicht so frei zu sein, weder in Breite und Tiefe, noch in bezug auf die Entspannung. Wenn sie aus dem einen oder anderen Grund im Arbeitszimmer des Analytikers abgehalten werden müssen, schlage ich vor, sie nach und nicht vor der regulären Sitzung stattfinden zu lassen. In der vorangestellten Sitzung besteht bei vielen eine starke Neigung, sich zurückzuhalten, bis der Therapeut kommt. Ich hatte einmal eine solche Erfahrung mit einem Patienten, den die Gruppe und ich als jemand akzeptierten, der hart und gewissenhaft für seine eigene Therapie und für die Therapie anderer arbeitete. Wir neigten dazu, seine Wutausbrüche, wenn andere nach seiner Meinung zuviel redeten, als Teil seiner besonderen Schwierigkeiten zu verzeihen. Diese Gruppe hatte ihre alternierenden Sitzungen zunächst in den Wohnungen von Gruppenmitgliedern abgehalten, war dann aber zu »Vor-Sitzungen« in meinem Arbeitszimmer übergegangen. Ich hatte nicht bemerkt, daß dieser Patient (nennen wir ihn Max) immer, wenn ich zum Beginn der regulären Sitzung ins Zimmer kam, in irgendeine Diskussion vertieft war, bis eines Tages eine der Frauen in der Gruppe den Stier bei den Hörnern packte und Max eines Komplotts beschuldigte. Sie wies darauf hin, daß er immer sehr aktiv mit den anderen Gruppenmitgliedern umgehe, ihnen mit seiner Aufmerksamkeit und mit Angeboten der Hilfe und des Mitgefühls schmeichle, genau bis zwei Minuten vor ein Uhr, oder, was wichtiger sei, zwei Minuten bevor die reguläre Sitzung beginnen solle. Dann verlagere er, als ob ein Klingelzeichen gegeben worden wäre, das Gespräch auf sich selbst und fahre darin fort, während ich hereinkomme und mich hinsetze.

Max leugnete natürlich, daß irgendeine derartige Absicht bestehe, und da niemand anders diese Methode seines Vorgehens bemerkt hatte, fand er mehr oder weniger die Unterstützung der Gruppe, und seine Anklägerin wurde als Projizierende verurteilt. Was danach geschah, war jedoch höchst interessant. Es war nicht allzu wichtig zu überprüfen, ob Max sein Manöver fortsetzte. Es war viel wichtiger zu sehen, daß, nachdem diese Operationsweise aufgedeckt worden war, alle anderen Gruppenmitglieder begannen, sie für eine so großartige Idee zu halten, daß man

niemand mehr dazu bringen konnte, über irgend etwas Persönlicheres als das Wetter zu sprechen, bevor der magische Zeitpunkt ein Uhr herangekommen war. Allmählich begannen die Gruppenmitglieder immer später zu der »Vor-Sitzung« zu erscheinen, so daß sie immer später anfangen konnten zu reden. Alle Versuche, dies zu analysieren, waren zwar interessant, trugen aber nichts zur Lösung der realen Situation bei, in der die »Vor-Sitzung« verschwendet wurde. Ich verwandelte schließlich die »Vor-Sitzung« in eine »Nach-Sitzung« und gab eine vollständige Erklärung der Gründe, warum ich dies tat; ebenso gab ich der Hoffnung Ausdruck, die Zusammenkünfte würden bald wieder in den Wohnungen der Gruppenmitglieder abgehalten. In jenem Sommer, als ich im Urlaub war, wurden die Sitzungen in den Wohnungen von Patienten wieder aufgenommen, und diese Gruppe bat nie wieder um »Nach-Sitzungen« in meinen Räumen.

Dies bringt mich zu meinem letzten Grund, warum ich das Prinzip der alternierenden Sitzung so stark befürworte. Es gibt dem Gruppenleben eine Kontinuität, die die meisten Patienten in ihrem eigenen Leben vermißt haben. Während der langen Sommerferien kann die Bemühung um realistische Kommunikation immer noch weitergehen. Das Leben hört nicht auf oder muß nicht aufhören, nur weil der Therapeut fortgeht. Dies ist besonders notwendig für den Patienten, der buchstäblich glaubt, er stirbt, wenn der Analytiker fort ist. Ein Patient dieser Art wird immer noch leiden, aber es besteht die Chance, diesen Schmerz zu lindern, wenn er mit der Gruppe besprochen werden kann — in einer Beziehung, die schon eine Operationsbasis ohne den Therapeuten hat. In gleicher Weise kann die alternierende Sitzung zu einem wichtigen Bestandteil jedes Planes für kurzzeitige Gruppentherapie werden. Bei der Kurztherapie kann man Ergebnisse auf verschiedenen Ebenen erhoffen oder erwarten, aber der Gedanke der Kontinuität und die Möglichkeit, durch den Plan mit den alternierenden Sitzungen die Gruppe ein wenig länger zusammenzuhalten, kann für Leute, die die Beendigung der Hilfe fürchten, sehr tröstlich sein.

Im Augenblick gibt es bei mir reguläre allwöchentliche Sitzungen von eineinhalb Stunden Dauer mit dem Analytiker, alternierende Sitzungen ein- oder zweimal in der Woche ohne den Therapeuten, die je zwei oder drei Stunden dauern, und ausgewählte Einzelsitzungen von einer dreiviertel Stunde. Dieses Programm ermöglicht die Erforschung der Vektoren der Beziehungen unter Gleichgestellten und in der Vertikalen und die optimale Ausnützbarkeit jeder Variante des Vorgehens auf den therapeutischen Arbeitsgebieten.

## *Kombinierte Therapie*

Mancher mag einwenden, meine Position im Hinblick auf die alternierende Sitzung sei weit entfernt von traditioneller Psychoanalyse. Sie könnten das gleiche auch von meiner Einstellung zur kombinierten Therapie sagen, also der routinemäßigen Behandlung eines Patienten in der Gruppe und gleichzeitig in Einzelanalyse. Meine Stellung zu dieser Frage ist ganz einfach. Ich bin weder für noch gegen kombinierte Therapie. Ich wende mich nur gegen ihre routinemäßige Anwendung, außer wenn es absolut notwendig ist. Es gibt bestimmte Dinge, die man »routinemäßig« tun muß, aber ich glaube nicht, daß die kombinierte Therapie dazugehört. Ich habe viele Patienten behandelt, die Einzeltherapie überhaupt nicht brauchten, andere mußten während ihrer ganzen Gruppenzeit kombinierte Therapie haben, und wieder andere waren überhaupt nicht fähig, das Gruppenerlebnis zu bewältigen. Auch hier kann wieder eine Lieblingstheorie des Therapeuten nichtig sein, wenn man sie an den Bedürfnissen eines bestimmten Patienten mißt. Das Bedürfnis des einzelnen Patienten zum jeweiligen Zeitpunkt sollte entscheiden, ob kombinierte Therapie angezeigt ist oder nicht. So einfach ist es.

Ich verwende selten regelmäßige Einzelsitzungen neben der Gruppentherapie, abgesehen von den im folgenden angeführten Fällen.

Manche Patienten brauchen die Erfahrung in der Zweierbeziehung mit dem materiellen Surrogat in Person des Analytikers, bevor sie sich mit ihren Geschwistern und Gleichgestellten zusammentun und interagieren können. Andere wieder können die dyadische Beziehung zum Therapeuten nicht ausnützen, bevor sie eine befreiende Erfahrung mit Gleichgestellten gehabt haben. Der Gruppentherapeut, der regelmäßige Einzelsitzungen ansetzt, hält zu wenig von der therapeutischen Effektivität der Behandlung in einer Gruppe. Einzelstunden werden oft nicht wegen der wahren Bedürfnisse der Patienten anberaumt, sondern wegen der Gegenübertragungen des Therapeuten. Einzelsitzungen werden häufig als notwendig rationalisiert, weil man eine Übertragungsneurose rasch herbeiführen möchte, um einen Schritt in Richtung auf die Durcharbeitung zu tun, aber das ist ganz selten wirklich nötig. Denn wenn in der Gruppe Widerstände analysiert werden, steigen präödiipale und non-verbale Reaktionen auf und lassen sich im Rahmen der Gruppe lösen.

Manche Gruppentherapeuten richten Einzelsitzungen ein, weil sie annehmen, wenn ein Patient in der Gruppe schweigt oder eine dyadische Beziehung zum Analytiker vermeidet, brauche er Einzelsitzungen, um Probleme der Zweierbeziehung in der Vertikalen zu lösen. Es ist aber

ein Mißverständnis der Gruppentherapie, wenn man glaubt, in der Gruppen-Interaktion gäbe es keine dyadischen Beziehungen. Zweierbindungen und -verbindungen entwickeln sich in der Gruppe sowohl in der Horizontalen als auch in der Vertikalen.

Der regelmäßige Gebrauch von Einzelstunden führt oft dazu, daß sie zum Widerstand mißbraucht werden. Häufig zeigt der Patient, der sich seines routinemäßigen Einzelzugangs zum Analytiker sicher ist, in der Gruppe seine Reaktionen auf andere Mitglieder nicht, sondern bewahrt sie sich auf, um sie nur dem Therapeuten allein zu offenbaren. Dies führt zu einem Mangel an Aufrichtigkeit und zum Ausweichen, und nicht zu einem Durcharbeiten und zu freimütigeren Reaktionen. Es hindert die Gruppenmitglieder auch daran, ihr gegenseitig provokatives Verhalten unmittelbarer zu verstehen. Es blockiert die Realitätsprüfung und eine eingehende und kraftvolle gegenseitige Untersuchung an Ort und Stelle.

Die Ansicht, alle Patienten bräuchten zu allen Zeiten eine kombinierte Behandlung, verwischt auch die Unterschiede zwischen den Patienten. Sie verschleiert die Einzigartigkeit, mit der sich ein Patient in diesem und jenem Zusammenhang verhält. Sie macht den speziellen Wert der Einzelsitzung, der regulären und der alternierenden Sitzung unklar. Sie macht die Unterschiede zwischen den Gruppenmitgliedern verschwommen. Es wäre vielleicht aufschlußreich, wenn sich der Therapeut selber bei jedem Patienten fragte, warum er ihm gerade jetzt Einzelsitzungen anbieten möchte. Würden Einzelstunden zu diesem Zeitpunkt die Behandlung erleichtern? Kann der Analytiker im Rahmen der Gruppe die gleichen Ziele erreichen? Würden Einzelsitzungen den Widerstand des Patienten fördern?

Der Patient wird vielleicht um Einzelstunden bitten, um Teilnahme in der Gruppe zu vermeiden. Oder er kann die Gruppe mißbrauchen, um keine Beziehung zum Analytiker herzustellen. Oder er zeigt in Gruppensitzungen ein destruktives Verhalten und verhält sich im Einzelgespräch konstruktiv, oder umgekehrt. Oder er weigert sich, der Gruppe zu erzählen, was in der Einzelbehandlung geschehen ist. Oder die Angst des Therapeuten vor den projizierten Gefahren der Interaktion unter den Gruppenmitgliedern führt dazu, daß die Gruppe auseinanderfällt. Es gibt bestimmte Patienten, deren Bitten um Einzelsitzungen abgewiesen und analysiert werden müssen. Dazu gehören regredierte Psychotiker, die in einer präödpalen Bindung an einen früheren Einzeltherapeuten oder an den Gruppenanalytiker selbst verharren. Die gleiche Vorsicht muß man bei den Borderline-Psychotikern walten lassen. Andere haben

als Ziel den Wunsch, den Therapeuten zu beherrschen oder zu verführen oder ihn von der übrigen Gruppe zu isolieren. Ein solches Manöver wird unter Umständen nicht entdeckt, bevor der Analytiker eine Einzelsitzung mit dem Patienten durchgeführt hat. Die allgemeine und unterschiedslose Anwendung von Einzelsitzungen parallel zur Gruppentherapie macht die Behandlung leicht allzu führerzentriert. Die Angst des Therapeuten vor den projizierten Gefahren der Gruppen-Interaktion und vor dem Agieren veranlaßt ihn, in unangemessener Weise zu viele übermäßig beschützende Einzelstunden zu gewähren. Er schreibt den Gruppenmitgliedern eine Hilflosigkeit und Aggressivität zu, die individueller Aufmerksamkeit bedürfen. Dadurch werden die Patienten infantilisiert, und ihr gesundes Bedürfnis, ihre eigenen Kräfte zu gebrauchen, um mit Hilfe des Durcharbeitens zu einem die Reifung stärker fördernden Geben und Nehmen untereinander zu kommen, wird untergraben. Deshalb schlage ich nur gelegentliche und nicht regelmäßige Einzelstunden vor, wenn ihr Einsatz angebracht und nach realistischen Maßstäben notwendig ist. Solche Sitzungen sollten gruppenzentriert sein, und der Patient wird ermutigt, der Gruppe zu erzählen, was in der Einzelstunde herausgekommen ist.

Bei vielen passiven, unselbständigen Patienten findet keine Therapie statt, wenn sie nicht mit Gleichgestellten in Interaktion treten. Dies hat mich gelehrt, bei der Einzelanalyse die Interaktion der Patienten mit anderen Menschen sowohl außerhalb der therapeutischen Situation als auch im Rahmen der Behandlung zu fördern. Natürlich erlaubt die tiefe Angst der Patienten, die sich vor Nähe entsetzt fürchten, Interaktion nur in geringen Dosen, die im Verlauf der Behandlung langsam gesteigert werden. Selbst diese isolierten Individuen machen keine Fortschritte, bis sie in das Interaktionserleben hineingezogen werden. Patienten, die sehr passiv, inaktiv, schizoid oder charaktergestört sind, profitieren ungemein von der Förderung der Interaktion unter Gleichgestellten mit anderen Gruppenmitgliedern.

Ich behandle den Patienten im Gruppenmilieu. Wo die Übertragung auf mich intensiv ist, können Einzelsitzungen die Pathologie vertiefen. Für das Gewähren zusätzlicher Einzelstunden unter bestimmten Umständen und zu bestimmten Zeiten im Verlauf der Behandlung gibt es bestimmte Indikationen.

Psychoanalyse in der Gruppe schließt Einzelsitzungen nicht aus, wenn sie angezeigt sind. Die Behandlung jedes Patienten beginnt in Einzelsitzungen, und er kann zu ihnen zurückkehren, wenn es in seinem Interesse liegt. Ich möchte dafür sorgen, daß der Patient nicht in die Abwehrstel-

lung einer Übertragungsneurose oder -psychose gezwungen wird. Seine Abhängigkeit von der Gruppe wirkt dieser Gefahr entgegen. Ich sehe die gefährliche Abwehrstellung der präödiapalen Bindung allzu häufig. Die meisten meiner Patienten kommen zu mir aus überlangen Übertragungsneurosen oder -psychosen mit einem oder mehreren Einzelanalytikern. Einer kam einmal ziemlich psychotisch zu mir — nach achtzehn Jahren der Einzelbehandlung im Dienst des Es, nicht des Ichs. Die Gruppentherapie befreit den Patienten von seiner regressiven Abhängigkeit von der Mutter, die er auf den Analytiker übertragen hat.

Es hat einige Versuche gegeben, in der Auswahl oder Ablehnung von besonderen diagnostischen Patientenkategorien für die kombinierte Therapie scharfe Unterscheidungen zu treffen. Aber in den Händen verschiedener Therapeuten umfassen die Arten der Patienten die ganze Skala der diagnostischen Möglichkeiten. Die Auswahlkriterien, so scheint es, sind nicht explizit. Das Problem bleibt ungelöst. Wir brauchen mehr adäquate klinische Erfahrung und Forschung.

Es ist jedoch möglich, in bezug auf diejenigen Patienten ein wenig genauere Aussagen zu machen, die von nebenherlaufenden Einzelsitzungen profitieren würden und bei denen die Gefahr der sich verfestigenden Regression gering ist. Solche Patienten haben ein ziemlich intaktes Ich. Sie sind nicht präpsychotisch oder psychotisch. Für sie steht die Regression im Dienst des Ichs. Andere, die von begleitenden Einzelsitzungen Nutzen haben, sind die ältesten oder fast ältesten Geschwister aus großen Familien, die in der Kindheit verfrüht gezwungen wurden, bei der Geburt jedes neuen Geschwisters Elternersatzrollen zu spielen, während die richtigen Eltern ihre elterliche Verantwortung aufgaben. Solche Patienten brauchen unter Umständen Einzelsitzungen, bevor sie darauf verzichten können, andere Gruppenmitglieder zwanghaft zu bemuttern oder zu »bevatern«, Einzelsitzungen, in denen sie die Erfahrung machen, in der Phantasie Kinder zu sein. Andere Patienten, die Einzelstunden nötig haben können, sind diejenigen, die plötzlich in Panik geraten oder in eine schwere Depression, die unfähig sind, ihre Grundprobleme auszudrücken, schweigsame Gruppenmitglieder, schwere Sadomasochisten, »Agierer« und solche, die in der Gruppe zu lange auf der gleichen Ebene des Widerstands bleiben, ohne vorwärtszukommen.

### *Orthodoxie kontra Unorthodoxie*

Wenn behauptet wird, dies alles sei weit entfernt von der traditionellen Psychoanalyse — dann trifft das zu. Aber ich glaube, Freud selbst

war weitblickend genug, um zu wissen, daß man gewisse Veränderungen in Form und Technik würde vornehmen müssen, wenn sich die Gesellschaft veränderte. Ein Gutes an der Psychoanalyse ist der Umstand, daß sie in vielen Fällen fähig gewesen ist, sich kulturellen Veränderungen anzupassen, so daß sie einen Beitrag je nach den Bedingungen der Gesellschaft leisten konnte, in der sie gerade wirkte. Wo sie dies nicht getan hat, wo sie starr geblieben oder in die Irrationalität geflohen ist, ist die Psychoanalyse zur Zielscheibe der Humoristen und zum Sündenbock für die Verbitterten, die Skeptiker und die Enttäuschten geworden.

Es gibt Menschen, die sich benehmen und so schreiben, als sei Freud für alle Übel der heutigen Welt verantwortlich. Und es gibt andere, die auf dem ebenso unvernünftigen Standpunkt stehen, wenn man nur alle Menschen auf der Welt einer Psychoanalyse unterzöge, gäbe es keine Probleme, keine Kriege, keine Hungersnöte, keine Katastrophen — weder natürliche noch vom Menschen verursachte. Und es gibt jene Unentwegten, die einem zu sagen pflegen, auch nur ein Wort im Freud'schen Text zu streichen oder ein Jota der originalen analytischen Lehre zu ändern, wäre gleichbedeutend mit Verrat, wenn nicht Ketzerei.

Obgleich ich nicht zu denen gehöre, die einem guten Kampf ausweichen, so glaube ich doch, daß viele dieser Auseinandersetzungen unser unwürdig sind. Wenn man für eine Form der Behandlung extrem Stellung bezieht und sich gegen alle anderen stellt oder alle anderen ausschließt und diese extreme Position um jeden Preis hält, leistet man dem Patienten, dem Therapeuten und der ganzen Disziplin einen schlechten Dienst. Ich bin glücklich, mit einem Verhaltensgebiet verbunden zu sein, das flexibel genug ist, auf die von unserer rasch sich ändernden Gesellschaft ausgehenden Herausforderungen antworten zu können. Diese Gesellschaft bewegt sich immer mehr auf Gruppenorientierungen zu. Diese gleichen Studien zeigen, daß dies für den modernen Menschen ein besonderes Dilemma darstellt. Seine Bemühung, sich an komplexe organisationelle Forderungen anzupassen und sich doch in gewissem Maß seine Individualität zu bewahren, und seine Qual, wenn er sich in immer bedrohlichere Zusammenstöße zwischen Giganten verwickelt sieht, müssen ihre Wirkung auf die emotionalen Probleme haben, die sich uns in der Therapie heute präsentieren. Bei solch massivem Gruppendruck, wo sich das Individuum immer stärker verwirrt, ängstlich, hilflos, hoffnungslos fühlt, scheint es mir natürlich, daß der Therapeut Gruppentherapie als ein logisches Mittel anbietet, mit persönlichen Problemen fertigzuwerden, wie sie vor dem Hintergrund der neuen Realität der Gruppenforderungen erscheinen, und daß der Patient diesen Vorschlag annimmt.



Wir müssen uns erinnern, daß Freud und seine ersten Schüler ihre psychoanalytische Technik in der Zweierbeziehung zu einer Zeit entwickelten, als das Individuum sich noch für den Mittelpunkt des Universums hielt. Auch heute sehen wir, die wir Psychoanalyse in Gruppen betreiben, das Individuum als den Mittelpunkt der Behandlung an, aber wir sind auch der Ansicht, daß die Gruppe ein realistischer, geeigneter Rahmen für die Lösung der persönlichen Probleme ist, die sich im Zusammenhang mit unserer heutigen Gesellschaft stellen. Die Konflikte der *conditio humana* — Leben und Tod, gut und böse, Erfolg und Scheitern, Liebe und Haß, männlich und weiblich, Arbeit und Spiel, Konformismus und Individualität — sind, leider, ewig. Aber die Geschichte hat gezeigt, daß die Umstände jedes neuen Zeitalters den einen oder anderen dieser Konflikte besonders hervorheben, überall Verzerrung hervorrufen und auf diese Weise Wertvorstellungen und Verhalten des Individuums beeinflussen. Wir leben in einer Zeit, in der äußerst verschiedene Ideologien einander gegenüberstehen. Ihr Aufeinanderprallen könnte am Ende für uns alle die Katastrophe bedeuten. Während des gegenwärtigen Abwehrkampfes ist der Druck in Richtung auf Konformität so überwältigend geworden, daß das Individuum überschwemmt und in gewissem Maß entmenschlicht worden ist. Die Psychoanalyse in Gruppen ist gegenüber dieser Tendenz nur ein Tropfen auf den heißen Stein, aber ich glaube, sie kann eine der letzten Bastionen sein, wo sich die Einzigartigkeit des Individuums bewahren läßt. Zumindest hat mir meine Erfahrung mit Psychoanalyse in Gruppen gezeigt, daß in der erfolgreichen Behandlung, wo jedes Individuum konstruktiver mit seinen Gruppenmitgliedern interagiert, die Furcht vor Einzel- und Gruppendruck innerhalb und außerhalb der Gruppe abnimmt. Und während dieser konstruktive Prozeß weitergeht, vermehrt sich bei jedem Individuum in der Gruppe die Fähigkeit zur positiven Erfüllung, zur persönlichen Verantwortung und zu menschlicheren und vermehrt schöpferischen Formen der Anpassung. Drei Jahrzehnte in der Praxis der Psychoanalyse in Gruppen haben meine Anschauungen über die psychoanalytische Theorie und Praxis beeinflußt und zu Veränderungen meiner einzelanalytischen Techniken geführt.

Die therapeutische Gruppe fordert den Therapeuten leichter in einer Weise heraus, die dem Einzelpatienten oft schwerer fällt. Die Gruppe fördert den Ausdruck von freien Assoziationen und Affekten gegenüber anderen Patienten und gegenüber dem Therapeuten. Die Vorsicht des Einzelpatienten beim Zeigen von Einstellungen und Affekten, die sich auf den Therapeuten richten, nährt meistens seinen Größenwahn und



sein Omnipotenzgefühl — eine große Gefahr für den Einzeltherapeuten. Die Kenntnis der Zurückhaltung des isolierten Patienten hat mich dazu geführt, in der Einzelanalyse den Patienten stärker zu ermutigen, alle seine vermischten Gedanken, Assoziationen, Phantasien, Träume und Gefühle gegenüber anderen in seinem Leben und mir gegenüber auszusprechen.

Die Gruppenmitglieder entwickeln unter anderem dadurch ein stärkeres Ich, daß sie abwechselnd die Rollen des Helfers und dessen, dem geholfen wird, einnehmen. Für den Patienten in der Einzelanalyse ist es fast unmöglich, dem Therapeuten zu helfen. Aber nachdem mir der Wert dieser Erfahrung in der Psychoanalyse in Gruppen klargeworden war, habe ich mit den Patienten in der Einzelanalyse darüber gesprochen, welchen Wert es für sie hätte, wenn sie bei der Behandlung hülften, *ihre* Träume, *ihre* Assoziationen, *ihre* Deutungen als große Hilfe für mich zu werten, und es mir erleichterten, sie zu verstehen.

Die Psychoanalyse in Gruppen hat mir meine eigenen Übertragungen und Gegenübertragungen deutlicher gemacht, weitgehend dadurch, daß ich mir angehört habe, wie die Patienten mich sahen, wie sie mich kritisierten und welche Besserungsvorschläge sie zu machen hatten. Zwar war ein Teil ihrer Beobachtungen verzerrt und durch die Übertragung gefärbt, aber ein anderer Teil war immer in gewissem Maß zutreffend. Die Praxis der Gruppentherapie hat mich also veranlaßt, sowohl in der Gruppen- als auch in der Einzelanalyse mich selbst stärker zu prüfen und selbstkritischer zu sein, aufmerksamer und rücksichtsvoller gegenüber allem, was jeder Patient von mir zu sagen hat, nicht nur im Hinblick auf seine Verzerrungen, sondern in bezug auf seine gültige Einschätzung meines Verhaltens.

Die Psychoanalyse in Gruppen mit ihrer größeren Aktivität hat mich befähigt, die Ich-Psychologie besser zu verstehen, und meiner Praxis der Einzelanalyse frische Führung gegeben. Die Beobachtung des Sozialverhaltens der Patienten hat mir eindringlich ihr Bedürfnis nach Aktivität, nach Ich-Aktivität, nicht nur Ich-Stützung, gezeigt. Darum fordere ich den Patienten in der Einzelbehandlung auf, zu handeln, nicht nur zu reden, zu denken oder zu fühlen, sondern etwas zu tun. Ich frage ihn, was er in der Realität mit dieser oder jener Einsicht zu tun plant. Der Analytiker ist oft ein schlechtes Beispiel, wie er nur dasitzt, denkt und fühlt. Auch er muß mehr tun, in geeigneter Weise handeln, in geeigneter Weise eingreifen, ohne zu agieren.

Die Gruppenpsychoanalyse hat mich dazu gebracht, die Notwendigkeit der *totalen* Frustration der archaischen Bedürfnisse des Patienten in

Frage zu stellen. Freud hat schon ohne den Vorteil der Erfahrung mit Gruppentherapie bezweifelt, ob solcher Absolutismus klug sei. Ein in Psychoanalyse in Gruppen erfahrener Analytiker nahm einmal in der Gruppensituation die Hand einer Patientin, denn wenn er es nicht getan hätte, wäre es eine traumatische Wiederholung des Schweigens und der Ablehnung gewesen, die sie von ihrem Vater erlebt hatte. Der Therapeut hätte auch in der Einzelbehandlung so gehandelt. Hier wurde also die Befriedigung eines archaischen Verlangens als unmittelbare therapeutische Notwendigkeit erkannt. Aber der Analytiker muß gut unterscheiden. Ich würde zum Beispiel nicht die Hand einer asthmatischen Patientin nehmen, die ich behandle, denn wenn sie danach verlangte, würde sie dabei anstreben, mich zu beherrschen.

Die aggressive Beurteilung und Kritik, die in der Gruppentherapie einer am anderen übt, ist teilweise ein Agieren, aber auch eine echte, relevante Einschätzung, die recht einsichtsvoll ist. Ihre kritische Qualität fordert vom Beobachteten und vom Beobachter eine Bewegung und Veränderung in Richtung auf eine realistischere Anpassung. Sie hat mich gelehrt, in meiner Rolle als Analytiker weniger neutral zu sein. Sie hat mich herausfordernder gemacht, als ich es früher war. Ich bin nicht neutral im Hinblick auf die Pathologie des Patienten. Ich akzeptiere seinen Widerstand und seine Verzerrungen nicht. Ich frage fortwährend, ob er nicht an überholten Denk-, Handlungs- und Empfindungsweisen festhält. Ich akzeptiere seine Rationalisierungen nicht. Ich verfolge seine latenten Motivationen aktiver. Ich fördere ebenso bestimmt die Notwendigkeit, daß der Patient in bezug auf alles, was ich sage und tue, ebenso fragend und herausfordernd sein müsse.

Die Gruppenerfahrung hat mir den Wert der Anwesenheit von Gleichgestellten im horizontalen Vektor bewiesen. Im Rahmen der Einzelanalyse gibt es nur den vertikalen Vektor, und Beziehungen unter Gleichgestellten werden gewöhnlich nicht erlebt. Demgemäß arbeitet der Patient seine Beziehung zur Autorität, zu Vater und Mutter durch, die im hierarchischen Vektor auf den Therapeuten übertragen werden. Geschwisterbeziehungen werden gewöhnlich vernachlässigt. Darum achte ich in der Einzelbehandlung viel aufmerksamer auf die Beziehung des Patienten zu seinen Geschwistern und seinen ihm Gleichgestellten außerhalb seiner dyadischen Beziehung zu mir. Dies bedeutet, daß ich mehr auf seine Kontakte mit seinen Mitmenschen außerhalb seiner ödipalen und präödipalen Bindung an mich achte. Das führt zu einer Durcharbeitung seiner vertikalen Beziehung zu mir und zur Befreiung von einer überlangen Regression.

Der Notwendigkeit, den hierarchischen Vektor abzuschwächen, den Patienten von seinen Eltern und Elternersatzfiguren im therapeutischen Milieu oder außerhalb zu entfernen, kann man leichter entsprechen, wenn man den Patienten in eine therapeutische Gruppe von Gleichgestellten versetzt. In der Einzelanalyse wird der Therapeut, nachdem der Patient seine ödipalen und präödipalen Übertragungen durchgearbeitet hat, mehr im horizontalen Vektor, also als Gleichgestellter, erlebt; in dieser Dyade kommen Geschwisterbeziehungen ans Licht und werden durchgearbeitet.

Die Psychoanalyse in Gruppen hat zu einem verfeinerten Verstehen des Familienlebens geführt; man versteht besser, wie der Patient Gruppenmitglieder als Mutter, Vater und Geschwister sieht, und wie er sich zu einem nicht mit diesen Eigenschaften versehenen Gruppenmitglied in Beziehung setzt wie zu einem außerhalb der Familie stehenden Fremden. Diese Erfahrung hat mich veranlaßt, in der Einzelanalyse immer mehr die Beziehungen des Patienten nicht nur zu seiner elterlichen und zu seiner gegenwärtigen Familie zu untersuchen, sondern auch die Beziehungen zu seinen Berufs- und Arbeitskollegen, zu Freunden und Feinden und zu Fremden.

Meine Gruppenerfahrung hat mich gelehrt, weniger als Elternteil zu fungieren, der die präödipale Regression herbeiführt, sondern mehr als Autorität und Gleichgestellter, der gibt und nimmt, der nicht den Patienten sich einverleibt und sich auch nicht einverleiben läßt, der die Sicherheit des primären Vertrauens, das der Patient in mich setzt, zu dem Zweck benützt, ihn seine eigene Autonomie entwickeln zu lassen.

### *Fragen der Regression*

Die Gesundung von Patienten in der Psychoanalyse in Gruppen hat mich dazu gebracht, in der Einzelbehandlung weniger Regression zu fordern, mehr Patienten im Sitzen zu behandeln und die Couch weniger zu benützen. Sie hat mich gelehrt, den Patienten nicht zu sehr zu frustrieren. Sie hat mich gelehrt, in bezug auf Regression feinere Unterschiede zu machen. Für manche Patienten ist die Regression zum Überleben notwendig. Dies ist eine Regression im Dienst des Ichs wie das »Borderline-Verhalten« von Heranwachsenden, die neuartige und bizarre Verhaltensweisen als Abwehr einsetzen, um nicht ganz psychotisch zu werden. Das ist ganz ähnlich wie die psychisch bedingte Ohnmacht. Manche Regression steht jedoch im Dienst des Es oder im Dienst von Ich und Es;

z. B. ist eine psychotische Episode dem sicheren Tod vorzuziehen. Oder: paranoider Größenwahn als Mittel zum Überleben ist keine schlechte Abwehr angesichts der Gaskammern eines Konzentrationslagers. Das Agieren gegen die Autorität, die Herausforderung des Vaters oder des Analytikers, steht oft im Dienst des Ichs. Die von den Gruppenmitgliedern ausgedrückte Aggression hat mich veranlaßt, Einzelpatienten gegenüber herausfordernder und provokanter zu sein. Vielleicht wären mehr Patienten in höherem Maß analysierbar, wenn die Therapeuten nicht auf so tiefer Regression bestehen würden. Meine Gruppenerfahrung hat mich gelehrt, weniger an der Tiefe der Regression interessiert zu sein als daran, dem Patienten zum Erkennen und zum Akzeptieren der Realität zu verhelfen.

Hier stellt sich die Frage nach der unterschiedslosen Notwendigkeit der Regression, der Entwicklung einer Übertragungsneurose, die eventuell zu einer Übertragungspsychose wird. Das heißt, die Reise in die prädipale Erfahrung ist in der Therapie nicht immer notwendig. Sie kann tatsächlich kontraindiziert sein — wie z. B. bei Psychotikern und manchen Grenzfällen, die schon zu stark regediert sind.

Eine Zeitlang haben sich die Analytiker vor allem damit beschäftigt, welchen Schaden die Eltern dem Patienten angetan haben. In neuerer Zeit haben die Analytiker auf ihre eigenen Übertragungs- und Gegenübertragungsrollen achten gelernt, die zum Mißbrauch des Patienten führen können. Meine Gruppenerfahrung hat mich gelehrt, diesen Brennpunkt neu zu überdenken. Gruppenmitglieder bringen an den Tag, was das neurotische Kind im Patienten tut, also seine provokative Rolle. Die Gruppeninteraktion klärt nicht nur, was dem Patienten angetan *worden* ist, sondern auch, was *er* getan hat. Wir beobachten z. B., wie ein weibliches Gruppenmitglied sich immer dann einmischt, wenn ich mit einem anderen Patienten interagiere, um das Geschwister auszuschließen und die Mutter in mir für sich allein zu haben. Das Verhalten ist interaktiv: zweiseitig, dreiseitig, vierseitig usw. Der Kinderpsychiater neigt dazu, die Mutter als schädlich für das Kind anzusehen. Aber die Mutter schädigt das Kind teilweise deshalb, weil der Vater sie wegen ihrer Zuwendung zum Kind ablehnt. Diese Art von dreiseitigem Wiederdurchspielen in der Gruppentherapie veranschaulicht, wie wichtig es ist, auch in der Einzelanalyse das Verhalten in seiner Vielseitigkeit zu verstehen, nämlich, daß das Verhalten von zwei Personen sich beim Hinzukommen einer dritten, einer vierten Person ändert. Ich suche daher in der Einzelanalyse nach dem unsichtbaren dritten oder vierten Teilnehmer an der manifesten Dyade zwischen Patient und Therapeut. Zum

Beispiel würde ein Patient, der mich in seiner Übertragungsneurose als seine Mutter erlebt und versucht, wie allen Frauen auch mir zu entfliehen, weitgehend deswegen die Flucht ergreifen, weil der Vater in Abwesenheit doch präsent ist, ein kastriertes Anhängsel, mit dem sich der Patient identifiziert. Meine einzelanalytische Behandlungsweise ist dadurch bereichert worden, daß ich in der Dyade zwischen dem Patienten und mir seine Übertragungen auf dritte und vierte anpacke, daß ich mich gleichsam mit der unsichtbaren Gruppe auseinandersetze.

Patienten verhalten sich verschieden, je nachdem, ob sie in der Dyade, in der regulären Gruppensitzung oder in der alternierenden Sitzung sind. Der Einzelanalytiker mit Gruppenerfahrung wird die Phantasien des Patienten zu Ausdehnungen der therapeutischen Dyade auf dritte und vierte Personen untersuchen. Meine Erfahrung, daß der Patient sich in verschiedener sozialer Umgebung anders verhält, als wenn er mit mir allein ist, veranlaßt mich, ihn in der Einzelbehandlung zu fragen: »Und wer war sonst noch da?« Daß in der Phantasie eine wichtige dritte oder vierte Person eingeführt wird, kommt gewöhnlich bei Menschen vor, die sich während des Geschlechtsverkehrs andere Partner vorstellen, oder die nach dem Verkehr sich zurückziehen und mit einer bestimmten Phantasie vor Augen masturbieren müssen. Die gruppenanalytische Erfahrung ermöglicht dem Einzelanalytiker, die Komplexität der multiplen Beziehungen zu erkennen, die latent in der manifesten Dyade vorhanden sind. Hier ist eine multiple Psychologie wirksam, nicht nur die dyadische Psychologie von Mutter und Kind (Patient) oder Vater und Kind. Vielmehr ist die dreiseitige Psychologie von Mutter, Vater und Kind oder die vierseitige Psychologie von Mutter, Vater, Geschwister und Kind wirksam.

### *Ausblick in die Zukunft*

Welche Zukunft hat die Psychoanalyse in Gruppen? Manche von uns, die sich um die Zukunft der Welt sorgen, mögen diese Frage für töricht halten, während andere, die im Hinblick auf den gegenwärtigen Zustand der Psychoanalyse etwas verwirrt sind, sie vielleicht für vermessen halten. Beide haben in vieler Hinsicht recht. Ich habe keine Kristallkugel und auch nicht die Überzeugung des »Ich sage voraus« gewisser Fernsehpersönlichkeiten. Meine Voraussage besteht aus einem Teil Hoffnung, einem Teil Phantasie und einem Teil einfachen Nichtwissens.

Es gibt jedoch ein paar Dinge, die wir alle wissen, gleichgültig, was

wir beruflich oder persönlich alle Tage tun. Wir wissen, daß wir in einer Welt leben, in der rassischer, nationaler, wirtschaftlicher und politischer Druck jeden Tag zunimmt. Wir wissen, daß wir aufgerufen sind, uns im Handumdrehen an sich wandelnde Praktiken rassischer Integration, an Krieg und Frieden, Besteuerung, steigende Lebenskosten, an Probleme des Wohnens, des Verkehrs, der Jugendkriminalität und des zunehmenden Verbrechens auf unseren Straßen anzupassen. Wir sehen, wie auf der ganzen Welt etablierte Autoritäten in Frage gestellt werden und wie der Polizist an der Ecke mit seiner eigenen Waffe erschossen wird. Und vor allem wissen wir, daß über uns allen die Drohung der atomaren Auslöschung schwebt.

Ich könnte einen philosophischen Ausweg aus diesem bestürzenden Zustand vorschlagen. Ich könnte vorschlagen, wir sollten versuchen, unsere Bedürfnisse, unsere Anschauungen, unsere Passionen und unsere Ziele zu überprüfen, um in einer neuen Beurteilung den festen Boden zu finden, auf dem wir flexibel bleiben können, ohne umzufallen; ich könnte vorschlagen, nach dem Mut zu streben, das, was alt und nicht mehr brauchbar ist, abzuschaffen, und nach dem größeren Mut, das Neue und Fremde anzunehmen und es funktionsfähig zu machen.

Ich könnte sogar einen noch einfacheren Ausweg wählen und mich in glücklichen Phantasien ergehen, welche Tricks möglicherweise im Raumzeitalter, in das wir eintreten, zum Bestandteil der Praxis der Psychotherapie werden könnten. Sicher wird man eine Menge Pillen erfinden, die dazu taugen werden, jeden körperlichen oder seelischen Zustand herbeizuführen, vom Winterschlaf bis zur Ekstase des Orgasmus. Aber ich vermute, daß es immer einige unter uns geben wird, die die bekannten altmodischen Methoden zur Erreichung der gleichen Ergebnisse bevorzugen werden. Man wird gewiß Maschinen erfinden, um die psychischen Erkrankungen der Menschen zu diagnostizieren und möglicherweise zu behandeln. Aber auch hier vermute ich, viele von uns werden das Gefühl haben, ihr größtes Bedürfnis richte sich auf menschlichen Kontakt und menschliche Interaktion, und sie werden darauf bestehen, Wege zu finden, wie sie diese Bedürfnisse befriedigen können. Hier wird, glaube ich, die Psychoanalyse in Gruppen ihre größte Rolle spielen und ihre größten Dienste leisten. Denn das Bestreben, Gedanken, Gefühle und Verhalten anderer Menschen zu verstehen, wird seinen Zauber nicht verlieren, solange die Menschheit besteht. Diese Faszination wird aussterben, wenn die Menschheit ausstirbt, und die Menschheit wird aussterben, wenn die Suche nach gegenseitigem Verstehen stirbt.

Wie kann man dieses Bestreben am Leben erhalten? Durch Kommuni-

kation, indem wir lernen, wie wir funktionieren, wie der andere funktioniert, und wie wir auf ihn einwirken und er auf uns. Je mehr »andere Menschen« wir kennen und je mehr andere uns kennen, desto mehr werden wir kommunizieren und desto mehr werden wir hoffentlich auch verstehen. Die Gruppenpsychoanalyse der Zukunft wird, während sie versucht, das Individuum zu verstehen und zu behandeln, sich nicht nur bemühen, den einzelnen zu befähigen, sich an die Welt anzupassen, in der er lebt, sondern auch, sie zu verändern, und sie wird darauf abzielen, ihn fähig zu machen, mit anderen zu kommunizieren und in Wort und Tat konstruktiv auf andere zu reagieren. Der Maßstab psychischer Gesundheit wird darin bestehen, wie weit man die Grenzen seines aktiven und interaktiven Lebens stecken kann, und nicht nur einfach in der Lösung persönlicher Probleme.

Wenn man die Lage der heutigen Welt auch nur in diesem Zusammenhang betrachtet, kann die Psychoanalyse in Gruppen nicht länger warten. Sie muß die Psychoanalyse für heute werden — oder es gibt keine Zukunft. Die Patienten müssen zwischen den Sitzungen von der Couch aufstehen, die Analytiker müssen zwischen den Sitzungen hinter ihren Couches hervorkommen und sich überall mit Menschen zusammentun, besonders angesichts nationaler und internationaler Krisen. Warum sollten wir nicht alle etwas tun, uns in der einen oder anderen Weise in der Frage der Atomtests und der Atombombe engagieren? Wenn wir es nicht tun, wird es kein Leben geben, in dem wir unsere Freiheit ausüben, und kein Glück, das wir mit Hilfe psychoanalytischer Methoden anstreben könnten. Und diejenigen von uns, die zu hartnäckig an der Couch festhalten, werden möglicherweise eines Tages in nicht allzu ferner Zukunft einen schaurigen Frieden vorfinden, dem kein Mensch entkommen kann.

Es gehört zum Credo des Analytikers, daß er sich dem Wert der Vernunft verpflichtet weiß und gegen die Unvernunft arbeitet, daß er der Bewußtheit, nicht der Unbewußtheit dient, der Realität, nicht der Irrealität, der geistigen Gesundheit, nicht dem Wahnsinn. Wie realistisch, geistig gesund, bewußt und vernünftig ist er aber, wenn er lange Jahre hindurch die Feinheiten verdrängter Konflikte im Einzelpatienten verfolgt, während über ihm und uns allen die Möglichkeit plötzlicher und totaler Auslöschung lastet? Seine Hingabe an die psychische Gesundheit ist ein illusorisches Unterfangen, wenn er nicht alles tut, was er kann, um sich selbst und andere zu effektiven Beziehungen und Handlungsweisen in der Welt rundum mit ihren Forderungen, Problemen und Verantwortlichkeiten zu mobilisieren. Wenn wir nach psychischer Gesundheit streben, müssen wir zunächst sicherstellen, daß wir unseren Körper



und unser Gehirn sehr lebendig erhalten. Natürlich genügen die Analytiker und ihre Patienten nicht, um etwas wie die atomare Katastrophe abzuwenden. Nur die ganze Menschheit ist genug. Aber wir müssen einen Anfang machen — indem wir hinter unseren schalldichten Türen hervorkommen und uns anderen anschließen, die aus Bunkern und Verstecken, aus der Passivität auftauchen, die abwartet, um zu sehen, was wohl geschieht, und wir müssen versuchen, etwas dagegen zu tun, wie geringfügig es auch sein mag.

Wissenschaftler sind oft zu neutral. Die Atomphysiker haben sich, mit einigen bemerkenswerten Ausnahmen, der Entdeckung, dem Gebrauch und Mißbrauch von Atomenergie mit alarmierender Neutralität in bezug auf ihre Anwendung gewidmet. Psychoanalytiker enthalten sich auch des Werturteils, wenn sie, sagen wir, mit einem Patienten zu tun haben. Sie tun dies, damit das verdrängte Material im Verlauf der Behandlung hervorkommen kann. Aber diese Zurückhaltung wird manchmal auch unvernünftig angewendet, genau wie bei Eltern, die jeder Laune ihrer Kinder nachgeben oder ihre Kinder zum Spielball jeder ihrer Launen machen, oder bei Leuten, die das Gefühl haben, sie müßten jeder Anwendung oder jedem Fehlurteil ihrer Führer nachgeben.

Ich will damit nicht sagen, die Psychoanalyse könne die Probleme der Welt lösen. Ich interessiere mich zufällig für die Psychoanalyse in Gruppen als Behandlungsmethode, aber ich schließe mich jenen Therapeuten nicht an, die die Segnungen der Gruppentherapie oder der Einzel- oder Gruppenanalyse zur Lösung von Massenkonflikten auf nationaler oder sogar internationaler Basis einsetzen möchten. Ich bin auch nicht mit denen einer Meinung, die glauben, alle Regierenden sollten analysiert werden, und das werde eine Lösung der Probleme bedeuten, vor die wir uns gestellt sehen.

Jedoch haben die Theorien Freuds und seiner Gefolgsleute unsere Gesellschaft zutiefst beeinflußt. Erweiterungen psychoanalytischer Gedanken sind überall zu sehen: im Studium der psychosomatischen Medizin, in der Anthropologie, Soziologie, Philosophie, Literatur, im Theater, in der Malerei und in der Kritik. Die Psychoanalyse in Gruppen ist eine technische Erweiterung jener Theorien, besonders geeignet für die Erfordernisse unserer Zeit. Sie wird ihrerseits in unserem beruflichen, kreativen und persönlichen Leben ihre Auswirkungen haben.

Ich möchte unterstreichen, daß in der Gruppentherapie die Tendenz besteht, von der Auffassung fortzukommen, dem Patienten könne nur durch *eine* Person geholfen werden: Gott, den Vater, die Mutter, den Analytiker — oder nur durch *eine* Art von Analyse. Dies ist besonders



heute für uns wichtig, da auf der einen Seite durch die Struktur des »organisierten Menschen« der Patriarchismus gefördert wird, während auf der anderen Seite ein großer Teil der Welt gegen ihn rebelliert. Die Analyse in der Gruppe lenkt den Patienten fort von dem Gedanken, es gäbe nur eine Quelle für Hilfe, nur eine allmächtige Quelle für Stützung und Entwicklung. Manche Menschen haben diese Lektion schon gelernt — ob durch Erfahrung in Gruppen oder nicht, weiß ich nicht —, aber irgendwo, irgendwie hat die Idee Fuß gefaßt. Vor einigen Jahren wurde der Brief eines Psychologen aus Stockbridge (Massachusetts) an mich weitergegeben. Es war einer von 200, die er verschickt hatte, und ich möchte Teile daraus hier wiedergeben, weil er ein so großartiges und bewegendes Beispiel dafür ist, wie das Zusammenkommen von Menschen in Gruppen auf Bereiche außerhalb der Behandlung von psychischen Störungen ausgedehnt werden kann.

Der Brief beginnt mit der Sorge um die Weltkrise mit ihrer Bedrohung für uns alle. Die persönlichen und lange unausgesprochenen Befürchtungen des Schreibers und sein Gefühl äußerster Hilflosigkeit werden beschrieben. Dann fährt er fort:

Wir haben den Beginn der Hoffnung entdeckt — einer Hoffnung, geboren aus Verzweiflung und dem hartnäckigen Glauben, es sei besser, etwas zu tun als nichts zu tun, es sei besser, uns der furchtgebietenden Ungeheuerlichkeit unserer Gefährdung zu stellen, als uns zu trösten, indem wir diese Gefährdung und alles, was sie mit sich bringt, einfach leugnen. Wir haben angefangen, unsere Einsamkeit, unsere Ängste, unser Gefühl der Hilflosigkeit gegenüber der gefährlichen Weltlage miteinander zu teilen. (...) Zuerst hatten wir Angst, einander von dem Grauen wissen zu lassen, das wir im Herzen verschlossen hatten. (...) Aber dann ließ einer von uns schüchtern und tastend eine Andeutung unseres tief vergrabenen Gefühls der Belastung und Angst heraus. (...) Und dann erlaubte sich ein anderer, schon etwas weniger schüchtern, aber immer noch mit großem Unbehagen und großer Verlegenheit, zu sagen, daß auch er eine ähnliche Belastung empfinde. Danach sprachen diese beiden mit einem dritten und vierten, und jedesmal war die Wirkung die gleiche. Wir begannen unsere tiefe Besorgnis zu teilen. Wir fingen an, offener darüber zu sprechen. Wir begannen zu entdecken, daß schon das Reden und das Mitteilen von Gefühlen und Sorgen, daß sogar die einfache Tatsache, daß wir etwas taten, selbst wenn wir nur ein Gespräch führten, uns irgendwie half.

Wir begannen ziemlich ungeschickt — unbeholfen in unserer Verlegenheit. Keiner von uns wußte irgendeine Antwort, am allerwenigsten auf die Frage: Was können wir tun? Dann fingen wir alle an, einer nach dem anderen, zu reden und unseren Gedanken und Gefühlen Luft zu machen. Und als wir jedem einzelnen zuhörten, sahen wir uns selbst. Seine Worte waren vielleicht anders, und vielleicht waren sogar seine Gedanken und die Handlungsweise, die er befürwortete, anders, ja sogar fremd. Aber in seinem Gefühl der allgemeinen Gefährdung war er wie wir alle.

In dem Brief heißt es weiter, diese kleine soziale Gruppe habe sich weiterhin getroffen, und man habe bald begonnen, von spezifischen Dingen zu sprechen: manche waren für Atombunker, manche dagegen; andere fragten sich, wie Medikamente und unverseuchtes Wasser zur Verfügung gestellt oder gar verteilt werden könnten. Und nun wieder ein Zitat aus dem Brief: »Etwas Seltsames geschah. Wir begannen uns weniger einsam zu fühlen. Wir fühlten uns allmählich besser. Die bloße Tatsache, daß wir miteinander sprachen und unsere Einsamkeit miteinander teilten, half uns schon.«

Ich wollte, ich könnte den ganzen Brief wiedergeben, aber der Platzmangel zwingt mich zusammenzufassen. Die ursprüngliche Gruppe teilte sich in Sektionen, von denen jede wieder ihre eigene Gruppe bildete, auf den gleichen Zweck ausgerichtet, bis fast die ganze Stadt dazugehörte und alle Schattierungen von Meinungen zur Sprache kamen. Dann kamen die Briefe, und später Kommunikation in einem weiteren Rahmen, durch Zeitungen, Radio und Fernsehen. Auf diese Weise sind schon früher aus winzigen Anfängen große Bewegungen entstanden, und so kann es auch hier werden.

Aber kommen wir zur Sache zurück. In diesem Brief wird sehr gut eine Erlebnisebene der Psychoanalyse in Gruppen beschrieben. Sie ist nicht leicht zu beschreiben. Manche Leute fürchten, sie könnte einen Anstrich von »Buchmanismus« (Buchman, ein amerikanischer Evangelist), von öffentlicher Beichte oder von »Revival Meeting« haben, aber sie ist nichts von alledem. Die Psychoanalyse, in der Gruppe oder allein, früher, heute oder morgen, war immer bestrebt, den Patienten zur Selbsterkenntnis zu bewegen, ihn zu veranlassen, sich seinen wahren Gefühlen und Gedanken zu stellen und dadurch seine Einstellung zu sich selbst und seine Beziehungen zu anderen zu verbessern.

André Malraux soll gesagt haben, die Porträtmalerei existiere in der modernen Kunst praktisch gar nicht, weil die Menschheit in unserem Zeitalter so viele Verbrechen begangen habe, daß sie sich selbst nicht ins Gesicht zu sehen wage. Gruppeninteraktion ist gewöhnlich wirksam, wenn man versucht, gerade das zu erreichen. Es ist nicht leicht, weder für den Analytiker, noch für den Patienten. Es entspricht nur der menschlichen Natur, wenn wir allen jenen Widerstand leisten, die darauf bestehen, daß wir uns den Spiegel vorhalten. In anderen Arten der Interaktion verwenden wir gewöhnlich gewisse Methoden, um das Gesicht zu wahren. Um die soziale Interaktion in Gang zu halten, sind wir meistens geneigt, unsere wahren Urteile und Gefühle zu verbergen. Aber wenn die Psychoanalyse funktionieren soll, müssen diese Methoden zur

Wahrung des Gesichts aufgedeckt und dann analysiert werden. Was der Analytiker dem Patienten unter anderem zu zeigen versucht, ist der Umstand, daß es möglich ist, mindestens eine gute Beziehung zu ihm zu haben, auch wenn die Wahrheit offenbar wird. Und er bleibt bei seinem Versuch, gleichgültig, wie sehr der Patient in seinem Kampf gegen das Erkennen der Realität Widerstand, Ambivalenz, Projektion und Verzerrung einsetzt.

In der Gruppe wird diese Situation überhöht und dramatisiert, denn ein Gruppenmitglied wird vielleicht eine Beziehung zu Gruppengenossen verweigern, die es herausfordern, indem sie ihre zur Wahrung des Gesichts notwendigen Masken fallen lassen. Es beschimpft vielleicht sogar den Analytiker, weil er es erlaubt. Es gibt Menschen, die die Wahrheit über sich selbst nicht ertragen können und die darauf bestehen, daß die anderen durch die gleichen Ketten gefesselt bleiben. Aber es gibt auch andere, die beim Anblick der Bemühung, das Reale aus dem Illusorischen herauszubringen, Mut fassen, ihren eigenen Kampf um psychische Gesundheit fortzusetzen. Ich glaube, der oben zitierte Brief beweist mindestens eins, nämlich, daß diese Form der Interaktion geschieht und daß es gut ist, wenn sie stattfindet, daß sie die spezifische analytische Behandlung des einzelnen weniger isoliert, weniger um sich selbst kreisend, mehr im Kontakt mit der Menschheit ablaufen läßt, und daß sie darum um so deutlicher erlebt wird.

Der Leser wird vielleicht fragen, warum so viele Analytiker sich gegen die Analyse in Gruppen stellen, wenn Gruppen so viel mehr Patienten versorgen können, wenn eine derartige Behandlung weniger kostspielig ist, wenn es zu wenige Analytiker gibt und wenn Gruppenanalyse so wirkungsvoll sein kann.

Ich glaube, einer der Gründe ist der, daß sie selbst die Erfahrung der Analyse in Gruppen nicht gemacht haben. Ein anderer möglicher Grund ist der, daß die Analyse in der Gruppe den Analytiker hart beanspruchen kann, der dafür ausgebildet worden ist, mit nur einem Patienten zusammen zu sein, gewöhnlich hinter dem Patienten sitzend, wo die Handlungen und Reaktionen des Analytikers nicht einer so genauen Prüfung ausgesetzt sind und wo er weniger Gefahr läuft, wegen seiner Deutungen und Reaktionen in Frage gestellt zu werden. Der Analytiker in einer Gruppe wird, wenn er es nicht selber tut, von anderen aufgefordert, seine eigenen Reaktionen zu prüfen.

Immer mehr Analytiker heißen jedoch diesen Trend zur Überprüfung ihrer eigenen Reaktionen willkommen, nicht nur, weil er mit den positiven Strömungen unserer Zeit im Einklang steht, sondern auch, weil

ihnen, wenn sie ihre gottähnliche Rolle aufgeben, viel von der bilderstürmerischen Bosheit erspart bleibt, der sie in der populären Presse und in satirischen Zeitschriften ausgesetzt sind. Das heißt nicht, daß wir nicht einiges davon verdienen, auch nicht, daß wir nicht fähig sein müßten, ab und zu ein paar Rippenstöße hinzunehmen. Aber das Dasein eines Analytikers bietet genug Fallstricke, auch ohne daß die Leute fordern, er müsse immer vollkommen gesund sein, eine vollkommen gesunde Frau und vollkommen gesunde Kinder haben, er müsse allwissend, allmächtig und magisch in der Lage sein, alle Schwierigkeiten zu beheben.

Es stimmt, daß einige wenige Analytiker ihrer eigenen Propaganda Glauben schenken und allen Ernstes versuchen, nach der Vorstellung zu leben, die ihre Patienten von ihnen haben. Aber die meisten von uns verstehen, daß diese Witze und Angriffe einen tieferen Grund darin haben, daß man dem Analytiker grollt, weil er diesen Vollkommenheitsforderungen nicht entspricht, weil er wirklich auf tönernen Füßen steht.

In einer Gruppe nun hat der Analytiker, der dies versteht, eine Möglichkeit, praktisch zu tun, was er lehrt: Er kann in seiner Art der Gruppenleitung und in seiner Interaktion mit den Gruppenmitgliedern zeigen, daß er weder ein Gott noch ein Wundertäter ist, sondern ein Mensch mit bestimmten Fähigkeiten und einer bestimmten Berufsausbildung, menschlich genug, auch einmal Fehler zu machen, und ebenso fähig, etwas Neues zu lernen, wie jeder andere. Außerdem ist eine solche Situation gesund, denn wie sollten wir sonst neue Einsichten in menschliche Probleme und menschliches Verhalten bekommen?

Ich möchte noch mehr über Psychoanalyse in Gruppen sagen, weil die Psychoanalyse sich zumindest in der nächsten Zukunft in dieser Richtung bewegen wird. Vielleicht wird die Analyse eines Tages, wie die Theorie Newtons, in eine viel weitere und angemessenere Theorie einbezogen werden. Heute sind wir von der Physik Newtons zur Physik Einsteins übergegangen, von der Naturwissenschaft des Erdenraums zu der des Weltraums. Vielleicht wird die Psychoanalyse eines Tages zu einer umfassenderen Schau der menschlichen Seele übergehen, in einem größeren, realistischeren Verständnis. Vielleicht wird dabei ein Bereich der Forschung sein, warum wir uns so sehr davor fürchten, uns selbst zu erkennen und erkannt zu werden, und wie wir mit unserem Bedürfnis, uns zu verbergen, fertigwerden können. Der Analytiker muß das nicht nur vom Patienten wissen, sondern auch von sich selbst. Es gäbe nicht so viele Richtungen der Psychoanalyse und nicht soviel bittere Auseinandersetzung um verschiedene Methoden, wenn die Analytiker selbst Erkennt-

nisse von außerhalb ihrer besonderen Sphären und Voreingenommenheiten bereitwilliger willkommen heißen.

Das erinnert mich an ein Symposium von Analytikern einer bestimmten Schule, die wir in Ermangelung einer besseren Bezeichnung »orthodox« nennen. Sie hatten einen Vortragenden aus einer anderen »Schule« eingeladen, der sehr überzeugt von der Notwendigkeit sprach, in unserem beruflichen Wortschatz Ausdrücke wie »Glauben«, »Hoffnung«, »Ideale« usw. als positive Aspekte eines integrierten Menschen wieder zu beleben. Die Zuhörer waren höflich, aber später, beim Kaffee im Kasino, leicht spöttisch. Man fragte, was für einen Unsinn er da geredet habe. Ob er wirklich glaube, man könne diese Wörter in der Wissenschaft anwenden?

Trotzdem versuchte einer der Zuhörer weiter, zu irgendeiner Art von Einordnung zu kommen, zu irgendeiner gemeinsamen Basis, auf der man sich mit dem Gast treffen und verständigen könnte. Und plötzlich hatte er's! »Ich weiß«, rief er aus, »man kann hoffen, man werde seinen Vater umbringen! Man kann glauben, man werde mit seiner Mutter schlafen!« und so weiter.

### *Die Notwendigkeit einer breiter fundierten Ausbildung*

Unorthodoxie ist wie das Wetter. Wir reden alle darüber, aber nur sehr wenige tun etwas dafür — in dem Sinn, sie zu fördern und zu begrüßen —, d. h. die Unorthodoxie, nicht das Wetter. Was wir in der Analyse dringend brauchen, ist ein Institut der vereinigten Methoden, eine Ökumene der Psychoanalyse, die sich aus den vielen heute bestehenden Dissidentengruppen entwickeln müßte, wo Unorthodoxie und Flexibilität als wünschenswert angesehen würden, als gesunde Manifestation reifer Geister, die an einer Erforschung ihrer wechselseitigen Standpunkte interessiert sind, und nicht als Vorwand für Flucht, Zersplitterung und Introversion. Die Psychoanalyse braucht neue Ideen. Neue Ideen entstehen aus Konflikten, Konflikten innerhalb der eigenen Gruppe, mit anderen Gruppen und in einem selbst, wenn alte Muster nicht mehr gut funktionieren. Neue Ideen entstehen auch, wenn Theorien, Hypothesen und Erfahrungen in einer Atmosphäre der Zusammenarbeit und Harmonie ausgetauscht werden, und wenn man dabei das Recht hat, zu kritisieren und anderer Meinung zu sein. Uneinigkeit und Harmonie bestehen in der Natur nebeneinander. Sie sind Teil der Realität des Menschen. Und die Psychoanalyse hat es sich ausgesucht, sich mit

der Komplexität dieser intrapsychischen, interpersonalen und interaktiven Realität als Wissenschaft und als Kunst zu befassen. Auf Grund ihres Charakters muß sich die Psychoanalyse mit den Grundthemen des menschlichen Lebens, Liebe und Haß, Geld und Macht, Geburt und Tod und Sexualität, beschäftigen. Dies erfordert alle Kräfte des Patienten und auch des Analytikers, als Mensch und Wissenschaftler.

Darum wird die Ausbildung des zukünftigen Gruppenanalytikers viel umfassender sein als heute, und sie wird viele Disziplinen einschließen, die heute bei der Ausbildung nur gestreift werden. Mit diesen Grundlagen wird der Gruppenanalytiker der Zukunft sich zwar aufmerksam anhören, welche Erfahrungen die Älteren gemacht haben, selbst aber weniger ängstlich sein, Neues und anderes auszuprobieren. Er wird weniger geneigt sein, sich streng an vorgeschriebene Schulen des Denkens zu halten, er wird toleranter sein gegen das Recht zur abweichenden Meinung, weniger ängstlich vor der Gefahr, ein kalkuliertes Risiko einzugehen, weniger furchtsam, die Position der Skeptiker und Häretiker zu prüfen. Er wird in Zukunft seine Freiheit, das Vorgeschriebene zu erforschen, immer mehr schätzen, während seine Kenntnisse und Erfahrungen zunehmen. Er wird bei seinen Patienten erfahren, daß keiner von uns absolut einzigartig ist, sondern alle zugleich homogen und heterogen sind. Er wird erfahren, daß wir nicht allein oder getrennt leben, eine Tatsache, die es unmöglich macht, sich eine »Ein-Mann-Psychologie« vorzustellen. Er wird lernen, daß nicht nur Autoritäten, sondern auch Gleichgestellte wichtig sind, und daß auch von ihnen Hilfe kommen kann, und daß selbst seine Patienten, wenn sie bei der alternierenden Sitzung ohne ihn zusammen sind, rekonstruktiv sein können. In dieser zukünftigen Zeit wird »Sozialisation« (im Sinn von »geselliger Zusammenschluß«) in der Analyse kein Schimpfwort mehr sein, das nur Widerstand bedeutet. Es wird anerkannt sein, daß Sozialisation zuweilen therapeutisch wirken kann. Wenn zum Tangotanz zwei gehören und mindestens zwei zum Streiten, denken Sie nur an die Möglichkeiten, die sich eröffnen, wenn in einer Therapiegruppe acht oder zehn Leute sind! Diese Methode der Erweiterung der Grenzen der Kommunikation wird auch eine Ausdehnung der Grenzen der Ausbildung des Gruppenanalytikers selbst erfordern, der nicht mehr nur Psychiater, Psychologe oder psychiatrischer Sozialarbeiter sein wird. Er kann auch aus anderen Bereichen kommen: Soziologen, Anthropologen, alle humanwissenschaftlichen Disziplinen kommen in Frage, vorausgesetzt nur, daß der Bewerber den echten Willen gezeigt hat, sich nach gruppenanalytischen Richtlinien weiterzubilden.

Man wird nicht so sehr fordern, er solle ein Gelehrter sein, sondern vielmehr, er solle mit »Pferdeverstand« begabt sein, mit Vernünftigkeit, einer Kombination von gesundem Menschenverstand, Intuition, Übung und Klugheit. Und er wird sich jene Essenz der Kindheit bewahren, an der schöpferische Wissenschaftler und Künstler so zärtlich hängen, die Fähigkeit des Staunens, die es einem ermöglicht, immer wieder neu zu sehen, zu fragen, zu akzeptieren und zu erneuern. Der Gruppenanalytiker der Zukunft wird ein bestimmtes Wissen und eine Liebe zu diesem Wissen haben, das sich nicht auf Neurologie oder Statistik oder Forschung beschränkt, sondern soviel wie möglich umfaßt: Geschichte, Philosophie, Pädagogik, Anthropologie, Künste und Wissenschaften, wie sie zu den ebenso vielen Facetten menschlicher Beziehungen gehören.

Und er wird ein Handelnder sein. Er wird in seinem eigenen Leben bewiesen haben, daß seine eigenen schöpferischen Impulse und Fähigkeiten außerhalb seines erwählten Berufes Bereiche haben, in denen sie sich entfalten können. Kann er bildhauern, malen, schreiben, gärtnern oder eine Familie aufziehen? Jeder wird seinen eigenen Bereich und seine eigene Möglichkeit des Ausdrucks finden, aber damit er seinen Patienten helfen kann, ihre schöpferische Ausdrucksmöglichkeit zu finden, muß seine eigene irgendwo und irgendwie Teil seiner praktischen Erfahrung sein, so daß wir wissen und er weiß, daß er als ganzer Mensch funktioniert, in einer Kombination von Kopf, Hand und Herz. An vorderster Stelle unter den Auswahlkriterien wird stehen, was für eine Art von Mensch er ist, denn wir wünschen uns den Gruppenanalytiker der Zukunft vor allem als humanisierende Kraft, und dazu muß er selbst ein breit fundierter Mensch sein, der seine eigene Isolierung ebenso aufgegeben hat, wie er danach strebt, die Patienten aus der ihren herauszubringen. Er erlaubt sich, auch außerhalb der Sprechstunden zu sehen und gesehen zu werden. Und er findet das Gemeinwesen und die Außenwelt begierig, ihn kennenzulernen, begierig, sowohl auf der Ebene des Gemeinwesens als auch auf der persönlichen ihre eigenen Grenzen zu erkennen und hinauszuschieben.

Das bedeutet nicht, daß wir Analyse in Gruppen für jedermann befürworten oder empfehlen. Das wäre unpraktisch und unnötig. Es gibt jedoch gute Gründe für die Annahme, daß die Psychoanalyse in Gruppen nicht nur ein Rahmen für die Behandlung neurotischer Erkrankungen oder für die Ausbildung des guttrainierten Analytikers sein wird. Eines Tages wird die Gruppenpsychotherapie oder eine Variante davon sicherlich wegen ihrer Vorbeugungsmöglichkeiten benützt und Heranwachsenden in der höheren Schule und sogar Kindern in der Volksschule



zugänglich gemacht werden. Ein in Techniken der Gruppentherapie ausgebildeter Schulpsychologe z. B. wäre in der Lage, Lehrer bei der Bewältigung weniger ernsthafter Probleme im Alltagskontakt mit den Schülern zu beraten und anzuleiten. Es wird vielleicht möglich sein, einige neurotische Tendenzen bei Kindern in die Hand zu bekommen, bevor sie in der Persönlichkeit zu fest Fuß fassen, und wir werden vielleicht fähig sein, die geheimen, positiven Sehnsüchte des Kindes aufzudecken, und helfen können, sie zu ermutigen. Ich hoffe, immer mehr Lehrer und Eltern werden sich entschließen, eine subjektive Erfahrung in einer therapeutischen Gruppe zu machen, nicht nur, um sich in ihrem erwählten Beruf und in ihrem sozialen Leben zu festigen, sondern auch um fähig zu werden, vorbeugende Prinzipien der Psychohygiene in ihrem Umgang mit Schülern und Kindern anzuwenden.

Mit diesen Neuerungen wird wahrscheinlich das Interesse der Öffentlichkeit an der Gruppentherapie zunehmen, wenn auch nur wegen der Möglichkeit, die sie bietet, der Isolierung zu entfliehen, der Seuche des modernen Menschen, und eine Art von Kommunikation zu praktizieren, deren Freiheit und Aufrichtigkeit gefördert wird. Wir haben alle auf der einen oder anderen Ebene Störungen oder Klagen, und eine Möglichkeit, sie auszusprechen, kann wohltuend sein, besonders wenn zugleich der andere ermutigt wird, seine Reaktion mitzuteilen. Gewerkschaften, Eltern- und Lehrervereinigungen und andere berufsständische Gruppen mit gemeinsamen Interessen können sich an Versicherungsgesellschaften wenden (manche haben es schon getan), um psychoanalytische Gruppentherapie für ein geringes Honorar zu bekommen. Und diese Gesellschaften werden vielleicht, wenn sie feststellen, daß Analyse in Gruppen ebenso wirksam ist wie Einzelanalyse und außerdem weniger kostspielig, die Initiative ergreifen und die psychoanalytische Behandlung in der Gruppe unterstützen.

Während ich an diesem Artikel schrieb, hörte ich zufällig im Radio die Wiederholung einer Pressekonferenz John F. Kennedys. Er sagte: »Wir leben nun einmal, wegen des Erfindungsreichtums der Wissenschaften und der Unfähigkeit des Menschen, seine Beziehungen zu anderen zu beherrschen, wir leben nun einmal in der gefährlichsten Zeit in der Geschichte der Menschheit.« Die Analyse in Gruppen ist ein Versuch, dieses Problem der gestörten Beziehung des Menschen zu seinen Mitmenschen direkt anzupacken. In der Gruppe wird der Patient aufgefordert, seine Isolierung in der Therapie aufzugeben; der Analytiker ist aufgefordert, seine omnipotente Stellung aufzugeben, die auch ihn in eine Art Isolierung stellt. Wir hoffen, die wachsende Fähigkeit des ein-



zelenen, seine Beziehung zu einem anderen und zu einer Gruppe zu steuern, wird sich auf das Gemeinwesen ausdehnen, vom Gemeinwesen auf den Staat, die Nation und die Welt, wenn wir auch wissen, daß die Analyse selbst zu diesem Ziel nur einen kleinen Teil beitragen kann.

Während ich diesen Artikel zu Ende führe, fühle ich mich erinnert an ein Plakat, das ich vor ein paar Monaten in der U-Bahn gesehen habe. Da hieß es: »Frieden bis 1969!« Darunter hatte jemand geschrieben: »Mit oder ohne Menschen?« Die Antwort auf diese Frage muß irgendwo in unseren eigenen Händen liegen. Wir müssen als erste erkennen, daß die Einzel- oder Gruppenanalyse nicht das einzige und höchste Problem der menschlichen Existenz ist. Manche Völker der Erde sind hungrig und ärztlich nicht versorgt; sie müssen zuerst einmal leben. Manche haben das Leben und brauchen Freiheit. Manche haben Leben und Freiheit und brauchen Glück. In manchen Gesellschaften haben die Kinder keine große Chance, älter zu werden als fünf Jahre. Leben, Freiheit und die Suche nach Glück sind, in dieser Reihenfolge, für uns ebenso wichtig wie für irgend jemand anders. Außerdem haben wir es oft in Gruppen gesehen und sehen es heute auf der Welt, daß manchmal für diese drei Ziele zugleich gekämpft wird.

Wie sollen wir dieses Chaos von Notwendigkeiten bewältigen? Indem wir uns erinnern, daß die Suche größer ist als irgendeine erteilte Antwort, und daß eine Antwort, wenn sie gefunden wird, sich als wahr erweist, indem sie das Tor für eine noch größere Suche öffnet. Es ist eine Binsenweisheit, daß der Revolutionär von heute der Erzkonservative von morgen ist. Das braucht nicht so zu sein, wenn wir fest entschlossen sind, die Suche niemals aufzugeben.

Lassen Sie uns in der Zukunft den Mut finden, geschmeidig zu sein, Autorität zu akzeptieren, ohne jemals auf das Recht zu verzichten, diese Autorität in Frage zu stellen und zu kritisieren, ohne Furcht vor Vergeltung an mögliche Unterschiede zu denken und dann das andere zu versuchen. Wir brauchen den Mut, kühn zu sein, Risiken einzugehen, ohne tollkühn zu sein. Manche Psychiater glauben, der heutige Raumschiffpilot sei der Schizophrene von gestern. Es erforderte Mut, der erste Mensch im Weltraum zu sein, es erforderte aber auch sorgfältige Planung. Diesen Mut des bewußten, sachlich vorbereiteten Menschen wird die Gruppenpsychoanalyse der Zukunft sich bemühen zu nähren. Dazu werden wir einander brauchen, um zusammenzuarbeiten. Wenn wir der Zukunft von Angesicht zu Angesicht begegnen sollen, tun wir dies besser Hand in Hand. Zwar ist die Gruppenpsychoanalyse noch der Aufgabe verpflichtet, die emotionalen und psychischen Störungen des Individu-

ums zu behandeln, aber die künftige Strömung wird dahin gehen, den Menschen aus seiner Vereinzelung herauszuführen und ihn immer stärker mit seinen Mitmenschen in Kontakt zu bringen. Vielleicht werden wir auf diese Weise fähig, die uralten Fragen zu beantworten, die ein Talmud-Gelehrter (Rabbi Hillel) gestellt hat: »Wenn ich nicht für mich selbst bin, wer wird für mich sein? Wenn ich nicht für andere bin, was bin ich dann? Wenn nicht jetzt, wann denn?«

RAYMOND BATTEGAY

GRUPPENPSYCHOTHERAPIE  
ALS BEHANDLUNGSMETHODE  
IM PSYCHIATRISCHEN SPITAL

*Einleitung*

In der Psychiatrie wächst immer mehr die Einsicht, daß die psychische Krankheit des einzelnen ein Mitkranksein des Kollektivs beinhaltet. Schon die Tatsache, daß ein psychisch Kranker einen Arzt bzw. ein Spital aufsuchen muß, zeigt an, daß die (Familien-)Gruppe, in die er miteinbezogen ist, dekomponiert und dementsprechend die Betroffenen nicht mehr aus eigenen Kräften heraus »versorgen« kann. Das psychisch kranke Individuum ist daher nicht als isoliertes zu betrachten. Es drängt sich vielmehr auf, im einzelnen nur einen Exponenten einer mit ihm in vielfacher Beziehung zusammenhängenden Familie bzw. Gruppe zu sehen. Wollen wir einen psychisch Kranken behandeln, ist es dementsprechend notwendig, ihn in und mit dem sozialen Beziehungssystem, in das er verwoben ist, zu erkennen und therapeutisch anzugehen. Zwar hatte Freud (1921) wohl recht, wenn er betonte, daß die soziale Umwelt im Seelenleben des einzelnen enthalten ist. Doch wissen wir heute, daß das Kommunikationssystem, in das hinein ein Mensch verstrickt ist, niemals aus dem, was an Ab-, Vor- oder Zerrbild in seiner Psyche vorhanden ist, ermittelt werden kann. Um einen Menschen kennenzulernen, müssen wir wissen, welcher Art seine (mitmenschliche) Umwelt ist und welche Beziehungen ihn damit verbinden. Der Mensch ist erst in und mit der Gruppe bzw. den Gruppen, in die er miteinbezogen ist, als der zu erkennen, der er ist. Nur in den Reaktionen der ihn umgebenden Gruppe bzw. Gruppen nimmt er sich wahr, und nur ihr Zeugnis verleiht seinem Wort und seinem Werk Gewicht. Ohne das Gedenken einer Gruppe hat das menschliche Tun keinen Bestand. Ein Wort, ohne teilnehmende Gemeinschaft gesprochen, verhallt im Nichts. Und was ist dem Menschen unerträglicher als das Innewerden des Nichts? (L. Binswanger [1942], von Gebattel [1959].) Zum Menschen gehört demnach seine Umwelt so innig, daß er nicht losgelöst von ihr erforscht werden kann (Lindemann [1960]).

Die um sich greifende Erkenntnis, daß zur ganzheitlichen Erfassung eines Menschen sein soziales Milieu miteinbezogen werden muß, führte dazu, daß die Gruppe, der bereits in vergangenen Hoch- und Primitiv-

kulturen eine hervorragende Bedeutung als Rahmen zur Heilwirkung zukam, im 20. Jahrhundert als therapeutisches Milieu wiederentdeckt wurde. Es kam so zur Entwicklung der Gruppenpsychotherapie, mit der es möglich wurde, den psychisch Kranken in seiner sozialen Dimension zu erfassen und zu behandeln.

Ein psychiatrisches Spital, das selbst eine Kleingesellschaft darstellt, bietet einen beinahe idealen Rahmen, um soziale Verhaltensweisen und Interaktionen qualitativ und quantitativ, mit Hilfe von soziometrischen Tests (Alnaes [1963], Moreno [1954], Friedemann [1959]), zu erfassen und sie therapeutisch zu nutzen. Es war daher für uns naheliegend, die einzelnen Spitalabteilungen als Gesamtheiten therapeutisch zu gestalten. Der Gewinn für die Beteiligten ergibt sich nicht nur durch eine direkte Einwirkung der Gruppe auf den einzelnen oder der einzelnen aufeinander, sondern es wirkt sich die Gruppenpsychotherapie mit ganzen Abteilungen auch indirekt, durch das Entstehen einer therapeutisch aktiven Atmosphäre, heilungsfördernd auf die Zugehörigen aus. Da es kaum möglich ist, jeden Patienten, der in ein psychiatrisches Spital eintritt, gründlich individuell psychotherapeutisch anzugehen, garantiert die Behandlung der Abteilungsgesamtheit zudem ein Mindestmaß an ärztlicher und psychotherapeutischer Zuwendung.

In einem psychiatrischen Spital ist es daneben auch angezeigt, kleinere, diagnostisch einheitlichere Gruppen, mit durchschnittlich 6—8 Patienten, zu bilden, in denen sich Kranke mit mehr oder weniger ähnlichen psychischen Erkrankungen und Problemen in wechselseitiger Einwirkung und Unterstützung um eine Lösung ihrer Schwierigkeiten und Fragen bemühen.

Wir führen dementsprechend in der Basler psychiatrischen Universitätsklinik seit 1955 in gewissen, uns dazu geeignet erscheinenden Abteilungen gruppenpsychotherapeutische Sitzungen mit allen Patienten, sofern sie daran teilnehmen wollen, durch. Seit 1957 arbeiten wir auch mit diagnostisch einheitlicheren, kleinen Gruppen. Dabei stellten wir nicht etwa einen Plan auf, welche Krankheitskategorien im speziellen zu erfassen sind, sondern wir nahmen in erster Linie die Kranken in Gruppen zusammen, die zahlreich in unserer Klinik hospitalisiert waren und bei denen eine zusätzliche Kollektivbehandlung ein vertieftes Verständnis und ein besseres therapeutisches Resultat verspricht. Erst nach und nach gingen wir dazu über, mit den verschiedensten diagnostischen Kategorien gruppenpsychotherapeutisch zu arbeiten.

Da die psychischen Erkrankungen also immer auch in der mitmenschlichen Umgebung der Patienten wurzeln, ist es therapeutisch sinnvoll,

auch die Angehörigen in Gruppen psychotherapeutisch zu erfassen. Es ist damit möglich, jene Gruppen- oder Familienkonstellationen bzw. jene Verhaltensmuster und -schablonen näher kennenzulernen, durch die die Patienten geprägt wurden (Toman [1963]). Vor allem gelingt es aber auch, Einfluß auf die mitmenschliche Umgebung zu nehmen und den Kranken mehr gefühlsmäßige Zuwendung wie auch mehr Freiheit in ihrem Lebensmilieu zu ermöglichen.

In unserem wie auch in anderen psychiatrischen Spitälern (Boenheim [1963]) zeigt sich des ferneren, daß die Gruppenbehandlung, wie jegliche Psychotherapie, erschwert ist, wenn das Pflegepersonal nicht in das Behandlungsprogramm miteinbezogen wird. Die Krankenschwestern und -pfleger haben oft kein spontanes Verständnis für die auf den Abteilungen in Erscheinung tretenden psycho- und soziodynamischen Gesetzmäßigkeiten wie auch keinen objektiven Zugang zu Übertragungs-, Widerstands- und Regressionshaltungen und -tendenzen der Patienten. Wir gingen deshalb vor einigen Jahren (1957) dazu über, auch mit den Klassen unserer Schwestern- und Pflegerschule gruppenpsychotherapeutisch zu arbeiten. 1959 hat die Klinikleitung (Kielholz) außerdem begonnen, den verschiedenen Kategorien des Pflegepersonals in jährlichen Fortbildungskursen während einiger Stunden Gelegenheit zu freien Gruppendiskussionen zu geben. Im Frühjahr 1962 haben wir angefangen, analytische Lehrgruppen mit Spitalärzten zu bilden, in denen es ihnen möglich ist, in eigener Erfahrung ihre, in der therapeutischen Gruppe aktivierte, mehr oder weniger unbewußte Konflikthaftigkeit zu erleben und die in einem Kollektiv sich abwickelnden Prozesse kennenzulernen.

Zur Ausbreitung der Gruppenpsychotherapie in den letzten Jahren dürfte beigetragen haben, daß in der Psychiatrie immer mehr darauf geachtet wird, so weit wie möglich dem Patienten selber einen Teil der Verantwortung für seine Heilung zu übertragen. Selbstverständlich werden wir aber nicht von einem endogen Depressiven mit entsprechender Angst und psychomotorischer Hemmung oder Agitation verlangen, daß er sich anstrengen soll, um bei der Therapie mitzuarbeiten; ein solches ärztliches Verhalten würde den Melancholiker in die Verzweiflung oder sogar in den Suizid treiben (Kielholz [1959, 1961]). Wir denken beispielsweise an neurotische und psychopathische Patienten, an Alkoholiker und Toxikomane, aber auch an Epileptiker oder Schizophrene, bei denen die Übernahme wenigstens einer gewissen Verantwortlichkeit ein Stimulus zur Hinwendung an die soziale Realität, zum Einhalten einer Dauermedikation oder der Abstinenz von einem Suchtgift darstellt. In

diesem Zusammenhang sind die Beobachtungen von Napolitani (1961) zu erwähnen; er überließ Schizophrene einer weitgehenden Selbstverwaltung und sah dabei, daß sie nicht nur der Realität außerhalb des Spitals näher kamen, sondern auch eher imstande waren, Schwierigkeiten, die sich ihnen entgegenstellten, zu meistern. Eine solche »Community-therapy« ist ohne parallel, individuell und in Gruppen durchgeführte Psychotherapie nicht denkbar; vor allem den kollektivpsychotherapeutischen Sitzungen kommt eine wesentliche Bedeutung für das Funktionieren solcher Abteilungen zu, da die Patienten einander gegenseitig beim Durcharbeiten der auftauchenden Schwierigkeiten, Probleme und Spannungen helfen und stützen.

Wir gehen nun vorerst auf die in unserem Spital verwendeten Arten der Gruppenpsychotherapie ein, wobei wir das Procedere und gewisse Charakteristika, die sich uns beim Ausführen der Gruppenpsychotherapie zeigen, in knappen Zügen zu skizzieren versuchen. Später wird uns die Bedeutung und der Wert der Gruppenpsychotherapie für die psychiatrische Klinik beschäftigen.

### *Spezielle Methoden: Allgemeines*

Die Gesetzmäßigkeiten des Geschehens sind im wesentlichen in jeder therapeutischen Gruppe, unabhängig von Kultur, Charakterzügen und Intelligenzgrad der Beteiligten, die gleichen. So kommt es beispielsweise in jeder Behandlungsgruppe beinahe reflektorisch zu einem mehr oder weniger offensichtlichen Kampf um eine hierarchische Position, wobei die einen fast zwangsläufig nach »oben« drängen, die anderen sich aber beinahe ebenso automatisch unterzuordnen trachten. Diese Gruppen-gesetzmäßigkeiten sind mehr oder weniger unabhängig von der Art der ein Kollektiv zusammensetzenden Individuen festzustellen; es scheint daher kaum verständlich, daß die verschiedenen Autoren unterschiedliche Methoden der Gruppenpsychotherapie anwenden. Indessen zeigt sich eben doch, daß es günstig ist, wenn der Therapeut gewissen Besonderheiten der Beteiligten oder lokalspezifischen Nuancen Rechnung trägt. Auch wird jeder Therapeut den Verfahren den Vorzug geben, die ihm besonders liegen.

In unserer Klinik werden zwei prinzipiell unterschiedliche Methoden der Gruppenpsychotherapie angewendet:

1. Gruppenpsychotherapie mit diagnostisch heterogenen Spitalabteilungen (Großgruppen)

## 2. Gruppenpsychotherapie mit diagnostisch einheitlichen Kleingruppen.

Wir werden im Folgenden auf die speziellen Merkmale und das Vorgehen bei beiden gruppenpsychotherapeutischen Verfahren einzugehen haben.

### *Gruppenpsychotherapie mit diagnostisch heterogenen Spitalabteilungen (Großgruppen)*

Da es in einem psychiatrischen Spital im Hinblick auf eine möglichst umfassende Behandlung wesentlich ist, eine therapeutisch aktive Atmosphäre zu schaffen, ist es angezeigt, die Abteilungen als gesamte gruppentherapeutisch zu erfassen. Während die einzelnen mittels somatischer Behandlungsmethoden oder individuell psychotherapeutisch angegangen werden, führt die Gruppenpsychotherapie mit den Patienten einer Spitalabteilung zu einer Eingliederung der individuellen Behandlungsmethoden in einen die Gesamtheit und die einzelnen erfassenden psychotherapeutischen Plan. Bei aller Wahrung individueller Aspekte bildet sich durch die gruppenzentrierte Erfassung der Patienten einer Station ein einigendes Band, das die verschiedenen Patienten aus isolierenden Sonderstellungen heraushebt. Die einzelnen fühlen sich so den Mitpatienten gegenüber, die eine andersartige Therapie erfahren, weniger benachteiligt und haben es leichter, die bei andern parallel laufenden individuellen Behandlungsverfahren zu ertragen. Die mit einer gesamten Spitalabteilung durchgeführte Gruppenbehandlung hat eine psychotherapeutisch aktive Atmosphäre im Gefolge, in der sich die Patienten mit ihrer Konflikthaftigkeit angenommen fühlen und von therapeutischer Zuversicht erfaßt werden können.

Obschon Johnson (1963) die gruppenmäßige Erfassung einer gesamten Spitalabteilung nicht als »Gruppentherapie«, sondern als »Gruppenaktivität« bezeichnet, möchten wir meinen, daß die Größe des Kollektivs nicht über dessen therapeutische Wirksamkeit entscheidet. Zwar wird es in der Regel leichter sein, mit einer kleinen Gruppe psychotherapeutisch zu arbeiten. Doch zeichnen sich einmal vorder-, einmal hintergründig in jedem therapeutischen Kollektiv, welchen Umfanges es auch sei, die gleichen Gruppengesetzmäßigkeiten ab. Wir haben demnach keine Veranlassung, diese Behandlungsmethode nicht als Gruppentherapie zu bezeichnen. Auch die von manchen Autoren vollzogene Unterscheidung zwischen Gruppenpsychotherapie und Gruppentherapie halten wir für frag-



würdig, da doch wohl nicht nur die analytischen, sondern auch die direktiven Methoden psychotherapeutische Verfahren darstellen.

Bevor wir auf Charakteristika der Behandlung in und mit Großgruppen eingehen, sei kurz auf die von uns verwendete Technik hingewiesen. Wir führen diese Art der Gruppentherapie mit einer Frauenaufnahmeabteilung und einer gemischtgeschlechtlichen Privatabteilung von je 20—25 Patienten durch, unter denen sich die verschiedensten psychiatrischen Diagnosen vorfinden. Die Sitzungen, die allwöchentlich abgehalten werden, dauern 1—1 1/2 Stunden. Entsprechend dem Patienten-Zu- und-Abgang auf den Abteilungen sind es naturgemäß sogenannte offene Gruppen, aus denen Patienten austreten und in die immer wieder Kranke aufgenommen werden.

Anfänglich gingen wir so vor, daß wir zu Beginn der Sitzungen eine Kurzlegende, meist ein Märchen von einigen Minuten Dauer, vorlasen. Dabei wurde darauf geachtet, daß das Vorgelesene ein Problem behandelte, welches einen oder mehrere Patienten in besonderer Weise betraf. Die Patienten wurden angeleitet, nicht so sehr über das Vorgelesene als über das, was durch die Kurzgeschichte in ihnen mobilisiert wurde, zu diskutieren. Äußerungen der Beteiligten wurden dadurch erleichtert, daß nicht sie mit Sprechen beginnen mußten, sondern die Legende stellvertretend für sie einsprang. Wir wendeten also bei diesen Gruppen ein ähnliches Prinzip wie Moreno (1959) in seinem Psychodrama an, wenn er therapeutische Hilfskräfte (»auxiliary ego«) einsetzt, um die Problematik bei den Patienten zu aktivieren und sie zum Sprechen zu bewegen. — Das Vorlesen der Kurzlegende regte zwar die Beteiligten an, doch ließ es sich nicht vermeiden, daß die Gruppenmitglieder, zum Teil weil diese Methode den therapeutischen Zweck der Sitzungen verschleierte, zum Teil aber weil die Beteiligten gegen ein tieferes und gründlicheres Angehen ihrer Konflikthaftigkeit Widerstände hegten, am vordergründigen Inhalt der Legende hängenblieben. Für den Therapeuten bestand die Gefahr, daß er auf hochgeistige Diskussionen, welche jedoch die hinter den individuellen Konflikten stehenden Emotionen weitgehend unberücksichtigt ließen, einging. Das Vorlesen der Legende behinderte also gelegentlich ein tiefgründigeres Gruppenerleben und das Gewinnen von neuen Einsichten. Wir gingen deshalb dazu über, die Patienten spontan sich äußern zu lassen; es wird ihnen nun lediglich bekanntgegeben, daß sie in diesem Rahmen alles anbringen können, was auch immer sie bewege. Des ferneren unterstreichen wir, daß es in diesem Kreise nicht darum gehe, vom Therapeuten Fragen beantwortet zu erhalten oder ihn eine Diskussion leiten zu lassen; es sei vielmehr der Sinn

dieser Sitzungen, daß sie, die Patienten, sich untereinander über ihre Probleme möglichst frei unterhielten und sich ihnen dabei neue Einsichten über gewisse innere Konflikte und Spannungen ergäben. Zu Beginn der Sitzungen muß immer wieder darauf aufmerksam gemacht werden, daß jeder einzelne in diesem Kreise auf möglichste Geheimhaltung zählen können sollte.

Da diese Gruppen, wie erwähnt, offene sind, ergeben sich naturgemäß gewisse Schwierigkeiten. Die Patienten müssen stets von neuem auf die erwähnten Prinzipien der Gruppenbehandlung aufmerksam gemacht werden. Dennoch wird man nicht darauf zählen dürfen, daß sie eingehalten werden. Es ist ja gerade charakteristisch für die Haltung des einzelnen, wie er sich diesen Regeln gegenüber verhält, ob er z. B. Widerstand dagegen äußert oder sie widerspruchslos annimmt. Dabei ist es wichtig, daß die zum Vorschein kommenden Haltungen von den Beteiligten diskutiert und immer wieder in Frage gestellt werden.

Selbstverständlich kommt es auch in diesen Großgruppen zu den multiplen und multidimensionalen Übertragungsbeziehungen (Mullan und Rosenbaum [1962], Slavson [1951], Stokvis [1960] u. a.) und komplexen Widerstandshaltungen, die die Gruppendynamik auszeichnen, und es ist am Therapeuten, diese Vorgänge zu erkennen und zu versuchen, den Patienten hierfür die Sinne zu schärfen. So haben die Beteiligten anfänglich meist die Tendenz, vom Therapeuten die Lösung aller ihrer Fragen zu erwarten und selber in einer infantil-passiven Rolle zu verharren. Sie sehen im ärztlichen Gruppenleiter gerne eine Instanz, die mit ihrem Wirken und ihren Worten das Leiden magisch beheben könnte. Es ist jenes Gefühl, das die Patienten ursprünglich, in ihrer frühen Kindheit, für ihre Eltern übrig hatten, das in einem solchen Gruppenverbande wieder auflebt und bei den Patienten regressive Tendenzen provoziert. Den Patienten wird sich mit Hilfe des Therapeuten nach und nach der wahre Hintergrund ihrer Haltung in der Gruppe offenbaren, und sie werden es künftig leichter haben, eine unabhängigere, selbständigere Position einzunehmen. Auch macht sich in diesen Gruppen oft sehr rasch eine Neigung zur gegenseitigen Identifikation (Slavson [1948, 1964]: Identifizierungsübertragung) bemerkbar.

Äußert sich ein Beteiligter über sein Zufriedensein mit den Ärzten und dem Spital als ganzem, wirkt sich dieser Umstand infolge gegenseitiger Identifikationstendenzen meist recht günstig, im Sinne einer Vertrauensförderung, auf die Gesamtabteilung aus. Selbstverständlich werden sich die Beteiligten aber etwa auch gerne mit einem Kranken identifizieren, der sich gegen die therapeutischen Maßnahmen, die Ärzte und

das Pflegepersonal auflehnt. Es können sich diese Identifikationstendenzen dementsprechend nicht nur therapeutisch sinnvoll, sondern auch negativ auswirken. Besonders bei mangelnder Erfahrung eines Therapeuten besteht die Gefahr, daß Patienten mit querulatorischen Neigungen ein Forum finden, wie sie es sonst kaum je erwarten könnten, und eine ganze Abteilung in eine negative Haltung gegenüber Therapeut und gesamter Institution hineinmanipulieren können.

In diesen Gruppen beleben sich auch jene Gefühle wieder, die die Beteiligten gegenüber ihren Eltern, ihren Geschwistern oder ihren Klassenkameraden hegen. Dem Therapeuten wird es bald, den Betroffenen aber nur nach einer tiefgehenden Auseinandersetzung mit ihren Haltungen und Verhaltensweisen in der Gruppe möglich sein, den Ursprung ihrer Tendenzen zu erkennen.

Eine 23jährige, ledige, infantile Neurotikerin, die sich unter ihrer dominierenden Mutter nicht entfalten konnte und deren Vater sich kaum um die Kindererziehung gekümmert hatte, erklärte plötzlich, der Therapeut sei gleich wie ihre Mutter; er hatte die Patientin vorher im individuellen Gespräch darauf hingewiesen, daß die Mutter wohl nicht mehr geändert werden könne und sie deshalb ihre eigene Haltung wandeln müsse. Als sie von den anderen darauf aufmerksam gemacht worden war, daß ihre Vorstellung von der Ähnlichkeit der Mutter mit dem Therapeuten absurd und wohl ein Trugschluß aus dem früheren Erleben heraus darstelle, begann sie den Übertragungscharakter ihrer Gefühle dem Arzte gegenüber zu erkennen und zudem einzusehen, daß sie selbst ihr Leben in die Hand nehmen muß und nicht darauf verharren darf, die Mutter anzuklagen und doch von ihr abhängig zu bleiben wie seit eh und je. Vielleicht war es charakteristisch für die Identifikationstendenzen in der Gruppe, daß eine weitere, 32jährige, geschiedene und auch noch recht infantile Neurotikerin, die ebenfalls unter einer tyrannischen Mutter und einem an der Erziehung wenig beteiligten Vater aufwuchs, nun davon sprach, daß auch sie den Arzt wie ein Abbild ihrer überstrengen Mutter empfinde. Ihr aktuelles Erleben war zweifellos durch das Aufsteigen des Erinnerungsbildes an ihre als hart und böse erlebte Mutter eingeschränkt. Indessen war es für sie wertvoll, sich im Kreise einer therapeutischen Gruppe, in der Übertragung, mit ihrem Mutterbild auseinandersetzen und sich davon, wenigstens bis zu einem gewissen Grade, distanzieren zu können.

Die Gruppenpsychotherapie, sogar wenn sie mit einer größeren Zahl von Patienten erfolgt, bringt nicht nur rascher solche in der Vergangenheit begründeten Gefühle hervor, sondern führt oft auch schneller als die individuelle Behandlung dazu, daß abartiges Verhalten als solches erkannt wird. Die Kritik einer Gruppe von Patienten ist meist bedeutend schärfer als diejenige eines Individualtherapeuten. Diese Tatsache birgt einerseits den Vorteil, daß die Patienten dadurch auf ihr Fehlverhalten aufmerksam werden. Doch können sie es gelegentlich als trauma-

tisierend empfinden, wenn sie mit sehr harten Worten angesprochen werden.

In diesen Gruppen beginnen sich demnach bald vielfältige und vielschichtige Beziehungen und wechselseitige Einwirkungen abzuzeichnen. Auch Patienten, die nicht aktiv, sondern nur als stumme Zuhörer mitwirken, werden in den Bann des Gruppengeschehens gezogen und können an den Sorgen und Nöten der anderen Gruppenmitglieder partizipieren. Dabei erleichtert es sie oft, ähnliche Probleme bei anderen Patienten zu erkennen. Die einzelnen werden in diesen Gruppen in ein Netz von Interaktionen miteinbezogen, und sie sind damit von der Isolierung und Vereinsamung, die das psychische Kranksein mit sich führt, wenigstens während der Sitzungen befreit. Auch der Umstand, daß die Gruppenpsychotherapie mit der Gesamtheit der Abteilung deren Zusammenhalt fördert, führt die Beteiligten aus ihrem Sonderdasein heraus und zur Gesellschaft hin. Besonders bei Melancholikern oder Involutionstypen, die sich infolge ihres Leidens aus dem Leben herausgestellt fühlen und an Schuld-, Verarmungs- oder Krankheitsideen leiden, macht sich bei Teilnahme an solchen Großgruppen oft zwar keine wesentliche Aufhellung ihrer Stimmung bemerkbar, doch erleben sie die Anteilnahme der übrigen Beteiligten meist als wohltuend und entlastend. Obschon sie vielleicht ihre Erleichterung nicht zum verbalen Ausdruck bringen können, ist ihnen doch anzumerken, daß sie das Mittragen ihrer Schwermut durch die anderen als eine wesentliche Linderung ihres Leidens erfahren.

Die Großgruppen mit ihren vielen wechselseitigen Einwirkungen der Beteiligten beinhalten eine »Realitätsintensität«, die einem affektiven Versanden vorbeugt. Es war wohl bei den Schizophrenen früher nicht nur die Progredienz des Leidens an sich, die häufig zu einem Defekt führte, sondern auch die von der Realität losgelöste, an Ereignissen arme, torpide Spitalatmosphäre. Die therapeutische Gruppe bewirkt, daß das kranke Individuum nicht auf sich selbst zurücksinkt, sondern Kommunikation pflegt. Es wird so der einzelne auf die mitmenschliche Umwelt hingewiesen und dem Entstehen eines affektiven Defektes vorgebeugt.

Da die Gruppenmitglieder auf die mitmenschlichen Bezüge aufmerksam werden und an den Mitkranken Interesse gewinnen, entsteht auf den Abteilungen ein Zusammenhalt, der sonst kaum je eintritt. Die Kohäsion der Patienten ermöglicht es, die Stationen offenzuhalten. Es kommt viel weniger als früher zu Entweichungen von Psychotikern oder anderen Kranken aus der Klinik. Die Gruppenrealität übt auf sie sicht-

lich eine Faszination aus, und sie fühlen sich dementsprechend durch sie dermaßen angezogen oder in ihr so geborgen, daß sie einen Austritt aus dem Gruppenverband häufig kaum ertragen und sich einsam fühlen.

Gelegentlich erkennen wir, daß es bei den Patienten aber nicht nur um die Gruppe an sich geht. Versetzen wir beispielsweise Kranke einer Station, mit der wir als gesamte gruppenpsychotherapeutisch arbeiten, in eine andere, moderner eingerichtete Abteilung, und geben wir ihnen die Erlaubnis, weiterhin an den Gruppensitzungen teilzunehmen, fühlen sie sich gleichwohl aus dem Kollektiv ausgeschlossen. Besonders Involutionsdepressive, die es ohnehin schon schwer haben, sich an neue Situationen anzupassen (Kielholz [1958]), können sich dann etwa dermaßen aus der Gemeinschaft ausgeschlossen fühlen, daß sie suizidal werden. Diese Tatsache weist auf die enge Zusammengehörigkeit von Gruppe und Raum hin. Die in der Gruppentherapie mit ganzen Abteilungen, aber auch mit Kleinkollektiven auftretende Verbundenheit der Mitglieder mit dem Raum und dem Haus, in dem die Sitzungen jeweils stattfinden, stellt im Grunde genommen nichts anderes dar als jene von Lévy-Bruhl (1927) als typisch für die Angehörigen der Primitivkulturen bezeichnete »participation mystique«. Wie bei den Primitiven der Boden, auf dem sie leben, nicht nur ihnen gehört, sondern ein Teil ihrer selbst ist, bildet der Raum, in dem die Kollektivsitzungen stattfinden, einen Teil des Kollektivs selbst. Schon in der psychotherapeutischen Großgruppe zeigt sich demnach, daß nicht alle Reaktionen, Verhaltensweisen und Haltungen der Beteiligten der momentanen Situation, der Lebensgeschichte oder dem entsprechenden Kulturkreis entspringen, sondern auch aus einem der gesamten Menschheit eigenen Erbgut an urtümlichen Verhaltens- und Haltungsmustern hervorgehen, also, wie Jung (1936) sagt, »Niederschläge des Ahnenlebens« sind.

Bei der gruppentherapeutischen Nutzung der Spitalabteilung erkennen wir, welche Positionen ein Patient im Kollektiv einnimmt. Es wird auch ohne spezielle soziometrische Tests bald ersichtlich, wie viele affektive Anziehungen bzw. Abstoßungen die verschiedenen Mitwirkenden auf sich vereinigen. Es ist dementsprechend ziemlich bald die Hierarchie einer Gruppe zu erkennen. In einer gut zusammengesetzten Behandlungsgruppe erfährt allerdings die Gruppenstruktur immer wieder Modifikationen. Im großen und ganzen können wir der Einteilung von R. Schindler (1961) in Alpha- bis Omegapositionen beipflichten, doch werden damit zuwenig die Dynamik einer Gruppe und die Tatsache, daß die hierarchische Stellung des einzelnen meist nicht fixiert ist, berücksichtigt. Wenn jedoch ein Patient in einer Position verharret, so läuft

zumindest er Gefahr, in einer bestimmten Haltung zu verharren und damit geringere Chancen zu haben, therapeutisch wirksame Einsichten zu entwickeln und Wandlungen zu erfahren. Gelegentlich kann aber auch der Gruppe Gefahr drohen: Bei Beteiligung von geltungsstrebenden und querulatorischen Individuen an einem solchen Kollektiv kann es dazu kommen, daß sie für sich das Monopol (Guggenbühl-Craig [1956], Slavson [1951]) beanspruchen. Sie kommen auf diese Weise, besonders bei mangelnder Erfahrung des Therapeuten, der solches Verhalten durch seine Unsicherheit noch unterstützt, in eine Führungsposition hinein, aus der sie kaum mehr wegzubringen sind, es sei denn, man schließe sie aus der Gruppe aus. Dem Kollektiv droht, gänzlich in den Bann dieses einen Monopolisten gezogen zu werden und nur noch das auszuführen, was er von ihm fordert. Nicht mehr die Bedürfnisse des einzelnen sind dann entscheidend, sondern nur noch die Ansprüche des einzigen, die Führung beanspruchenden Mitglieds. Damit droht der Gruppe Gefahr, aus einem wohl strukturierten und nach individuellen Bedürfnissen differenzierten, affektiv und intellektuell verbundenen Kreise zu einem lediglich gefühls- und triebmäßig aneinander geketteten, unstrukturierten Kollektiv, einer »Masse im Kleinen« zu werden (Battgay [1963]). Wir sahen in unserer Klinik schon wiederholt, daß sich, besonders wenn der Therapeut noch wenig Erfahrung hatte, eine Entartung der Gruppe in eine Masse ergab. Die Entdifferenzierung des Gruppenverbandes zur Masse brachte den Patienten nicht nur keinen therapeutischen Gewinn, sondern schadete ihnen in der Regel auch, weil ihr Massengebaren, in dem sie nur noch blind ausführten, was der Monopolist von ihnen begehrte, oder in der Verwirrung sich vollkommen desintegriert verhielten, neue Schuldgefühle in ihnen weckte.

Solche Vorgänge können naturgemäß auch auf Abteilungen ablaufen, mit welchen nicht gruppenpsychotherapeutisch gearbeitet wird. Es sollten daher die Patienten in einem Pavillon nicht wahllos gemischt werden, da sich ohne Kontrolle durch einen sozial erfahrenen Arzt solche »Massenbildungen« manifestieren können. Indessen kommt es in den psychiatrischen Kliniken, in denen leider oft noch recht wenig die sozialen Prozesse beobachtet werden, nur äußerst selten zu derartigen Entdifferenzierungen zum Massenverhalten. Es dürfte kein Zufall sein, daß ein solcher Vorgang erst auftrat, nachdem auf einer Station seit mindestens einem Jahr Gruppenpsychotherapie mit der Gesamtheit getrieben wurde. Die Gruppenorganisation kann einem Patienten, der die Führerposition für sich beansprucht, ein Forum für seine Pläne vermitteln, das er sonst nicht gehabt hätte. Allerdings steht ihm dieses Forum nur dann unum-



schränkt offen, wenn der Therapeut die Lage nicht erfaßt und ihm sogar die Wege ebnet.

Wenn wir uns nun den Gesamteindruck vergegenwärtigen, den eine Abteilung vermittelt, mit der als gesamter gruppenpsychotherapeutisch gearbeitet wird, ist festzustellen, daß die Patienten mittels dieser Methode viel intensiver erfaßt und behandelt werden können als ohne diese (zusätzliche) Behandlungsmethode. In der Gruppe haben sie auch das Gefühl, viel mehr für sich und die anderen verantwortlich zu sein, so daß sie die Therapie nicht passiv an sich geschehen lassen, sondern sich mehr oder weniger aktiv an der Behandlung beteiligen.

### *Gruppenpsychotherapie mit diagnostisch einheitlicheren Kleingruppen*

In einer Gemeinschaft mit Patienten, die an einer ähnlich bedingten und strukturierten psychischen Krankheit leiden, wird es den Betroffenen oft möglich, von den verschiedenen Gruppenmitgliedern vorgebrachte Aspekte zu integrieren, deren Probleme mutatis mutandis als ihre eigenen zu erkennen und zu neuen Stellungnahmen zu den sie bewegenden Lebensfragen zu gelangen. Es ist daher naheliegend, Patienten mit mehr oder weniger übereinstimmenden Diagnosen in kleineren therapeutischen Gruppen zusammenzufassen, um ihnen Gelegenheit zu geben, zum Bestehen und zur Erhellung der sie gleichermaßen betreffenden Schwierigkeiten und psychischen Konflikte gegenseitige Unterstützung und Hilfe zu finden.

Kleine Gruppen mit durchschnittlich 6—9 Mitwirkenden sind vom Therapeuten naturgemäß besser zu überblicken als die erwähnten Großkollektive. Auch sind die einzelnen leichter in das therapeutische Geschehen miteinzubeziehen als in größeren Behandlungsgruppen, in denen immer einige Teilnehmer Gelegenheit haben, sich in eine passiv-schweigende Rolle zurückzuziehen. In einer kleinen Gruppe sind die Beteiligten viel mehr und konstanter im Rampenlicht des Gruppengeschehens als in größeren Verbänden, und sie werden es daher schwerer haben, sich aus der Gruppenaktivität herauszuhalten. Haben sie zugesagt, an einem solchen therapeutischen Kreise mitzuwirken, so fühlen sie sich in der Regel auch mehr oder weniger verpflichtet, etwas zum Gelingen ihrer und der übrigen Behandlung beizutragen. Es kommt den einzelnen bedeutend mehr Verantwortung für sich selbst und die anderen zu als in den Großgruppen. Noch mehr als in den größeren Kollektiven zeigt sich

hier, daß die Patienten durch die gruppenpsychotherapeutische Arbeit dazu gebracht werden können, eine aktive Rolle bei ihrer Behandlung zu übernehmen (Battégay [1961]).

Die Emotionen der einen heben bei den anderen Beteiligten der Gruppe ähnliche Gefühle aus der Latenz hervor. Es kommt zu einer Mobilisierung und Potenzierung der Affekte. Wir haben deshalb von einer »Verstärkerwirkung« der (therapeutischen) Gruppe gesprochen (Battégay [1961]). Dementsprechend können längst hintangehaltene Affekte, die sonst inapparent oder undeutlich geblieben wären, manifest in Erscheinung treten. In der Gruppenpsychotherapie kommt es somit häufig rascher zum Aufdecken von vorher unbewußten Gefühlskonflikten. Doch ist es in einer Gruppe selbstverständlich kaum je so intensiv und gründlich wie im Zweierverhältnis der klassischen Psychotherapie möglich, die aufgetauchten Probleme zu verarbeiten. Zwar werden in einem solchen Kreise durch die verschiedenen Beteiligten mehr Einfälle vorgebracht als in der Einzeltherapie durch Patient und Analytiker, doch werden die Bemerkungen der Gruppenkameraden wohl kaum je so begründet dargelegt wie diejenigen eines erfahrenen Therapeuten. Zudem reicht die Zeit kaum aus, alle in einer Gruppe aufkommenden Assoziationen eingehend und gründlich zu erörtern. Wir möchten demnach sagen, daß zwar die Gruppenpsychotherapie ebenso oder gar noch rascher tiefgründige Konflikte ans Tageslicht bringen kann. Doch erfolgt die Auseinandersetzung damit kaum je so gründlich wie in der klassischen psychoanalytischen Zweiersituation.

Meist viel rascher als in den Großgruppen werden in den Kleinkollektiven Übertragungsgefühle deutlich. So erleben wir es beispielsweise nicht selten, daß Kranke eine Mitpatientin als Schwester, den Therapeuten als Vater und die ganze Gruppe als Familie erfahren und sich diesen Personen gegenüber entsprechend verhalten. Parallel dazu treten etwa zur selben Zeit zwischen anderen Gruppenbeteiligten gleich- oder andersartige Gefühlsregungen auf.

Auch Widerstände gegenüber analytischem Angehen sind in den Kleingruppen oft rascher ersichtlich als in den Großkollektiven. Vielleicht daß es in den größeren Gruppenformationen auch bald zu Widerständen kommt, doch sind sie, bei der größeren Anzahl der Zugehörigen, häufig larviert. In der Kleingruppe fallen die Widerstandshaltungen der einzelnen oder gar der Gesamtgruppe gegenüber dem Therapeuten bzw. der Therapie naturgemäß stärker ins Gewicht; sie werden rascher bemerkt, und sowohl der ärztliche Gruppenleiter als auch die Patienten müssen sich damit auseinandersetzen. Dabei können auch hier multiple



Widerstände von einem Beteiligten gegenüber den anderen und/oder dem Gesamt auftreten, wie auch parallel dazu von anderen Zugehörigen ähnliche oder unterschiedliche Widerstände gegenüber anderen Gruppen-Mitgliedern vorkommen.

In den Kleingruppen sind die Interaktionen zwischen den verschiedenen Zugehörigen wie auch zwischen den einzelnen und der Gesamtheit oft tiefer und intensiver als in den Großkollektiven. Es ist mitzuberücksichtigen, daß in den größeren Gruppen ohnehin meist nur einige Patienten aktiv mitwirken, während die übrigen passive Teilnehmer sind, die sich mehr oder weniger aus dem Gruppenprozeß heraushalten.

Werden die Patienten mit anderen Kranken, die an ähnlichem leiden, in einer therapeutischen Kleingruppe zusammengeschlossen, wird ihnen ein Rahmen vermittelt, der sie aus isolierender Einsamkeit und ängstiger Sonderstellung herausnimmt. Sie haben damit oft eher den Mut, gegen ihr Leiden anzukämpfen und mit dem Arzt bei dessen Überwindung mitzuarbeiten. Auch gestattet der Gruppenzusammenhalt diesen in der Regel sehr empfindsamen und verletzlichen Kranken, eine gewisse Distanz und Unabhängigkeit von der Umwelt zu erlangen. Sie sind so vor ungünstigen Milieueinwirkungen eher geschützt, als wenn sie auf sich allein abgestellt wären.

Um eine einigermaßen konkrete Vorstellung von dieser Art der Gruppenpsychotherapie zu vermitteln, werden wir kurz auf unsere Erfahrungen mit unseren verschiedenen Behandlungsgruppen eingehen.

Schon allein die beträchtliche Zahl der Aufnahmen von *Alkoholkranken* in unsere Klinik bestimmt uns, sie nicht nur individuell zu behandeln, sondern sie auch in therapeutischen Gruppen zusammenzufassen. Auch sind diese Patienten von vorneherein dazu geeignet, in Behandlungsgruppen eingereiht zu werden. Sie suchen schon spontan recht häufig eine Gruppe von »Kollegen« auf, um mit ihnen gemeinsam am Stammtisch Alkohol zu trinken. Es besteht bei den Alkoholikern ein starkes Gruppenbedürfnis. Entweder gibt der Gruppenverband dem Alkoholkranken etwas von jener Geborgenheit zurück, die er in der Kindheit durch eine verwöhnende Mutter im Übermaß genossen hatte, oder aber die Gruppengemeinschaft vermittelt diesen Kranken, falls sie in ihrer Kindheit durch die Mutter frustriert wurden und durch den Vater zu wenig Sicherheit erhielten, erstmalig jenes wohlthuende Gefühl der Gemeinschaft, das sie bisher immer vermißten. In einer früheren Arbeit sprachen wir deshalb davon, daß diese Patienten in der Gruppe ein »affektives Forum«, um das sie sich scharen, finden.

Wir gehen nun so vor, daß wir die alkoholkranken Patienten, die in

unserer Klinik (Battagay [1958]) behandelt werden, einladen, in unsere Gruppe zu kommen (Innengruppe). Dabei stellen wir ihnen alkoholfreie Getränke und Stumpfen (eine in der Schweiz viel gerauchte und volkstümliche Art billiger Zigarren) hin, um ihnen als Ersatz für den verbotenen Alkohol wenigstens etwas zur Befriedigung ihrer meist gesteigerten oralen Bedürfnisse zu geben und dadurch bei ihnen auch jene Assoziationen von Gemütlichkeit zu erwecken, die mit der Wirtshausatmosphäre verbunden waren.

Die spitalentlassenen Alkoholkranken sammeln wir ebenfalls in einer Gruppe (Außengruppe), um ihnen einen affektiv ansprechenden Rahmen zu vermitteln, in dem sie sich wohl fühlen können, ohne dem Alkohol erneut ausgeliefert zu sein. Die Sitzungen der Spitalentlassenen halten wir in einem alkoholfreien Restaurant der Stadt ab.

Während die Klinikgruppe allwöchentlich für eine Stunde zusammenkommt, sitzen die Spitalentlassenen oft länger, bis zu zwei Stunden, zusammen. Die Patienten der Außengruppe stehen zudem mehrheitlich unter Antabus/Disulfiram. Die Klinikgruppe wird von einem Arzt, zusammen mit einem speziell für die Betreuung der Alkoholkranken eingesetzten Fürsorger geleitet, die Außengruppe ist demgegenüber ausschließlich Fürsorgern anvertraut. Beide Gruppen werden als offene geführt, das heißt, es treten immer wieder neue Patienten ein bzw. alte aus.

Die Alkoholkranken haben, da sie sich ohnehin meist stark nach einer teilnehmenden Gruppe sehnen, in der Regel keine Mühe, sich in eine solche Gemeinschaft einzufügen. Es machen sich bei ihnen denn auch bald Identifikationstendenzen bemerkbar. Beteuert zum Beispiel einer der Beteiligten, daß die Trinkursachen bei seiner Frau bzw. in deren Unverständnis ihm gegenüber zu suchen seien, berichten auch schon die anderen, wie ungerecht ihre Gattinnen ihnen zu Hause begegneten, und zwar oft sogar, wenn sie ein recht gutes und inniges Verhältnis zu ihren Ehefrauen haben. Dabei besteht die Gefahr, daß sich diese Patienten mit der Beschuldigung ihrer Ehefrauen oder der sonstigen Angehörigen und ihrer mitmenschlichen Umgebung zufriedengeben und sich nicht um eine Abklärung ihrer eigenen Probleme bemühen. Sosehr also dem Alkoholkranken die Identifikationstendenzen das Ankämpfen gegen den Alkoholismus erleichtern, da es auf diese Weise in Gemeinschaft mit anderen geschehen kann, so sehr beinhalten sie auch gewisse Nachteile, nämlich die Gefahr, bestärkt zu werden in ihrer Tendenz, die Verantwortung für sich und ihr Trinken auf andere abschieben zu können (Mullan und Sangiuliano [1961]). Es ist deshalb sehr wohl verständlich, daß diese Kranken im Rahmen solcher Gruppen auch schwerste und vielfältigste Res-

sentiments gegen ihre gesamte Umwelt vorbringen. Zwar ist es einerseits wesentlich, daß diese sich in der Außenwelt häufig frustriert fühlenden Menschen — sie können sich in der äußeren Realität oft nicht genügend durchsetzen — einmal Gelegenheit haben, in einem verständnisvollen Rahmen angehört, angenommen zu werden und sich ihrer feindseligen Gefühle zu entledigen. Doch ist es andererseits nicht minder notwendig, daß sie ihre Projektionstendenzen als solche erkennen lernen.

Zwischen den Mitgliedern dieser Gruppen gehen häufig Gefühlsbeziehungen vor sich, die ihren Ursprung in frühkindlichem Erleben haben. Ein älterer Alkoholkranker spricht beispielsweise einen jungen Teilnehmer dieser Gruppe auf eine Weise an, als ob er sein Sohn wäre. Probleme und Konflikte, die die Patienten im Umgang mit ihren Angehörigen oder ihrer übrigen Umwelt beschäftigen, können so zum Vorschein kommen. Die Patienten werden in diesem Kreise erlernen, ihre ans Tageslicht tretenden Gefühle zu erkennen und sich damit auseinanderzusetzen. Mit Hilfe der manifest werdenden Übertragungsgefühle haben sie es leichter, mit den Belastungen der Vergangenheit fertig zu werden.

Auch Schuldgefühle, die die Alkoholiker belasten und nicht etwa zur Heilung, sondern oft zu neuem Unheil, zu erneutem Trinken führen, kommen, zwar meist erst nach Widerständen, in den Gruppensitzungen häufig zum Vorschein. Nehmen die Betroffenen wahr, daß sie die Gruppe, inklusive der Therapeut, doch nicht verurteilt, sondern weiter zu ihnen steht, wird das bei den Alkoholikern oft vorhandene Mißtrauen abgebaut.

Mit der Gruppentherapie geben wir den Alkoholkranken die Möglichkeit, in einem sie sichernden Rahmen, zusammen mit gleichermaßen Betroffenen, gegen den Alkoholismus anzukämpfen. Sie stützen sich so gegenseitig, fühlen sich stärker und unterliegen weniger neuen Trinkversuchen. Besonders die Außengruppe von ehemaligen Alkoholikern leistet in dieser Hinsicht wertvolle Dienste. Die Kranken finden in einem solchen Kreise oft jenen Halt, der sie vor neuen Rezidiven zu schützen vermag. Ein Abstinenzversprechen, das vor einer Gruppe von Patienten, die sich alle um das Fernbleiben vom Alkohol bemühen, gegeben wird, kann oft eher eingehalten werden, als wenn es vor einem einzigen Therapeuten abgelegt wird. Der größere Umfang eines solchen Kreises führt zu einem erhöhten Verantwortungsgefühl der Betreffenden, und sie werden sich häufig besser alkoholabstinent halten können als ohne diese zusätzliche Behandlungsmethode. Außerdem ist es den Fürsorgern mit Hilfe der Außengruppe möglich, unauffälliger als bei individuellem Kontakt die Beziehungen mit ihren Schutzbefohlenen weiterzupflegen.

Selbstverständlich ist unsere Zusammenarbeit mit den Alcoholics Anonymous rege. Diese Gruppe setzt sich mehrheitlich aus ehemaligen Klinikpatienten zusammen, die einmal an der Innengruppe teilgenommen hatten. Aus diesem Grunde, aber schon allein weil die Arbeit der Alcoholics Anonymous hauptsächlich in einer Gruppe vor sich geht, beruhen ihre Erfolge auf ähnlichen Prinzipien wie jene der Gruppenpsychotherapie. Das vor der Gruppe der Anonymen Alkoholiker gegebene Wort ist im subjektiven Erleben dieser Patienten verpflichtend, und die Beteiligten haben es daher leichter, als wenn sie auf sich allein abgestellt wären, dem Alkohol zu entsagen.

Seit einigen Jahren kommen in unserer Klinik zunehmend Vertreter der in unserem Lande zahlreich vorkommenden *Mißbraucher von »leichten« Analgetika* (meist Kombinationen von Phenazetin mit Coffein und einem Hypnotikum, die häufig gegen ätiologisch verschiedenartigste Kopfschmerzen eingenommen werden) und *Hypnotika* (oft rezeptfrei erhältliche barbitursäurefreie Präparate) zur Aufnahme (Kielholz [1964]).

Da diese Patienten häufig in mehr oder weniger starkem Ausmaß beziehungsgeört sind, gibt die Behandlungsgruppe ihnen vor allem Gelegenheit, in Kommunikation mit Individuen zu treten, die ihnen schon infolge der ähnlichen Schwierigkeiten in den zwischenmenschlichen Beziehungen näherstehen als Menschen, die sich freier geben können.

Wir führen diese Gruppe von Toxikomanen ohne jegliches Hilfsmittel durch. Während wir sie zu Beginn unserer diesbezüglichen Erfahrungen, 1957, zweimal wöchentlich eine Stunde versammelten, gingen wir dazu über, sie nur noch jede zweite Woche für etwas mehr als eine Stunde zusammentreten zu lassen. Dadurch, daß dieser Kreis nun weniger häufig zusammenkommt, wurde es möglich, auch ausgetretene, ambulante Patienten mitwirken zu lassen. Der Umstand der Beteiligung von Spitalentlassenen wirkt sich in der Regel günstig auf die noch Hospitalisierten aus, weil sie von den Erfahrungen der anderen lernen können. Da es den Toxikomanen nicht leichtfiel, sich nach Klinikaustritt zu einer neuen Gruppe zu formieren, ist deren Miteinbeziehung in die Spitalgruppe auch aus diesem Grunde indiziert. Dieses Kollektiv wird von zwei ärztlichen Gruppenleitern betreut. — Ein Mitarbeiter unserer Klinik, der diesen Kreis temporär leitete, führte jeweils mit Erfolg, alternierend mit den Gruppengesprächen, Sitzungen von »autogenem Training« (J. H. Schultz [1956]) durch. Diese Kombination, die natürlich eine solide Kenntnis dieser Entspannungsmethode voraussetzt, wirkte sich im Sinne einer Förderung der Mitteilungsbereitschaft der Beteiligten und einer affektiven Vertiefung des Gruppengeschehens aus.

Die Toxikomanengruppe wird möglichst geschlossen geführt, da diese Patienten in der Regel Mühe haben, sich an immer wieder neue Menschen und Situationen anzupassen. Wir nehmen höchstens etwa einmal einen neuen Patienten in die alte Gruppe hinein, nachdem sich die Beteiligten damit einverstanden erklärt haben.

Das Mißtrauen, das die Toxikomanen häufig der mitmenschlichen Umwelt entgegenbringen, zeigt sich oft auch in der psychotherapeutischen Gruppe.

Eine 39jährige, von jeher sehr verschlossene und kontaktarme Büroangestellte, die von ihrem schizoiden, infantilen Mann getrennt lebte, erwiderte Versuche der Mitpatientinnen, sie in das Gruppengeschehen miteinzubeziehen, nur mit Aggressionen. Sie bemerkte zum Beispiel, daß sie nicht wie die anderen über Banalitäten sprechen wolle, auch nichts preisgeben gedenke von ihren Problemen, obschon es die anderen offenbar dringlich ersehnten. Sie begann ostentativ eine Strickarbeit, wobei sie damit sichtlich die übrigen Gruppenbeteiligten zu irritieren beabsichtigte. Es kam in diesen Aggressionen gegen die Gruppenkameradinnen ihr ganzes Mißtrauen gegenüber den Mitmenschen heraus, das vielleicht am Ursprung ihrer Sucht steht und mit deren zunehmender Dauer noch ausgeprägter wurde. Als in der nächsten Stunde die Gruppenzugehörigen sich doch wieder bemühten, sie affektiv zu erreichen, wurde sie aber plötzlich zugänglicher, und sie fragte zum Teil ironisch, zum Teil aber doch recht ernst eine Mitpatientin, die erzählt hatte, daß sie zu Weihnachten eine Gans kochen wolle, ob sie sie dann auch dazu einladen werde.

Offenbar bedürfen die Toxikomanen, wie bereits Fort (1950) beschrieben hat, sogar im engen Rahmen einer therapeutischen Gruppe, der Aggressionen um die Mitbeteiligten zu erreichen bzw. von ihnen erreicht zu werden. Halten die anderen Gruppenmitglieder doch zu ihnen und lassen sie sich durch sie treffen, erfahren sie es als Beweis einer echten Zugehörigkeit. Kommt es bei den Toxikomanen einmal zu einer Gruppenerfahrung, fühlen sie sich dem betreffenden Kollektiv meist sehr verbunden. Es wird die Gruppe für sie zu einem Ort, an dem sie sich mehr oder weniger wohl fühlen und ihre Sorgen und Nöte, vielleicht erstmalig, mitteilen können. Während sie initial vielleicht nur mit dem Therapeuten einen affektiven oder intellektuellen Rapport unterhielten, werden später das gesamte Kollektiv und die einzelnen Beteiligten zu Partnern, mit denen sie sich auseinandersetzen und um eine Lösung ihrer zum Teil gemeinsamen Probleme bemühen. Allerdings besteht bei diesen Patienten die Gefahr, daß sie im Gruppengespräch das Anpacken ihrer Schwierigkeiten vermeiden und entweder über sehr banale oder aber über hochgeistige Themata zu sprechen versuchen. Es liegt am Therapeuten, die zugrundeliegenden tieferen Gefühlsanliegen zu erkennen und zur Diskussion zu stellen.

Wir haben schon angetönt, daß die Toxikomanen in ihrer Umwelt meist recht isoliert sind. Diese Tatsache geht schon daraus hervor, daß eigentlich noch alle an der Toxikomanengruppe Beteiligten zumindest gelegentlich über das Unverständnis des Ehepartners, der Eltern oder Kinder klagten. Die soziale Isolierung, die früher Anlaß zum Zuflucht-suchen beim Medikament darstellte, wird nun, indem sie die Identifikation zwischen den Beteiligten fördert, zum Movens für die Gruppenbildung. Die therapeutische Gruppe wird damit zum Ort, an dem die früher auf sich selbst Zurückgeworfenen mit gleichermaßen Vereinsamten in Kontakt treten; sie erleben so eine mitmenschliche Gemeinsamkeit, die es ihnen künftig erleichtern wird, auf eine medikamentös herbeigeführte, lustgewährende Selbstvergessenheit zu verzichten. Indem die therapeutische Gruppe die Toxikomanen sammelt und sie auch einander zuführt, trägt sie wesentlich dazu bei, ihnen den Rückweg in die Gesellschaft zu erleichtern.

Mittels der Einfälle der übrigen Beteiligten hilft die Gruppentherapie den Toxikomanen, eine raschere und umfassendere Einsicht in die Bedingungen und Gründe der Medikamentensucht zu erreichen. Während sie sonst oft erst mehrere Rezidive erleben müssen, um von der Notwendigkeit überzeugt zu sein, sich der Medikamente endgültig enthalten zu müssen, sehen wir demgegenüber bei gruppenmäßiger Erfassung der Toxikomanen meist rascher die Erkenntnis reifen, daß auf die Analgetika wirklich verzichtet werden muß. Patienten, die sich, bevor sie in die Toxikomanengruppe eingereiht wurden, nicht medikamentenfrei halten konnten, haben es nachher oft leichter, ein Rezidiv zu vermeiden.

Eine 1908 geborene Athloto-Pyknika, die in ihren ersten Lebensjahren größtenteils bei Pflegeeltern aufwuchs und dort der Gefühlswärme und liebenden Umsorgung entbehrte, heiratete 1944 einen aus erster Ehe geschiedenen, um drei Jahre jüngeren Mann. Die Ehe war zu Beginn harmonisch. 1960 lernte er eine viel jüngere Frau kennen, wovon die Patientin im April 1961 Kenntnis erhielt. Im September 1961 wurden die beiden Eheleute gerichtlich getrennt. Nachdem die Patientin von ihrem Gatten verlassen worden war, fühlte sich die seit ca. 1940 zunehmend schwerhörige und unter paroxysmalen Schwindelerscheinungen mit gelegentlichen Bewußtseinsverlusten (nach Elektroenzephalogramm: Temporallappenepilepsie) leidende Frau vereinsamt und isoliert. In ihrer Not griff sie seit der gerichtlichen Trennung zunehmend zum Hypnotikum Noludar (Methyprylon) und, nachdem ihr empfohlen worden war, vor dem Schlafengehen einen Schlummerbecher zu trinken, auch in steigendem Maße zu Alkohol. Sie verübte schließlich am 24. Oktober 1962 ein Tentamen suicidii mittels Schlafmittel. Die vom 24. Oktober bis 21. November 1962 absolvierte Entziehungskur in unserer Klinik zeitigte keinen wesentlichen Erfolg. Bereits Ende Januar 1963 begann sie wieder im Übermaß und stetig ansteigend, Noludar und Alkohol einzunehmen. Sie mußte deshalb ein zweites Mal, vom 5. 9. bis



12. 11. 1963, bei uns behandelt werden. Während ihres zweiten Klinik-aufenthaltes nahmen wir sie in die therapeutische Toxikomanengruppe. Es fiel auf, daß die Patientin ein ungestümes Mitteilungsbedürfnis entwickelte, sich aber auch sehr für die Sorgen der übrigen Beteiligten interessierte. Nachdem sie zu Beginn immer wieder darüber geklagt hatte, daß sie ihren Mann nicht vergessen könne und deshalb oft depressiv sei, wurde sie im Verlaufe eines Jahres, während dessen sie sich an der Gruppe dauernd mitbeteiligte, affektiv zusehends ausgeglichener und zuversichtlicher. Sie fing an, sich wieder für ihre Umwelt zu interessieren, kaufte sich einen Televisionsapparat und legte, wie zuvor, wieder viel Wert auf ihr Äußeres und gutes Essen. Auch nahm sie während dieser Zeit eine Halbtagsstelle an, in der sie selbständig arbeiten muß, und sie wird dort sehr geschätzt.

Die Gruppe ist dieser Frau offensichtlich zu einem, wenigstens teilweisen, Ersatz für die verlorengegangene Verbindung zum Ehemann, vielleicht aber auch für die fehlenden anderen Beziehungen geworden. Sie wies denn auch in manchen Gruppensitzungen darauf hin, wie sehr sie sich jedesmal auf die Gruppenzusammenkunft freue und wie sie die Atmosphäre der Gruppe als vertraut erlebe. Wesentlich zu dieser Affinität zur Gruppe dürfte allerdings beigetragen haben, daß sich besonders eine Patientin, durch die Gruppenausprachen dazu angeregt, auch außerhalb der Sitzungen sehr um sie annahm. Nun ist die Patientin schon über ein Jahr medikamentenfrei, und sie fühlt sich ihres wiedergefundenen Zuganges zum Leben wegen glücklich. Natürlich ist die Zeit für eine endgültige Beurteilung des Behandlungserfolges zu kurz. Doch haben wir den Eindruck, daß die Gruppentherapie der Kranken einen Halt vermitteln konnte, den die individuelle Behandlung ihr nicht zu geben vermochte.

Das therapeutische Kollektiv gibt den Toxikomanen Gelegenheit, sich bei neu aufkommenden Lebensschwierigkeiten mit den Gruppenkameraden auszusprechen und bei ihnen Trost, Halt oder Rat zu finden. Es besteht damit weniger die Gefahr, daß sich Unlustgefühle, die oft am Ursprung der Sucht stehen, erneut aufstauen. Die durch ungünstige äußere Einwirkungen in den Gruppenbeteiligten entstehenden Emotionen fließen in das Kollektiv ein und finden hier ein verständnisvolles Gehör, während die Toxikomanen zuvor alles zurückhielten und sich damit neue Ressentiments gegen die sich ihnen anscheinend versagende Umwelt einstellten. In der Gruppe haben diese Patienten, die häufig voller Mißtrauen gegenüber ihrer mitmenschlichen Umgebung sind, Gelegenheit, die ihnen Entgegenkommenden in ihrem Menschsein zu erleben und damit eine neue Erfahrung zu gewinnen. Während sie in den Mitmenschen oft nur Individuen gesehen hatten, die kein Verständnis für sie aufbrachten oder ihnen gar feindlich gesinnt waren, lernen sie nun in den ihnen in der Gruppe Begegnenden vielleicht erstmalig Menschen kennen, die ihnen offen und ohne Vorbehalt entgegenkommen. Die Toxikomanen, die in ihrer Kindheit zu wenig affektive Zuwendung erfahren durften (Kielholz u. Battegay [1964]) oder aber im Gegensatz



dazu zuviel umsorgt, umhegt und verwöhnt wurden (J. H. Schultz [1953]), sind im Rahmen der therapeutischen Gruppe oft kompensatorischen Einwirkungen durch die übrigen Gruppenbeteiligten ausgesetzt. Die Mitwirkenden haben es in der Regel rasch heraus, wem infolge früherer affektiver Frustrierung gefühlsmäßig beigestanden und wem demgegenüber durch Versagung der Sinn dafür geweckt werden muß, wieviel affektive Aufmerksamkeit durch die Mitmenschen überhaupt erwartet werden darf.

Obschon die Gruppenbildung bei den Toxikomanen infolge ihrer in der Regel stark ausgeprägten Sensitivität und Kontaktscheu bedeutend schwieriger ist als bei den Alkoholikern, haben wir den Eindruck, daß die therapeutische Gruppenarbeit gerade bei ihnen sehr wichtig ist. Sie vermittelt bei ihnen eben nicht nur wertvolle Einsichten in die Bedingungen ihres Leidens, sondern vor allem auch eine Gelegenheit zu einer unvoreingenommenen sozialen Erfahrung. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, daß es ja gerade oft die mangelnde Fähigkeit, sich an die Realität anzupassen, ist, die zur übermäßigen Einnahme von Medikamenten führte.

Die seit einigen Jahren sich abzeichnende vermehrte Hospitalisierung von *millieugeschädigten* und *verwahrlosten Jugendlichen* veranlaßte uns, das therapeutische Vorgehen mit diesen Kranken neu zu überdenken. Wenn sie sich einerseits in die bestehende Gesellschaftsordnung nicht einpassen können, andererseits zu Bandenbildungen neigen (Joray [1961]), dürfte es auf den Umstand zurückzuführen sein, daß sie zwar in bezug auf die Erwachsenengesellschaft asozial, in bezug auf das Leben in einem gesellschaftlichen Rahmen überhaupt aber durchaus nicht immer negativ eingestellt sind. Wir haben uns daher vor einigen Jahren entschlossen, diese Jugendlichen nicht nur individuell, sondern auch gruppenpsychotherapeutisch anzugehen.

Wir gehen nun so vor, daß wir durchschnittlich 6—8 dieser Jugendlichen 2mal pro Woche eine Stunde zusammennehmen. Neben dem ärztlichen Gruppenleiter nimmt regelmäßig eine speziell für diese Kranken eingesetzte Fürsorgerin teil. Anfänglich ließen wir beide Geschlechter gemischt mitwirken. Später beschränkten wir jedoch die Gruppentherapie auf die in unserer Klinik stärker vertretenen verwahrlosten Mädchen, da sich bei diesen ungehemmten Jugendlichen etwa Bindungen an das andere Geschlecht entwickelt hatten, die den Therapieerfolg in Frage stellten.

Wie wir beobachten konnten, gestattet es der Kreis einer Gruppe diesen Jugendlichen häufig eher als die Situation der individuellen Psycho-

therapie, aus ihrer Reserve oder gar Opposition dem Therapeuten gegenüber herauszutreten. Sehen sie, daß andere in der Gruppe beginnen, über ihre eigenen Anliegen und Begehren oder über ihre früheren Abenteuer zu sprechen, so erkennen sie, daß es nicht als »Verrat« aufgefaßt wird, wenn auch sie über sich selbst und ihre Erlebnisse zu sprechen anfangen. Schon allein die Tatsache, daß der Arzt und die Co-Therapeutin vorbehaltlos beim Gespräch anwesend sind, ohne die Betroffenen zu verwerfen, führt zu einem therapeutischen Rapport. Ist diese Beziehungsaufnahme erfolgt, kommt es im allgemeinen rasch zu Übertragungsphänomenen. Die Mitwirkenden sprechen beispielsweise von den Therapeuten als »Teenager-Mammi« und »Teenager-Pappi«, oder es kommt dazu, daß ein Mädchen erklärt, sie möchte, daß die Jugendfürsorgerin, welche die Gruppe mitleitet, ihre Mutter wäre. Auch kann gelegentlich einmal auf den Therapeuten das Bild eines Freundes projiziert werden. Durch das Entstehen dieser Übertragungsgefühle wird das therapeutische Verhältnis meist so tragfähig, daß diese Mädchen aus ihrem alten Mißtrauen den Erwachsenen gegenüber herauskommen. Es macht sich dabei oft eine Regression auf eine frühere Entwicklungsstufe bemerkbar. Diese Mädchen wünschen nun, daß alle Probleme, die an sie herantreten, von den Therapeuten gelöst werden. Sie sind anlehnungsbedürftig, möchten, daß der Arzt und die Fürsorgerin immer bei ihnen sind, sie beschützen, eventuell sogar gegen ihre eigenen Eltern.

Auf der einen Seite ist es nun wichtig, ihnen eine Unterstützung zu gewähren, die sie fühlen läßt, daß ihr in die beiden Therapeuten gesetztes Vertrauen absolut gerechtfertigt ist. Auf der anderen Seite muß rechtzeitig dafür gesorgt werden, daß sie nach und nach selbst einen Teil der Verantwortung für sich übernehmen können.

Besonders im Hinblick auf die Förderung einer gewissen Selbständigkeit hat sich bei uns die Einrichtung einer außerhalb der Klinik befindlichen Tagesstation für diese milieugeschädigten und verwahrlosten Jugendlichen bewährt. Zeichnen sich bei diesen Patientinnen die erwähnten Übertragungsgefühle ab, ist die therapeutische Beziehung zu den Therapeuten auch nur etwas tragfähig, so nehmen wir sie an drei Tagen in der Woche in diese Station. Sie haben dort Gelegenheit, unter der Anleitung von zwei Jugendfürsorgerinnen selbst den Haushalt zu besorgen, zu kochen und in der Beschäftigungstherapie etwas aus sich heraus zu gestalten. Es wird das Zusammengehörigkeits- und Familiengefühl schon durch die in der Klinik erfolgende Gruppenpsychotherapie gefördert; seit wir aber die Gruppenbehandlung mit diesen Mädchen auch auf die Tagesstation ausgedehnt haben, sind sie, besonders infolge

des Zusammengehörigkeitsgefühls, noch besser zu halten. Obschon auch seither noch etwa Entweichungen vorkommen, übt der therapeutische Kreis auf diese Jugendlichen eine Zentripetalkraft aus, die sie am Fortlaufen hemmt. Auch können sie die Gruppen-Ordnung oft eher annehmen als diejenige im Milieu ihrer eigenen Familie, so daß sie sich nicht mehr, wie es nach J. E. Meyer (1962) für den jugendlichen Fortläufer charakteristisch ist, von der sozialen Wirklichkeit abwenden müssen; sie können die Realität des Jugendlichenkollektivs oft noch akzeptieren, wenn sie andere Gemeinschaftsbildungen bereits ablehnen. Allerdings kann in den Gruppensitzungen mit diesen milieugeschädigten und verwahrlosten Jugendlichen nicht alles bedingungslos gewährt werden. Es ist vielmehr darauf zu achten, daß bei diesen Patienten, wie es Friedemann (1957) auch für die Gruppenpsychotherapie mit Kindern als notwendig beschrieben hat, der Sinn für die sozialen Proportionen geweckt wird. Sie müssen es im Kreise der therapeutischen Gruppe ertragen lernen; Versagungen auf sich zu nehmen, um der (Gruppen-)Realität Rechnung zu tragen.

Wenn wir einen Schluß aus der Gruppenbehandlung dieser Jugendlichen ziehen wollen, so müssen wir sagen, daß sie es uns gestattet, leichter als mit ausschließlicher individueller Psychotherapie einen therapeutischen Kontakt mit ihnen aufzunehmen und sie auf die Gesellschaft hin zu führen. Werden diese Mädchen in eine therapeutische Gruppe eingeordnet, so wird einmal durch die Gemeinschaftserfahrung ihre Kontaktbereitschaft gefördert, dann aber gewinnen sie auch, indem sie eine gewisse Verantwortlichkeit für ihre Worte und Taten gegenüber der Gruppe und dem Therapeuten erleben, an Halt.

Eine 1943 geborene Patientin, die im 14. Lebensjahr ihre Mutter verlor und von ihrem Vater einerseits verwöhnt, andererseits, da sie in der Familie die Mutterstelle zu übernehmen hatte, überfordert wurde, begann sich zunehmend mit sogenannten Halbstarke einzulassen und verwahrloste zusehends. Sie wurde im Juli 1962 in ein Erziehungsheim eingewiesen, entwich dort aber bald. Während ihres Aufenthaltes in unserer Klinik vom 19. Juli 1962 bis zum 9. August 1963 wurde die Patientin nicht nur individuell psychotherapeutisch betreut, sondern auch in die Gruppe milieugeschädigter und verwahrloster Mädchen eingereiht. Während sie sich zu Beginn jeglichem therapeutischen Bemühen gegenüber ablehnend, trotzig verhielt, erwies sie sich besonders in der Gruppe als anlehnsbedürftig und anhänglich. Sowohl zum ärztlichen Gruppenleiter als auch zur Fürsorgerin entwickelte sich ein Vertrauensverhältnis. Fluchtintendenzen, die die Patientin zu Beginn hatte und zum Teil auch verwirklichte, traten immer mehr in den Hintergrund. Sie war nun im Gegensatz zu vorher bereit, eine Lehre (Kosmetik) zu beginnen, was sie im Sommer 1963 auch in die Tat umsetzte. Sie hält nun (Februar 1965) seit mehr als einem Jahr durch,

kommt nach wie vor allwöchentlich zu Gruppensitzungen in unsere Tagesstation, wobei sie weiterhin die besten Beziehungen vor allem mit der Jugendfürsorgerin unterhält. — Die Patientin, die nach dem Tode der Mutter offenbar für sie zu schwerwiegende Verpflichtungen auf sich nehmen mußte, fand in der psychotherapeutischen Gruppe, wo sie sich wieder an Erwachsene anlehnen durfte, Sicherheit, Geborgenheit und Stützung wie auch — in der Person der Co-Therapeutin — einen gewissen Mutterersatz.

Im Frühjahr 1964 haben wir uns entschlossen, nachdem wir, wie noch zu berichten sein wird, seit Jahren mit Ärztegruppen analytisch gearbeitet hatten, eine analytische Behandlungsgruppe mit ausschließlich *Neurotikern* zu bilden. Dabei waren uns vor allem die Erfahrungen von Foulkes (1964), Genevard (1961), Grinberg et al. (1960), Kemper (1959) und Wiesenhütter (1961) wegleitend. Allerdings ist es in einem psychiatrischen Spital meist nicht sehr leicht, Patienten zu finden, die für das Einreihen in eine Neurotikergruppe geeignet sind. Einmal ist bei neurotischen Patienten nur selten eine klinische Behandlung indiziert, dann sind sie in der Regel nur kurz hospitalisiert, so daß zuerst geprüft werden muß, ob sie nach Beendigung des Klinikaufenthaltes weiterhin an der Gruppenaktivität teilnehmen können.

Aus den erwähnten Gründen wirken nur Neurotiker mit schwersten Beeinträchtigungen ihres sozialen Verhaltens mit; nur diese sind es ja, die für längere Zeit in der Klinik weilen. Auch mußte darauf geachtet werden, daß kein Patient, der in die Gruppe aufgenommen wird, von einem der beiden Therapeuten individuell psychotherapeutisch behandelt wird. Es ergäben sich durch die gleichzeitige Führung der Einzeltherapie und der Gruppenbehandlung durch ein und denselben Therapeuten allzu unterschiedliche und komplizierte Übertragungsbeziehungen, die das Integrationsvermögen der Patienten zweifellos überforderten. Eine gleichzeitig mit der individuellen Psychotherapie stattfindende gruppenmäßige Erfassung schien uns bei diesen Patienten indessen indiziert, da ihnen besonders das Bestehen in einem sozialen Rahmen Schwierigkeiten bereitet hatte und schon deshalb der Klinikaufenthalt notwendig geworden war.

Wir nahmen für die Neurotiker-Gruppe vorläufig vier Patientinnen zwischen 20 und 25 Jahren zusammen. — Eine fünfte Kranke nahmen wir soeben (Februar 1965) noch auf. — Wenn nur weibliche Patientinnen für die Gruppenarbeit ausgesucht wurden, ist es dem Umstand zuzuschreiben, daß Versuche, männliche Patienten in die Gruppe einzugliedern, scheiterten, weil sie einem Mitwirken nach Klinikaustritt jeweils nicht zusagen konnten. Es ergaben sich auch dann noch Störungen, in-

dem eine der Patientinnen aus äußeren Gründen der Gruppe fernblieb und eine neue Patientin aufgenommen werden mußte.

Während zu Beginn die sehr stark beziehungsstörungen Kranken nur immer die Gruppenleiter ansprachen und von ihnen die Lösung ihrer Probleme erwarteten, kam es allmählich zu einem intensiveren Rapport zwischen den Gruppenbeteiligten selbst. Allerdings bestand die Gefahr, daß eine der Patientinnen, eine 21jährige Neurotikerin mit infantilen und demonstrativ-hysterischen Tendenzen, die z. T. in dissonanter elterlicher Ehe, z. T. auch in ungünstigen Heimen aufwuchs, die Gruppe für sich zu monopolisieren versuchte. Dabei waren die anderen drei Gruppenbeteiligten anfänglich nicht in der Lage, die Tendenzen dieser Kranken einzudämmen. Es mußte deshalb während dieser Initialphase immer wieder von seiten der ärztlichen Gruppenleiter das entsprechende Verhalten in Frage gestellt werden. Eine andere der Beteiligten, ein 24jährige neurotisch-depressive Patientin, die nach Operation einer *Cataracta congenita* beidseits und eines doppelseitigen Sekundärglaukoms schwach-sichtig blieb, entwickelte sich während dieser Zeit von einer vollkommen auf sich selbst zurückgezogenen zu einer bedeutend weltoffeneren Persönlichkeit. Dabei war es offensichtlich, daß ihre Bemühungen um die Patientin mit den infantil-hysterischen Tendenzen, bei der hinter ihren Demonstrationstendenzen die tiefe seelische Not doch deutlich hervor-kam, wesentlich dazu beitrugen, ihr vorher sehr beeinträchtigtes Selbstwertgefühl zu stärken.

Es entwickelten sich bald die verschiedensten Übertragungsbeziehungen. Die Patientin mit der Neigung zu hysterischen Manifestationen verhielt sich insbesondere dem älteren der beiden Gruppenleiter (Dr. B.) gegenüber so, wie wenn er ihr Vater wäre. Sie hatte in der Erziehung den Vater vermißt, da sich die Mutter wegen dessen Trunksucht von ihm trennen ließ. Obschon sie sich auf der einen Seite mit der Mutter identifizierte und den Vater ablehnte, sehnte sie sich andererseits doch danach, einen guten Vater und damit ein Idealbild eines Mannes und Sicherheit zu finden. In der Gruppenstunde machte sie oft abfallende Bemerkungen über die Männer überhaupt, und sie wurde gelegentlich verbal-aggressiv, insbesondere dem älteren Therapeuten gegenüber. Doch bewirkte offenbar der Umstand, daß die anderen Beteiligten den beiden Therapeuten weitgehendes Vertrauen entgegenbrachten, daß die Patientin ihre Haltung gegenüber den Männern zu revidieren anfang. Ihre veränderte Haltung kann aus folgendem Traum erkannt werden, wenn auch da noch eine gewisse Ambivalenz zu erkennen ist:

»Ich bin auf einem Felsen mit anderen Mädchen, und ich gleite immer aus. Ich habe Angst, ich falle runter. Deshalb steige ich vom Felsen hinab. Auf dem Abstieg treffe ich Dr. B. (einen der ärztlichen Gruppenleiter). Er hebt mich wieder hinauf. Ich gehe wieder hinunter, weil ich eben ausgeglitten war. Dr. B. hebt mich erneut hinauf.« — Das wiederholt sich mehrmals.

Eine andere Patientin, die sich früher zu keiner Einzelbehandlung entschließen konnte, eine 25jährige neurotisch-depressive Krankenschwester, erging sich anfänglich nur immer in Selbstbezeichnungen, die schwersten Schuldgefühlen entsprangen. Im Verlaufe der Gruppenpsychotherapie trat sie allmählich aus sich heraus, und sie gewann offensichtlich besseren Anschluß an das Gruppengeschehen, wenn sich auch noch keine so deutlichen Übertragungstendenzen bemerkbar machten wie bei der eben erwähnten Kranken. Auch begann sie darüber zu sprechen, daß sie nun doch eine Psychoanalyse beginnen wolle. Die vierte Mitwirkende, die sich am kürzesten in der Gruppe befindet, eine schwer infantile 20jährige, welche sich noch zu keiner beruflichen Tätigkeit entschließen konnte und sich bei Arbeitsversuchen bisher nirgends bewährte, hatte noch nicht genügend Mut, sich spontan an der Gruppenaktivität zu beteiligen. Es ist charakteristisch für die Intensität der neurotischen Störungen der anderen, daß ihnen die Nichtbeteiligung der Patientin kaum auffiel und sie spontan nicht daran dachten, sie in das Gruppengeschehen miteinzubeziehen. An den Therapeuten war es, diese infantile und sehr wenig durchsetzungsfähige Kranke zu stützen, damit sie nicht ganz ins Dunkel des Nichtbeachtetseins fiel.

Über die Neurotikergruppe kann angesichts der noch kurzen Dauer der Kollektivbehandlung mit diesen Patienten noch wenig gesagt werden. Immerhin haben wir den Eindruck, daß die Gruppenpsychotherapie bei diesen Kranken, von denen drei (und die neu hinzugekommene) weiterhin individuell psychotherapeutisch betreut werden und die vierte bald eine Psychoanalyse anfangen wird, zu einer sozialen Erfahrung beiträgt, die sie ohne kollektive Psychotherapie nicht gehabt hätten. Es dürfte ja zum Beispiel kein Zufall sein, daß die Patientin mit den Demonstrationstendenzen sich in dem erwähnten Traum zusammen mit anderen Mädchen auf einem Felsen befand. Ihre früheren Träume ließen kaum eine Gemeinsamkeit mit anderen Menschen erkennen. Im angeführten Traume waren nun wenigstens Ansätze dazu zu erkennen.

Die Gruppenpsychotherapie vermag etwa, weil sie durch die Interaktionen der Gruppenmitglieder eine Realitätserfahrung vermittelt, neurotische Fehlhaltungen, die trotz der in der Einzelbehandlung erfolgten Erhellung ihrer Natur weiterbestehen, zu korrigieren. Auch werden die



Mitglieder der Behandlungsgruppe, die infolge ihrer psychischen Konflikte ihre Aufmerksamkeit beinahe ausschließlich auf sich selbst gerichtet haben, wieder an den anderen und am gesellschaftlichen Geschehen interessiert. Mit Hilfe der in den sozialen Raum hinein ergänzten Einzeltherapie wird demnach wesentlich zu einer Resozialisierung beigetragen. Es wird dabei speziell das Erkennen von neurotischen Symptomen, die sich im sozialen Bereich auswirken, wie auch des Wesens der in einer Kollektivsituation (frühkindliche Familiengruppe) gründenden verdrängten Konflikte gefördert.

Nachdem wir seit 1955 beobachtet hatten, daß sich bei Schizophrenen, die in diagnostisch gemischte Großgruppen aufgenommen worden waren, einige für die Kollektivsituation spezifische psychotherapeutische Aspekte ergeben hatten, haben wir im Frühjahr 1963 angefangen, 7—9 — zuallererst waren es 5 — 20—30jährige schizophrene Patientinnen in einer Kleingruppe zusammenzufassen. Dazu ermutigten uns auch die entsprechenden Gruppenerfahrungen von Bour (1961), Brack (1962), Powdermaker und Fran (1953), R. Schindler (1958), Slavson (1961) u. a. Die Auswahl von nur weiblichen Kranken entspringt nicht etwa der Ansicht, daß es prinzipiell nicht möglich wäre, die Geschlechter gemischt daran zu beteiligen. Doch lag dem Therapeuten als Oberarzt der Frauenabteilung der Klinik naturgemäß die psychotherapeutische Betreuung weiblicher Patientinnen näher, und zudem schien zu Beginn das Erfassen nur eines Geschlechtes eine weitere Komplizierung der bei ausschließlicher Beteiligung von Schizophrenen ohnehin schon schwierigen Gruppensituation zu vermeiden.

Ein Symptom für die Schwere der Störung der Kommunikationsfähigkeit der Schizophrenen war, daß die Patientinnen in der ersten Sitzung alle den Wänden entlang saßen, ohne ein Wort miteinander zu sprechen. Es bedurfte mehrerer Stunden, in denen sie sich nur mit den beiden Therapeuten unterhielten, bis sie in gegenseitigen Rapport miteinander traten. Dabei hatte sich der Umstand günstig ausgewirkt, daß ein kleines Zimmer für die Kollektivbehandlung ausgewählt worden war. Zwar erlebten sich die Beteiligten im gegebenen Rahmen vielleicht als zu nahe, doch, war ihre initiale Angst vor dem drohenden Individualitätsverlust bzw., um mit Benedetti (1964) zu sprechen, vor der Gefahr, sich gegenüber den Mitmenschen nicht abgrenzen zu können, verringert, so war im beschränkten Raum die zu überbrückende soziale Distanz geringer und überwindlicher.

Es war im Gruppenprozeß ersichtlich, daß die Kollektivsituation oft eher in der Lage ist, die Patienten am äußeren Geschehen zu interessie-



ren als das psychotherapeutische Zweierverhältnis. So verhielt es sich beispielsweise bei einer 30jährigen, mit 17 Jahren erkrankten Hebephrenen, die sich in der Gruppe, oft ohne auf das Gespräch mit den anderen Rücksicht zu nehmen, mit der Frage beschäftigte, ob der eine der ärztlichen Gruppenleiter der Heiland oder der Teufel sei. Sprach sie laut über ihre wahnhaften Annahmen und erblickte sie in allen Verhaltensweisen dieses Therapeuten dafür charakteristische Merkmale, kam es nicht selten vor, daß die anderen Gruppenbeteiligten unter allen Umständen ihr das psychotisch Überdimensionierte ihrer Vermutungen zu beweisen versuchten. Es kam dabei oft vor, daß die Patientin in ihren Aussagen innehielt und den Argumenten der anderen zuhörte, etwa sogar sich während des Restes der betreffenden Sitzungen am Gespräch der übrigen sachgemäß beteiligte.

Das Protokoll, das einer der beiden Gruppenleiter über eine Stunde, in der diese Patientin wiederum solche Behauptungen über den einen der Therapeuten vorbrachte, verfaßte, vermag vielleicht zu verdeutlichen, wie die Patientin schließlich doch den äußeren Gegebenheiten adäquat Rechnung trug:

»Fräulein B. beginnt mit ihrem immer wiederkehrenden Thema: Angst vor dem Gruppenleiter, sie würde ausgefragt, er wäre der Teufel und ähnliches. Nach anfänglichen Versuchen der anderen, ihr das auszureden, wird sie nicht mehr ernstgenommen, und die Gruppe lacht über ihre Äußerungen. Sie empfindet sofort, daß man sie auslacht, wird aggressiv und droht mit Ohrfeigen . . . Frl. B. fühlt sich erneut frustriert, versucht fortzulaufen, und als ihr das nicht erlaubt wird, bricht sie in haltloses Weinen aus. Sie zittert am ganzen Körper, hat Angst und äußert Befürchtungen wie: »Dr. B. möchte mich töten, möchte mich in die Hölle bringen«, alle wollten sie schlagen und ähnliches. Die Gruppe wirkt verstört. Frl. S. und Frl. M. wollen helfen, reden auf sie ein, sind aber unsicher und stehen dem Affektausbruch ziemlich ratlos, zum Teil eingeschüchtert gegenüber. Nach einigen ablenkenden Gesprächen, die noch eine ganze Zeit lang durch die Angstaussbrüche und das Weinen von Frl. B. unterbrochen werden, kommt plötzlich eine affektive Entspannung: Frl. M. gelingt es, Frl. B. durch ihre gefühlsmäßige Anteilnahme abzulenken, was einer plötzlichen, allgemeinen Fröhlichkeit und Lustigkeit der ganzen Gruppe zum Aufkommen verhilft. Interessant ist, daß Frl. B. von diesem Zeitpunkt an über ihre irrealen Äußerungen selbst zu lachen beginnt und dadurch die anderen inspiriert. Die anfängliche Spannung hat einer vollkommenen Entspannung Platz gemacht. Frl. B. erklärt, jetzt auch den Gruppenleiter von einer ganz anderen Seite zu sehen, nämlich wie er ihr von einer Schwester geschildert wurde, als einen Arzt, der sich um alle kümmere. Sie habe jetzt gar keine Angst mehr vor ihm.«

Diese Kranke stand seit Jahren in individueller Psychotherapie, und sie wurde auch mit Psychopharmaka behandelt. Zwar hatte die Einzelbehandlung bei ihr schon bewirkt, daß sie wesentlich ruhiger als früher

war und besonders durch die individuelle psychotherapeutische Zuwendung wenigstens etwas von ihrem Mißtrauen gegenüber den Mitmenschen abbaute, doch war es eigentlich erst die Gruppenbehandlung, die ihr die soziale Realität näherbringen konnte. Wir haben wiederholt auch bei anderen Kranken beobachtet, daß die therapeutische Gruppe eine höhere Realitätsintensität besitzt als das Zweierverhältnis der klassischen psychotherapeutischen Situation. Die Gruppe vermag dementsprechend die Schizophrenen gelegentlich eher vom mitmenschlichen Da- und Miteinandersein zu überzeugen als das exklusivere Arzt-Patient-Verhältnis. Der Realitätsappell der Gruppe, wie er auch aus dem oben angeführten Beispiel hervorgeht, wirkt sich bei Schizophrenen naturgemäß stärker aus als bei Neurotikern, da der Unterschied zwischen Innen- und Außenwelt bei den Psychotikern viel ausgesprochener ist. Es können also im Rahmen einer Schizophrenengruppe spektakulärere Verhaltensänderungen als bei Neurotikern auftreten.

Die wechselseitigen affektiven Beziehungen zwischen den an einer Gruppe beteiligten Schizophrenen und den Therapeuten sind oft sowohl quantitativ als auch qualitativ andersartig als bei Neurotikern. So markierten die erwähnten Patientinnen der Gruppe sowohl Zuneigung als auch Ablehnung recht intensiv, oder sie schwankten ambivalent zwischen den zwei entgegengesetzten Gefühlen hin und her, so daß ihre affektive Einstellung recht zweideutig und ihre innere Zerrissenheit klar ersichtlich wurde.

Auch die Übertragungsbeziehungen sind in den Schizophrenengruppen oft unberechenbar. Fast unvermittelt kann eine Kranke einen der Therapeuten oder eine Mitpatientin als ihren Vater bzw. ihre Schwester ansprechen, wobei sie häufig bereits in der nächsten Sitzung nicht mehr davon spricht. Es identifizieren sich die Patientinnen untereinander, etwa wegen einer zufällig registrierten Ähnlichkeit, sehr rasch, doch sind auch die Identifikationstendenzen in der Regel nicht sehr nachhaltig. Andererseits macht sich bei Schizophrenen, die an dieser Gruppe beteiligt sind und zu stereotypen Handlungen und Haltungen neigen, geltend, daß die Gruppe ihre Verhaltensweisen immer wieder in Frage und sie damit in einen Dynamismus stellt, der sie zu Beginn oft verängstigt, dann aber doch zu neuen Stellungnahmen zwingt.

Die Gruppenpsychotherapie führt zu Gefühlsbeziehungen und Übertragungen, die gegenüber der individuellen Psychotherapie intensiver, wenn auch unbeständiger sind. Auch beinhaltet die Partizipation an einer therapeutischen Gruppe für die Schizophrenen einen erhöhten Anreiz zum »Überstieg« von der psychotischen Welt in die äußere Realität.

Es geht den psychotischen Kranken damit im Rahmen der Gruppe der Sinn für die mitmenschliche Umwelt wieder auf.

Beim Erfassen von *Angehörigen Schizophrener* begegneten wir anfänglich Schwierigkeiten. Es war zwar nicht so, daß die Eltern oder etwa die Geschwister unserer Einladung zu einer initialen Zusammenkunft nicht Folge geleistet hätten, doch erschienen sie, mit Ausnahme einer Mutter mit überfürsorgender Haltung ihrer 33jährigen, seit 10 Jahren hebephrenen Tochter gegenüber, nicht mehr regelmäßig zu den allwöchentlich anberaumten Gruppensitzungen. Wir gingen deshalb dazu über, nur noch allmonatlich eine Gruppenstunde abzuhalten, was zu einem beinahe vollzähligen Erscheinen der Beteiligten führte. An dem von zwei Therapeuten geleiteten Kollektiv beteiligen sich insgesamt 8 Angehörige. Es imponieren, schematisiert, im großen und ganzen drei Arten von Einstellungen und Verhaltensweisen der Angehörigen ihren schizophrenen Kranken gegenüber:

1. *Mißtrauisch-paranoide Haltung.* Diese Angehörigen sind den ärztlichen Maßnahmen gegenüber recht mißtrauisch. Sie lassen durchblicken, daß sie von der Therapie nichts halten und sogar vermuten, daß sie mehr Schaden statt Nutzen stifte. Der Vater einer 21jährigen Schizophrenen, deren Mutter wegen einer seit Jahren bestehenden Defektschizophrenie hospitalisiert ist, wollte anlässlich eines kurzen paranoiden Schubes der Patientin in der Gruppe bestätigt erhalten, daß sie auch chronisch krank bleiben werde und sie im Grunde genommen besser nie hätte geboren werden sollen. Als ihm die Therapeuten eine relativ günstige Prognose in Aussicht stellten — sie befindet sich übrigens inzwischen längst außerhalb der Klinik bei ihrer früheren Pflegefamilie und verdient selbständig ihr Leben —, wurde er mißtrauisch und sagte, daß die Ärzte schon wüßten, wie ernst die Krankheit sei und ihm doch die Wahrheit vorenthielten. Dabei konnte er der Patientin gegenüber recht grausam sein und ihr seine Analogieschlüsse zwischen Mutter und Tochter beinahe unverhüllt eröffnen. Auch Voten anderer Angehöriger, die die ärztlichen Aussagen unterstützten, fanden bei ihm keinerlei Gehör. Er wurde nur noch mißtrauischer und erschien später nicht mehr zu den Gruppensitzungen.

2. *Überbefürsorgende Haltung.* Bei zwei Müttern junger schizophrener Patientinnen machte sich eine überbefürsorgende Haltung bemerkbar. Besonders eine unter ihnen, die bereits erwähnte Mutter einer 33jährigen Hebephrenen, sprach gerne und viel über ihre kranke Tochter. Sie hat außer der Patientin weitere sieben Kinder und berichtete in der Gruppenstunde immer wieder einerseits davon, wie sie im Rahmen der Fami-

lie, aber auch außerhalb für die Kranke einstehen müsse, sie zu Hause behüte, ihr die Chlorpromazintabletten eingebe, mit ihr Kleider und Schuhe einkaufen gehe usw. Sie lebte in diesen Schilderungen offensichtlich auf, man konnte den Eindruck gewinnen, daß sie, die von ihrem Gatten, einem Bahnarbeiter, immer unbefriedigt war und deren andere Kinder nun eines ums andere wegheiraten, irgendwie auch froh war, für ihre schutzbedürftige kranke Tochter sorgen zu können. Doch zeigte sich andererseits im Kreise der Gruppe, daß diese Frau, die sich mit der Patientin in hohem Maße identifiziert, doch sehr unter dem Zustand ihres schizophrener »Kindes« leidet. — Auch Angehörige dieser Art reißen sich nicht unbedingt leicht in das Kollektiv ein, da sie andere durch ihre Erzählungen und Berichte über ihre Kranken oft zu sehr beanspruchen und nicht selten beinahe überfordern.

3. *Kühl-objektivierende Haltung.* Bei diesen Müttern oder anderen nahen Verwandten finden wir eine beinahe erschreckende Objektivität in der Schilderung der Krankheitssymptome ihrer kranken Angehörigen. Vielleicht daß sie verbal ihr Mitgefühl etwa betonen, doch deutet nichts darauf hin, daß sie durch das Kranksein ihrer Töchter oder Schwestern wirklich ergriffen wären. Es sind meist Menschen, die recht höflich, förmlich sind und sich im Verbands der Gruppe unter allen Umständen korrekt verhalten. Auch hören sie recht interessiert zu, wenn andere Angehörige von ihren Sorgen und den Krankheitssymptomen ihrer Patienten sprechen. In dieser Beziehung imponierte besonders die Mutter einer 22jährigen Patientin, deren Leiden vor 7 Jahren im Anschluß an das Geständnis inzestuöser Beziehungen zu einem Bruder — sie hat 9 Geschwister — mit dem Bilde einer Zwangsneurose begann, dann aber immer deutlicher katatonos Gepräge angenommen hatte. Diese Frau, die wie der Vater, zum religiösen Fanatismus neigt, fand in der Gruppe auffallend wenig Gefühl für ihre Tochter, dafür aber immer »Verständnis«, wenn es darum ging, um ärztliche Aufklärungen über die Krankheit ihrer Tochter nachzusuchen oder anderen Angehörigen über deren Leid hinwegzuhelfen.

Bei der Arbeit mit den Angehörigen von Schizophrenen war ersichtlich, wie sehr die Störungen der Patienten auch Produkte ihrer Umgebung sind. Wir fanden bei keinem der Angehörigen eine adäquate, in richtigem Maße einführende, offene Art der mitmenschlichen Begegnung. Die Kommunikationen dieser nahen Verwandten der Kranken waren immer auf irgendeine Weise gestört. Es ergab sich also in dieser Angehörigengruppe ein Bild, das sich, bei oberflächlichem Betrachten, nicht sehr stark vom Verhalten der Patientengruppe unterschied. Um so mehr ist es

wesentlich, daß versucht wird, auf die Angehörigen in dieser Form Einfluß zu nehmen. Daß die »Behandlung« der Verwandten in einer Gruppe geschieht, spart nicht nur Zeit, sondern trägt auch dazu bei, daß sie sich durch die Gemeinsamkeit des Betroffenseins weniger isoliert fühlen.

Gemeinsam mit speziell für die Betreuung von Alkoholkranken eingesetzten Fürsorgern haben wir wiederholt auch 10 bis 15 *Ehefrauen von Alkoholikern*, die in unserer Klinik behandelt worden waren, zu Gruppensitzungen zusammengerufen. Dabei war immer wieder ersichtlich, wie sehr diese oft mütterlich wirkenden Frauen unter dem Alkoholismus ihrer Männer gelitten hatten, jedoch trotzdem noch bereit waren, bei ihnen zu bleiben und ihnen beizustehen. In der Gruppe erzählen sie ihr Leid, erwarten und bekommen meist auch Anerkennung durch die anderen für ihr Ausharren. Es besteht ein starkes Mitteilungsbedürfnis; jede dieser Frauen möchte etwas von ihren Erlebnissen und Erfahrungen mitteilen. Der Gruppenkontakt ist, ähnlich wie bei den Alkoholkranken selbst, von Anfang an recht gut. Das Kollektiv ist bei ihnen vor allem ein Ort der erleichternden Identifikation. Einzelne Frauen boten jedoch nicht dieses Bild der besorgten, mütterlichen Gattin, sondern wirkten jugendlich und ausgesprochen feminin. Es waren meist diejenigen, die ihre trunksüchtigen Ehemänner als eine allzu große Last empfanden, sich durch sie vernachlässigt fühlten und deshalb kurz vor der Scheidung von ihnen standen.

Werden *Männer von Alkoholikerinnen* zu einer Gruppensitzung zusammengerufen, so imponiert sogleich, daß ihr Verständnis gegenüber dem kranken Ehepartner in der Regel viel geringer ist als bei Frauen von männlichen Alkoholkranken. Es werden oft recht harte Kritiken über ihre kranken Ehepartner vorgebracht. In dieser Gruppe spüren wir kaum etwas von liebender Besorgtheit. Im Gegenteil, diese Männer sind sehr rasch bereit, ihre Gattinnen zu verurteilen, »abzuschreiben« und sich einer neuen Zukunft zuzuwenden. Auch besteht bei den Ehemännern von Alkoholikerinnen kein von vorneherein oder sich allmählich abzeichnendes Zusammengehörigkeitsgefühl, wohl nicht zuletzt deshalb, weil die affektiven Bande zwischen ihnen und ihren Ehefrauen meist bereits in erheblichem Maße gelockert sind. Immerhin vermöchte die regelmäßige gruppenmäßige Erfassung solcher Männer die Prognose dieser Ehen doch vielleicht zu verbessern. Es ergibt sich schon daraus eine Indikation zu einer kollektiv-therapeutischen Arbeit auch mit diesen Angehörigen.

## *Analytische Selbsterfahrungsgruppen mit Ärzten*

Wir pflichten Kemper (1964) bei, wenn er sagt, daß man nur in der Eigenerfahrung die Gruppenpsychotherapie von Grund auf kennenlernen kann. In dieser Erkenntnis haben wir 1962 begonnen, *analytische Lehrgruppen mit Klinikärzten* zu bilden. Dabei stützten wir uns einerseits auf unsere eigenen, als Mitarbeiter der »Lindauer Psychotherapiewoche« (Stolze [1964]) seit 1960 erworbenen Erfahrungen wie auch auf entsprechende Berichte der Literatur (Beukenkamp et al. [1958], Ganzarin et al [1958], Friedemann [1963], Hulse [1958], Stokvis [1960]).

Außer der Integrierung der Ärzte in Selbsterfahrungsgruppen gehen wir bei ihrer Ausbildung so vor, daß wir sie als Co-Therapeuten von Patientengruppen beiziehen, sie bei der Leitung von therapeutischen Gruppen kontrollieren und sie auch theoretisch in Vorlesungen, Seminaren und Kolloquien unterrichten. Bei der Arbeit mit Lehrgruppen (Bategay [1964]) — es ist zur Zeit (Februar 1965) die dritte seit mehr als einem Jahre im Gang — war einerseits erschwerend, daß ein im Spital selbst (als Oberarzt) tätiger Arzt als Leiter der Gruppen wirkte. Die Mitglieder des Ärztekollektivs konnten einem im Klinikbetrieb als Mitarbeiter oder Vorgesetzten wirkenden Leiter gegenüber nicht von vorneherein unvoreingenommen sein. Doch erwies sich der Umstand von Vorteil, daß ein spitaleigener Therapeut mit den speziellen Verhältnissen vertraut und deshalb auch eher in der Lage ist, die Gruppenarbeit möglichst harmonisch in den Betrieb und das Postgraduate-Training-Programm der Klinik einzubauen.

An der Gruppenaktivität nahmen jeweils 6 (in der ersten Gruppe) bzw. 7 Ärzte (in den beiden anderen Gruppen) teil. Es zeigte sich in allen Gruppen, daß sich die Beteiligten nicht so sehr als Therapeuten, sondern als Menschen mit ihren eigenen, mehr oder weniger unbewußten Problemen, wie sie bei Patienten auch anzutreffen sind, erlebten.

Sie lernen auf diese Art besser erkennen, was in ihren Kranken vor sich geht, wenn sie sie gruppenpsychotherapeutisch angehen. Fast immer besteht anfänglich in den Ärzteguppen die Schwierigkeit, daß sie in intellektualistische Gespräche und Diskussionen geraten, die sie von ihren eigentlichen Problemen, welche in einem solchen Verbandsleben, wegführen.

Natürlich kann es in der Selbsterfahrungsgruppe nicht darum gehen, alle durch die Teilnehmer in irgendeiner Weise angedeuteten oder manifest vorgebrachten Fragen erschöpfend durchzubespochen und dafür Lösungen zu finden. Es ist vielmehr darauf zu achten, daß die Haltun-

gen und Verhaltensweisen der einzelnen untereinander und der verschiedenen Mitwirkenden gegenüber dem »Therapeuten« analysiert werden. Aus der Einsicht in die Art ihres Auftretens in der Gruppe werden sich für sie von selbst Hinweise auf Lösungsmöglichkeiten ihrer Fragen ergeben. Da wir auch Kollegen in die Gruppe aufnehmen, die noch keine Lehranalyse durchgemacht haben, gibt das Mitwirken an der Selbsterfahrungsgruppe etwa Anlaß zum Beginn einer (individuellen) Psychoanalyse. Wie wir bereits in einem früheren Kapitel dargelegt haben, sollte allerdings der Gruppentherapeut nie bei einem der Teilnehmer gleichzeitig auch Einzelanalytiker sein, da sich sonst nur schwer überblickbare Übertragungsbeziehungen ergeben.

Ein gewisses Belastungsmoment bei der Durchführung der Gruppenanalyse mit dem Ärztstab einer Klinik ist auch, daß die Zusammensetzung des Kollektivs mehr oder weniger zufällig ist. Es müssen alle in die Gruppe aufgenommen werden, die sich für die Teilnahme anmelden. Daraus ergaben sich zum Beispiel in der ersten Gruppe Schwierigkeiten, weil unter anderem Ärzte in das Kollektiv miteinbezogen wurden, die vor dem Eintritt in die Lehrgruppe miteinander befreundet waren. Es bildete sich eine »Gruppe in der Gruppe«, die das freie Spiel der Interaktionen gelegentlich hinderte und zu Widerstandshaltungen führte, die nur unter erschwerten Umständen aufgeklärt werden konnten.

Die Ärztegruppen versammeln sich allwöchentlich einmal zu einer Sitzung von 1—1½ Stunden Dauer. Das Ende der Selbsterfahrungsarbeit ergab sich in den beiden ersten Gruppen hauptsächlich infolge Wegreise von Kollegen. Die erste endigte nach 18, die zweite nach 46 Sitzungen. Die dritte Gruppe ist nach 49 Zusammenkünften noch im Gange (Februar 1965); sie wird wohl auch dann enden, wenn ein Kollege zur weiteren Ausbildung an ein anderes Klinikzentrum weggeht. Der Wegfall schon eines Mitgliedes schafft eine vollkommen veränderte Gruppensituation, so daß die verbleibenden Mitwirkenden in den ersten beiden Gruppen darauf verzichteten, die entsprechende Selbsterfahrungsarbeit im Rahmen desselben Kollektivs weiterzuführen. Wir achten darauf, daß sich die Beteiligten vor Beendigung der Gruppenerfahrung über die abgelaufenen Prozesse und Übertragungseinstellungen möglichst klarwerden, damit sie die therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen, die einer Gruppe innewohnen, erkennen, aber auch ihre eigenen Reaktionsweisen im Spiegel des therapeutischen Kreises einschätzen lernen.

Wie bei den Patientengruppen tritt in den aus Ärzten zusammengesetzten Selbsterfahrungskollektiven meist eine Phase ein, in der die Teil-



nehmer die Gründe ihrer Schwierigkeiten nur in den äußeren Umständen suchen. Es kann so etwa zu recht affektvollen Äußerungen längst hintangehaltener Ressentiments oder Aggressionen gegen nahe Angehörige, Kollegen oder andere Personen ihrer Umwelt kommen. Allein schon die Tatsache, daß sie nun Gefühle, die sie bisher niemandem gezeigt hatten, vorbringen können, übt auf die Beteiligten oft eine befreiende Wirkung aus. Am Therapeuten ist es dann, die Mitwirkenden darauf hinzuweisen, daß viele ihrer Spannungen auch in ihnen selbst begründet liegen. In der Regel treten hierauf gegenseitige Übertragungsgefühle zutage, die unter anderem auch deutlich werden lassen, daß ihr ärztliches Tun und Handeln an den Patienten nicht immer nur den objektiven Gegebenheiten entspricht, sondern aus irgendeiner Übertragungseinstellung heraus mitdeterminiert ist. Die Ärzte haben damit Gelegenheit, die Motive ihres ärztlichen Wirkens zu überprüfen und ihm eine sachlichere Basis zu geben. In allen diesen Gruppen lebten bei den verschiedenen Mitwirkenden Einstellungen aus früheren Gruppenerfahrungen, beispielsweise der Kindheit oder späterer Lebensabschnitte, wieder auf, wie etwa die Konkurrenzhaltung den Geschwistern gegenüber, die Ambivalenz im Verhältnis zu Vater, Mutter, Eltern usw., und es war meist eines der Gruppenmitglieder, das auf einen solchen Umstand aufmerksam wurde (Horwitz [1964]). Hatte das Kollektiv kein Auge dafür, war es der Therapeut, der die zutage getretenen Haltungen in Frage zu stellen oder gar eine Deutung zu geben hatte. Allerdings zeigte sich in allen diesen Gruppen, daß in den verschiedenen Sitzungen immer wieder ein Beteiligter spontan eine Hilfstherapeutenrolle übernahm und während dieser Zeit, statt des Gruppenleiters, durch Fragen und Bemerkungen wesentlich zur Klärung unbewußt begründeter Haltungen und Verhaltensweisen beitrug. In dieser Hilfstherapeutenstellung lernen die angehenden ärztlichen Gruppenleiter, wie sie eine therapeutische Gruppe zu führen haben. Doch ist es wesentlich, daß nicht immer der gleiche Arzt diese Stellung einnimmt, da er sonst der Gruppe übergeordnet und das Kollektiv an der freien Entfaltung behindert wäre.

Wie tief das Gruppengeschehen gehen kann, zeigt der folgende Übertragungstraum einer an einem Selbsterfahrungskollektiv beteiligten Kollegin:

»Ich war in einem Raum, in dem war ein Tisch. In dem Raum befanden sich Dr. X und ein weibliches Wesen, das wechselte zwischen Fr. Dr. Y (wie Dr. X Gruppenbeteiligte) und einer früheren Bekannten, einer Unternehmerstochter, die Fr. Dr. Y ähnlich ist. Der Raum sollte rein gemacht werden. Unter dem Tisch lag eine Menge Schmutz. Dr. X und Fr. Y lagen auf dem Boden. Ich dachte — mit meinem anerzogenen Sauberkeitsbedürfnis —, da ist ja immer

noch Dreck, überlegte, weil ich diese beiden (Kollegen) entspannt sah, ob die beiden alkoholisiert seien. Dr. X lag übrigens unter dem Tisch.« — In den Einzelheiten ergab sich, daß sie Dr. X in Wirklichkeit als arbeitsam erlebte. Doch wurde ihr Gatte früher wegen seiner ruhigen, gemächlichen Art von ihrer Mutter (zu Unrecht) als faul betrachtet. Sie selbst mußte es allmählich erlernen, Muße mit Arbeit zu verbinden. Das wechselnde Bild des weiblichen Wesens wurde als Faden, der sich von der Gegenwart zur Vergangenheit spinnt, gedeutet, wobei von den Gruppenkollegen allgemein betont wurde, daß offenbar die Frage von Entspannung und Muße einerseits und Pflichterfüllung andererseits bei der Kollegin noch nicht restlos gelöst sei. Das Gruppenmitglied Dr. X diente im Rahmen der Gruppe zur Übertragung des offenbar noch nicht gänzlich geklärten Gefühlskonfliktes, der seinerzeit mit der Heirat manifest geworden war. Daß dieser alte Widerstreit in ihr im Gruppenverband noch einmal aufkam, dürfte kein Zufall sein. Die therapeutische Gruppe aktivierte offenbar das kindliche Familienbild und die inzwischen von ihrem eigenen Über-Ich übernommenen Forderungen ihrer Mutter. Die Kollegin konnte dadurch erkennen, daß sie an neu ihr Begegnende immer noch alte Maßstäbe anlegt, und sie hatte es leichter, sich einen weiteren Schritt von ihrem strengen und intoleranten Über-Ich zu distanzieren.

Die Gruppenerfahrung dient den Ärzten vor allem dazu, klar zu erkennen, welche Gefühle in einem Kollektivverbände aufkommen und welchen Ursprungs sie sind. Die Betroffenen werden ihren in einer Gruppensituation aufkeimenden Gefühlen in Zukunft nicht blind ausgeliefert sein, sondern sie gemäß den in der Lehrgruppe erworbenen Erfahrungen auf ihre Beweggründe reduzieren können. Die Ärzte werden damit auch imstande sein, im sozialen Bereiche Emotionen wahrzunehmen, die eventuell zu einer Entartung von Gruppen zu Massen führen und damit gefahrbringend sein könnten.

Wie wir dafür halten, daß sich dem Arzt, der eine Gruppenanalyse durchmacht, ein individueller analytischer Selbstversuch aufdrängt, sofern er ihn noch nicht begonnen hat, so sind wir auch der Ansicht, daß die individuelle Lehrerfahrung ohne eine Ergänzung durch die kollektivtherapeutische Situation eine unvollständige darstellt. Indessen stellen wir es dem freien Entschluß der Ärzte anheim, ob sie sich zur Lehranalyse entschließen wollen oder nicht, in der Meinung, daß einerseits ihre persönliche Freiheit nicht beeinträchtigt werden darf, andererseits sich ihnen die Notwendigkeit einer Erhellung ihrer unbewußten Motivationen im Verlaufe ihrer Tätigkeit aufzeigen wird.

### *Gruppen-»Therapie« mit dem Pflegepersonal*

Die Krankenschwestern und -pfleger sind in einem psychiatrischen Spital in ein Milieu versetzt, das von ihnen in gleichem Maße wie von den Ärzten das Zurückstellen ihrer eigenen Anliegen im Dienste an den

Kranken erheischt. Diesem Erfordernis nachzukommen, ist nicht immer leicht, zumal das Geschehen auf den Krankenabteilungen dazu angetan ist, eigene Bedürfnisse beim Pflegepersonal zu erwecken. Es kann beispielsweise für das Pflegepersonal schwierig sein zu verstehen, warum sich die Ärzte so intensiv eines Patienten mit infantil-hysterischen Tendenzen annehmen. Wohl ist ihnen vielleicht bewußt, daß sich kindliche Unbeholfenheit oft hinter solchem Gebaren versteckt. Doch hindern sie etwa eigene Unerfülltheiten und Sorgen, mit denen sie nicht fertigwerden und für die sie, mehr oder weniger unbewußt, ebenfalls Hilfe beanspruchen, das ärztliche Handeln an den Patienten voll und ganz zu akzeptieren. Gelegentlich können eigene Ängste, Ambivalenzen und Unentschlossenheiten der Schwestern und Pfleger ein psychotherapeutisch adäquates Vorgehen verhindern (Boenheim [1963]). Es ist für das Pflegepersonal so zum Beispiel nicht leicht, auf der Krankenabteilung, da wo es nötig ist, von der üblichen gewährenden auf eine temporär versagende Haltung hinüberzuwechseln. Und doch ist etwa eine gezielte Versagung notwendig. Es kann sich auf der Krankenabteilung beispielsweise ergeben, daß immer ein und derselbe Patient eine führende Position beansprucht. Da sich dieser Umstand in einer Behinderung der Entfaltung der anderen Patienten auswirkt, muß die betreuende Krankenschwester bzw. der -pfleger ihm die dauernde Befriedigung seines Monopolanspruches versagen. Oder es kann notwendig werden, daß eine Krankenschwester bzw. ein -pfleger zeitweilig einen Patienten, der immer in eine Omegaposition gedrängt wird, dadurch entlastet, daß sie bzw. er zeitweilig selbst diese Rolle übernimmt.

Damit das Pflegepersonal seine Aufgaben im sozialen und therapeutischen Geschehen einer Klinik uneingeschränkt auf sich nehmen und erfüllen kann, bedarf es nicht nur des Einsatzes und des Mutes, sondern auch einer entsprechenden Ausbildung. Die Tätigkeit des Pflegepersonals spielt sich im Rahmen einer »Gesellschaft im Kleinen« ab, und der einzelne Patient ist in das Beziehungssystem der Krankenabteilung hineingestellt. Sozialpsychologische Kenntnisse sind deshalb von Nutzen. Doch bleiben bei theoretischem Unterricht die Vorstellungen oft zu abstrakt. Die beste Schulung ist die soziale Selbsterfahrung im Verbands einer therapeutisch orientierten Gruppe. Aus diesem Grunde haben wir 1957 begonnen, mit Klassen unserer Schwestern- und Pflegerschule gruppenpsychotherapeutisch zu arbeiten.

Wir nehmen zu den Gruppensitzungen jeweils eine Schulklasse von durchschnittlich 10—15 Mitgliedern. Und zwar versammeln wir sie, wenn eine Schulperiode im Gange ist, allwöchentlich zur Gruppenarbeit

und sonst einfach dann, wenn die angehenden Schwestern und Pfleger ohnehin zu Unterrichtszwecken aus dem Spitalbetrieb herausgenommen werden müssen. In der Regel nimmt auch eine unserer drei Schulungsschwestern an den Gruppensitzungen teil. Zu Beginn erklärt der Therapeut — der aus naheliegenden Gründen nicht der Klassenlehrer sein sollte —, warum sie zu einer Gruppensitzung zusammengerufen werden. Es wird ihnen dargelegt, daß es in diesem Kreise nicht so sehr um die Diskussion der äußeren Umstände geht als um die Erörterung der bei der Arbeit in ihnen selbst aufkommenden Probleme. Sie könnten in diesem Kreise irgendwelche Schwierigkeiten, die sie beim Erledigen ihrer Aufgaben bemerkt haben, vor allem auch ihre inneren Anstöße an der Arbeit, der Spitalatmosphäre, den Vorgesetzten, Kameraden, oder anderweitige Konfliktstoffe vorbringen.

Kommt eine Schulklasse zum ersten Mal zu einer solchen Sitzung zusammen, hat sie oft etwas Mühe, den Zweck der »Gruppenpsychotherapie« zu erkennen. Die Beteiligten glauben dann noch oft, daß sie von einem weiteren Lehrer — als den sie den Therapeuten zu Beginn häufig verkennen — irgendeinen Wissensstoff dargelegt erhalten und mehr oder weniger passiv aufnehmen sollen. Gegen das Ende der ersten, oder aber erst in der zweiten Stunde merken die Beteiligten jedoch allmählich, daß es darum geht, sich ohne jegliches äußere Ziel dem Gespräch über irgendwelche spontan aufkommenden Themata, Anliegen oder Interessen hinzugeben. In der Auseinandersetzung mit den übrigen Gruppenzugehörigen, der Schulungsschwester und dem Therapeuten stoßen sie meist auf ihre eigene Konflikthaftigkeit. So erweisen sich im Betriebe aufgetretene Spannungen mit einer der Schulungsschwestern oder mit Vertretern des diplomierten Pflegepersonals, die in der Gruppe zur Sprache kommen, nicht selten als Übertragungsschwierigkeiten. Eine Oppositionseinstellung gegenüber der eigenen Mutter oder einer älteren Schwester kann sich beispielsweise so auswirken, daß eine Schülerin nur mit größtem inneren Widerstand bereit ist, eine Anordnung einer ihr vorgesetzten Schwester anzunehmen. Oder es kommt zu einer schweren Enttäuschung bei einer angehenden jungen Krankenschwester, da sich eine Vorgesetzte, die sie mit ihrer Mutter identifiziert, nicht so benimmt, wie sie es von ihr erwartet. Die Situation der pflegerischen Gruppe reaktiviert frühere Einstellungen und Gefühle gegenüber der gesamten Familie, den Eltern und Geschwistern, und es ist für diese Schwestern und Pfleger wesentlich, daß es gelingt, die wahre Natur von Gefühlen zu erkennen, die in der therapeutischen Gruppe oder im Spitalbetrieb in Erscheinung treten und oft in äußeren Umständen gesucht wurden.

Durch die Teilnahme an den Gruppensitzungen wird das Pflegepersonal mit seinen Problemen nicht allein gelassen, und es gewinnt dadurch an Halt. Außerdem wird es geschult, sich selbst gegenüber kritisch eingestellt zu sein und die Spannungsquellen nicht immer zuerst bei den anderen zu suchen. Es kommt auf diese Weise auch zu einem vertieften Verständnis der durch sie betreuten Kranken.

Zu Beginn unserer Gruppenarbeit mit den Schülern und Schülerinnen standen gewisse diplomierte Schwestern und Pfleger unseren Bemühungen skeptisch oder gar mißtrauisch gegenüber. Zu dieser Haltung dürfte beigetragen haben, daß sie sich in den »Stunden« besprochen fürchteten. Nachdem sie informiert waren, daß es in den Gruppensitzungen nicht darum geht, Kollegen oder Vorgesetzte anzuschwärzen, sondern aus der Vergangenheit jedes Einzelnen verständliche Projektionen als solche zu erkennen, wurde die Gruppenaktivität mehrheitlich befürwortet. Zu einem besonderen Verständnis kam es, nachdem die Direktion unserer Klinik (Prof. Dr. P. Kielholz) 1959 begonnen hatte, die verschiedenen Kategorien des diplomierten Pflegepersonals je gruppenmäßig zu erfassen. Es wurde angefangen, die leitenden Schwestern und Pfleger der einzelnen Spitalabteilungen in regelmäßigen Abständen zu Sitzungen mit dem Direktor und den zuständigen Oberärzten zusammenzurufen. Der Vorsteher der Klinik oder andere Spitalärzte haben dabei Gelegenheit, die Anwesenden zu orientieren, aber auch sich mit ihnen zu beraten. Selbstverständlich kommen jeweils auch Affekte heraus, die bis anhin zurückgehalten worden waren. Damit besteht für alle Beteiligten eine Entlastungsmöglichkeit. Sehen sie, daß gewisse affektbetonte Behauptungen bei den anderen auf Erstaunen stoßen, so merken sie vielleicht, daß der Grund für ihre Gefühle in ihnen selbst bzw. in ihrer Vergangenheit gesucht werden muß. Erleben sie umgekehrt Verständnis und Wohlwollen, werden sie ihre wirklichkeitsfremde Einstellung meist aufgeben und wieder viel eher bereit sein, an den Klinikaufgaben unvoreingenommen mitzuarbeiten. Auch der Direktor und seine Ärzte erkennen im Rahmen dieser Kollektivsitzungen, was an ihren Plänen Bejahung und was Ablehnung erfährt; demgemäß werden sie Projekte korrigieren können oder aber besser vertreten lernen. Dieses Vorgehen hat sich bei der Planung neuer Stationen bewährt; die Direktion setzt sich mit den verschiedensten Gruppen des Personals zusammen, um in der Diskussion und gegenseitigen Beratung das Projekt reifen zu lassen.

Nachdem wir im Jahre 1959 angefangen hatten, etappenweise alle *diplomierten Schwestern und Pfleger* während zweier Tage des Jahres aus dem Klinikbetrieb herauszunehmen und während dieser Zeit in Kur-

sen ihr fachliches Wissen aufzufrischen wie auch ihnen rationellere Arbeitsmethoden beizubringen, war es gegeben, daß wir allen mitwirkenden Schwestern und Pflägern während einiger Gruppenstunden Gelegenheit gaben, über irgendwelche sie interessierenden Themen, aber auch über eigene Probleme zu diskutieren. Dabei treten nicht selten Spannungen zutage, die so einer Klärung zugänglich werden. Es muß den Beteiligten klargemacht werden, daß diese Gruppengespräche nicht notwendigerweise direkte praktische Konsequenzen für die tägliche Klinikarbeit nach sich ziehen werden, sondern mehr dazu da sind, gegenseitiges Mißtrauen abzubauen, einander kennenzulernen und in der Auseinandersetzung mit den anderen die Sicht zu erweitern. Ähnlich gehen wir in einigen größeren Klinikabteilungen vor, wo wir allmonatlich das dort arbeitende Pflegepersonal zu Gruppensitzungen versammeln. Auch dort diskutieren wir nicht so sehr fachliche Fragen als Probleme, die sich bei der Arbeit für die Anwesenden selber ergeben. Nicht selten wird allen Beteiligten klar, daß die Einstellung zu einem Patienten oder einem Mitarbeiter im Grunde genommen nicht objektiven Gegebenheiten entspricht, sondern aus eigenen Projektionen hervorgeht.

Die in den Gruppensitzungen zustandekommenden Aussprachen wirken sich recht befreiend auf den gesamten Spitalbetrieb aus. Es kommen längst aufgestaute oder verdrängte Affekte zum Vorschein. Mit ihrer Äußerung wird die Klinikatmosphäre von hintergründigen Ressentiments entgiftet. Auch gewinnen die Beteiligten eine erweiterte Sicht in die Motivationen ihres pflegerischen Handelns, so daß sie ihren unbewußten Strebungen nicht mehr so unkritisch ausgesetzt sind wie zuvor. Während es früher nicht immer leicht war, das Pflegepersonal für die Psychotherapie der Patienten zu interessieren, fühlen sich die Schwestern und Pfleger nun viel mehr mitverantwortlich für die psychotherapeutische Ausgestaltung der Klinikatmosphäre im allgemeinen und für die einzelnen psychotherapeutisch zu Betreuenden im speziellen. Sie werden sich so mitverantwortlich fühlen für die ihnen anvertrauten Patienten wie auch für die Entwicklung des Spitals, dem sie zugehören.

### *Bedeutung und Wert der Gruppenpsychotherapie für das psychiatrische Spital*

1. Die im Verbands einer psychiatrischen Klinik durchgeführte Gruppenpsychotherapie gestattet es, die Hospitalisierten intensiver und umfassender anzugehen und zu behandeln als bei ausschließlicher Verwen-

dung individuell-psychotherapeutischer Methoden. Diese Tatsache ergibt sich schon daraus, daß mit dem vorhandenen Ärztstab einer Vielzahl von Patienten ein Mindestmaß an psychotherapeutischer Zuwendung gewährt werden kann. Die Einführung der Gruppenpsychotherapie in einem psychiatrischen Spital bringt, wie wir, entsprechend den Erfahrungen anderer Autoren (Pinsky et al. [1964]), beobachten konnten, eine Zunahme der Kommunikationen zwischen den Patienten untereinander wie auch zwischen diesen und den Ärzten bzw. dem Pflegepersonal mit sich. Sie werden so in ein aktives soziales Geschehen miteinbezogen, das sie dazu anregt, mitmenschliche Beziehungen aufzunehmen und kontaktbehindernde Verhaltensweisen abzubauen.

Indem die Patienten zu therapeutischen Gruppen zusammengefaßt werden, treten vorher beziehungslos nebeneinander auf der Abteilung lebende Patienten miteinander in Kommunikation. Die Gruppenpsychotherapie führt demnach dazu, daß das kontaktlose Mengen-Dasein der Hospitalisierten in ein kommunikatives Gruppen-Dasein übergeführt wird.

2. Zwar treten in den therapeutischen Gruppen immer wieder statische Tendenzen in Erscheinung, die einmal eingenommene Haltungen oder abgelaufene Prozesse institutionalisieren möchten; so wird beispielsweise oft an der Sitzordnung im Kreise der Gruppe festgehalten. Doch besteht in einer therapeutisch sinnvoll geleiteten Gruppe eine dauernde Dynamik, die eine allzu starke Neigung der Gruppe zur Stereotypisierung immer wieder in Frage stellt. Die Patienten sind im Rahmen einer gruppenpsychotherapeutisch aktiven Klinik weniger von der Gefahr bedroht, sich in starren und eingeschliffenen Bahnen zu bewegen, was sich bei Schizophrenen auch im Sinne der Prophylaxe eines sogenannten Defektes auswirken kann. Wie K. Lewin (1963) experimentell nachweisen konnte, führt die Gruppeneinwirkung rascher zu einer Verhaltensänderung als die individuelle Einflußnahme, auch wenn das Einwirken auf den einzelnen, wie beispielsweise bei einem Vortrag bei gleichzeitiger Anwesenheit vieler, jedoch mit ihm nicht verbundener, Individuen geschieht.

3. Die Gruppenpsychotherapie in der psychiatrischen Klinik erlaubt es, die Patienten in einem »gesellschaftlichen« Rahmen zu beobachten und entsprechend zu behandeln. Wie sich die Patienten im Kreise einer therapeutischen Gruppe bewegen, vermag, wie Racamier (1963) sehr zu Recht betont, Aufschlüsse zu geben über die dahintersteckenden psychodynamischen Phänomene. Es wird beispielsweise aufschlußreich für die Ich-Stärke bzw. -Schwäche eines Patienten sein, ob er sich in den im



Kreise der Gruppe stattfindenden Interaktionen behaupten kann, oder ob er an deren Rand gedrängt wird. Die Art und die Intensität, mit der ein Kranker an den Sorgen seiner Gruppenkameraden partizipiert, oder aber sich von den anderen isoliert, kann auch zeigen, wie sehr er imstande ist, sich von seinen eigenen Problemen zu lösen oder wie sehr er, auch bei schwerwiegenden äußeren Ereignissen, in seiner Welt verstrickt bleibt. Eine Teilnahme an den Gefühlen der anderen Gruppenbeteiligten und eine ausgesprochene Identifikation mit ihnen kann allerdings auch als Folge einer Identifizierungsübertragung (Slavson [1958]) entstehen. Treten starke Regressionsphänomene auf und läßt sich ein Gruppenmitglied sichtlich gerne durch die übrigen umsorgen und betreuen, können wir etwa schließen, daß unerfüllte infantile Anliegen in der Gruppenaktivität mobilisiert werden. — Die Beobachtung der Gruppendynamik kann also weitreichende Aufschlüsse über die zugrundeliegenden unbewußten psychischen Motivationen vermitteln.

4. Das Geschehen in der Behandlungsgruppe ist das Produkt multipler, in der derzeitigen Gruppenkonstellation, im Erleben der frühkindlichen Familiengruppe und im urtümlichen Menschheitserleben gründenden Kollektiverfahrungen. Es zeigt sich immer wieder, daß die Prozesse in den »therapeutischen« Gruppen in allen Kulturkreisen recht ähnlich sind. Obschon von den diversen Therapeuten und in den verschiedenen Ländern unterschiedliche Hilfsmethoden bei der Gruppenpsychotherapie angewendet werden, wird aus den verschiedensten Ländern über weitgehend übereinstimmende gruppendynamische Gesetzmäßigkeiten berichtet. Es geht schon aus diesem Umstand hervor, daß die Verhaltensweisen des einzelnen in der Gruppe nicht nur für ihn typisch, sondern auch artspezifisch sind. Bestehen in einer Klinik verschiedene therapeutische Gruppen, so kann bei vergleichender Betrachtung dieser Behandlungskollektive festgestellt werden, daß die Gruppenprozesse in allen diesen Kollektiven in ähnlicher Art und Reihenfolge ablaufen: initiale, eventuell von mehr oder weniger manifester Angst begleitete Erwartungseinstellung, Katharsis mit entsprechender Aggressionsenthemmung, Entstehung multipler und multidimensionaler Übertragungs-, inklusive Widerstandseinstellungen, Aufklärung der Übertragung bzw. des Widerstandes, Einsicht und Wandlung der Beteiligten. Die Klinik vermittelt bei vergleichenden gruppenpsychotherapeutischen Studien eine Gelegenheit, gruppendynamische Gesetzmäßigkeiten, die für den Menschen ganz allgemein typisch sind, kennenzulernen.

5. Indem bei Emotionen der verschiedenen Gruppenmitglieder immer auch die Gefühle anderer mitschwingen, kommt es zu einer »Verstärker-

wirkung« (Bategay [1961]) auf die Affekte. Die Potenzierung der Emotionen kann zwar dazu führen, daß sonst inapperzent gebliebene Gefühle manifest und damit einer Bearbeitung zugänglich werden. Doch kommt es gelegentlich gerade infolge dieses Verstärkereffektes dazu, daß, bei ungünstiger Zusammensetzung, insbesondere der Großgruppen, die Affekte bei allen Beteiligten gleichzeitig dominant werden. Der vorher wohl struktuierten Gruppe droht dann, zu einer überbordenden Bande zu entarten, in der die verschiedenen Beteiligten entweder blind mitlaufen oder aber sich vollkommen inadäquat, desintegriert verhalten (Stahelin [1947]). Wir haben in den therapeutischen Großgruppen verschiedentlich eine solche Entartung der Gruppe in eine »Masse im Kleinen« beobachten können; sie trat allerdings nur dann auf, wenn der Therapeut infolge mangelnder Erfahrung die Möglichkeiten einer solchen Entwicklung nicht kannte und geltungssüchtig-monopolistische, querulatorische oder hyperthyme-manische Patienten, die sie in Gang brachten, nicht rechtzeitig ausschloß. Indem die Gruppe nach den Entstehungsgründen der kathartisch entladenen Gefühlskonflikte fahndet, übt sie aber eine mildernde Funktion auf die Emotionen der Beteiligten aus. Dieser Umstand ist vor allem in den aus Schwestern und Pflägern und den aus Ärzten zusammengesetzten Gruppen zu erkennen. Für die Gesamtklinik kommt deshalb diesen therapeutisch orientierten Gruppen eine entgiftende und entspannende Wirkung zu.

6. Die Kenntnis der Gruppendynamik erleichtert, neben der Beurteilung des Geschehens in den Behandlungsgruppen, das Verständnis der spontanen Gruppenformierungen auf den Krankenstationen. Ungünstige Zusammensetzungen der Patienten auf den Abteilungen können, wenn nötig, geändert und damit einerseits hindernde Einwirkungen beseitigt und andererseits therapeutische Stimuli bewirkt werden.

7. Die in den therapeutischen Kollektiven sich geltend machende Kohäsion der Beteiligten wie auch die Intensität des Gruppengeschehens üben auf die Beteiligten eine Zentripetalkraft aus, so daß allfällige Entweichungstendenzen kompensiert werden können. Das gegenüber anderen Gruppenzugehörigen entstehende Verantwortungs- und Verpflichtungsgefühl trägt dazu bei, daß die Patienten sich der Gruppenordnung fügen. Nicht zuletzt ist zu erwähnen, daß es den Patienten oft leichter fällt, Beschränkungen und Versagungen, die ihnen durch die Mitpatienten auferlegt werden, zu ertragen, als ärztliche Anordnungen. Auch daher ist das Fortlaufen in einer gruppenzentrierten Klinik seltener als in einem Spital, das nicht in solche kleine Kollektive unterteilt ist. Die Gruppenstruktur einer psychiatrischen Klinik ersetzt umgrenzende

Mauern. Wir haben deshalb in unserer, ohnehin in einzelne Pavillons und damit in (Groß-)Gruppen gegliederten Klinik vor einigen Jahren alle abschließenden Mauern weggerissen und dabei gesehen, daß noch weniger Entweichungen auftreten als zuvor, da nunmehr der Anreiz, eine Mauer verbotenerweise zu übersteigen, wegfiel.

Die Patienten, von denen übrigens die Mehrzahl freiwillig zu uns kommt und die auf die erwähnte Weise freiheitlich behandelt werden, beteiligen sich viel intensiver an den therapeutischen Maßnahmen als bei Verwendung von Zwang. Sie werden therapeutisch mitverantwortlich für sich selbst. Aber auch das Personal lernt erkennen, daß die Förderung der persönlichen Verantwortlichkeiten — was nicht heißen will Überforderung — die bessere Einstellung den Patienten gegenüber ist, als sie hinter Mauern vollkommen abhängig zu halten. Es hat sich beispielsweise bei den in unserer Klinik seit 1929 allen Patienten, die nicht selbst- oder fremdgefährlich sind, gewährten Weekend-Ausgängen gezeigt, daß jeweils nur vereinzelte wegblieben. Im allgemeinen kommen die Patienten recht gerne in die ihnen vertraute Klinik zurück. Gelegentlich kann die Affinität zur Gruppe und zum gruppencentrierten Spital gar derart werden, daß die Patienten kaum mehr bereit sind, aus der Klinik auszutreten, oder nach Entlassung bald wieder in die Gruppengeborgenheit zurückzukehren wünschen. Es hat sich deshalb bei uns als Lösung bewährt, die entlassenen Patienten, welche mit dem Spital dermaßen verbunden sind und ohnehin nicht an Klinik- oder Entlassengruppen teilnehmen, pro Woche einmal zu einem Spielabend auf die Abteilungen einzuladen, womit sie sich nicht vollkommen vom Kollektiv losgelöst fühlen und Halt gewinnen. Durch das weitere Mitwirken an den therapeutischen Gruppen oder am Betrieb der Krankenstation — die im Grunde nichts anderes als eine Großgruppe darstellt — verbessert sich dementsprechend auch die Prognose.

Mit der durch zunehmende Gruppenstrukturierung der Klinik möglich gewordenen beschleunigten Öffnung früher geschlossener Stationen und des Spitals als ganzem kommt es, wie auch Harris et al. (1960) beobachteten, zu einem zunehmenden Kontakt zwischen Klinik und Außenwelt. Angehörige scheuen sich nicht mehr, ihre Kranken zu besuchen; sie interessieren sich für sie, und wir sehen zu den Besuchszeiten jeweils ganze Ströme von Bekannten und Verwandten in die Klinik kommen, während früher nur vereinzelte nahe Angehörige den Weg zu den Patienten fanden.

8. Die Gruppenpsychotherapie wird in der psychiatrischen Klinik meist nicht als alleinige Behandlungsmethode angewendet. Sie ergänzt

jedoch die psychischen und pharmakologischen Behandlungsmethoden in den sozialen Bereich hinein und gibt den Patienten Gelegenheit, Realitätserfahrung zu sammeln. Wird eine ganze Spitalabteilung als therapeutische (Groß-)Gruppe gestaltet, so wird die Kollektivtherapie zum zusammenfassenden Band für alle Patienten. Die zusätzliche Gruppenbehandlung schafft einen Ausgleich zwischen den einzelnen, der es eher gestattet, die Patienten entsprechend den individuellen Erfordernissen unterschiedlich zu behandeln, ohne daß Rivalitätskonflikte zu entstehen drohen.

9. Erhalten die Spitalärzte in Klinikgruppen selbsterlebte Kenntnis von den Prozessen, die sich in einem therapeutischen Kollektiv abspielen, so werden sie ein tieferes Verständnis für die spontan sich auf den Krankenabteilungen abwickelnden gruppenspezifischen Gesetzmäßigkeiten haben wie auch das, was in den eigentlichen therapeutischen Gruppen geschieht, besser verstehen. Bei gleichzeitiger gruppenpsychotherapeutischer Arbeit mit dem Pflegepersonal wird das psychotherapeutische Anliegen an die Schwestern und Pfleger herangetragen. Es wird ein Team geschaffen, das sich gemeinsam mit den Ärzten der psychischen Behandlung der Patienten annimmt. Durch die gruppenmäßige Erfassung von Ärzten und Pflegepersonal wird ein Weiteres dazu beigetragen, eine therapeutisch aktive Atmosphäre in die Klinik hineinzutragen.

10. Die gleichzeitige Gruppenbehandlung der Angehörigen von Hospitalisierten gestattet einen besseren Kontakt mit der Familie. Dabei kommen auch viel eher allfällige Fehlhaltungen der familiären Umgebung der Patienten zum Vorschein, so daß die Therapeuten sich damit auseinandersetzen können.

11. Indem wir in der Regel zwei Therapeuten bei der Leitung einer Gruppe zur gegenseitigen Kontrolle und Ergänzung einsetzen, wird es auch möglich, angehende bzw. auszubildende Gruppenpsychotherapeuten als Co-Therapeuten einzusetzen. Außer mit der Schaffung von Lehrgruppen und entsprechenden Kursen wird die psychiatrische Klinik hauptsächlich durch die Möglichkeiten, einen Hilfs- oder Co-Therapeuten an den therapeutischen Kollektiven mitwirken zu lassen, instand gesetzt, angehende Gruppenpsychotherapeuten auszubilden.

Die Gruppenpsychotherapie mit den nosologisch unterschiedlich zusammengesetzten Großgruppen wie auch mit den diagnostisch einheitlichen Kleinkollektiven von Patienten und mit den Ärzte-, Personal- und Angehörigengruppen hat nicht nur eine aktivere Behandlungsatmosphäre im Gefolge; sie gestattet vor allem auch eine Erfassung und Be-

handlung des psychisch kranken Menschen in seinen sozialen Be- und Vollzügen. Mit gleichzeitiger Anwendung der Gruppenbehandlung wird die Therapie nicht nur auf das Individuum, sondern auch auf dessen soziale Verstricktheit ausgerichtet. Durch die Haltungen und Reaktionen des Patienten im Rahmen der Gruppe ist zu ermesen, welchen Einwirkungen er in seiner frühkindlichen und späteren Umgebung ausgesetzt war, bzw. heute noch ist, und welche Umweltfaktoren auf ihn pathogen wirkten oder immer noch wirken.

Doch könnte bei unseren bisherigen Ausführungen der Eindruck entstehen, daß wir die Gruppenpsychotherapie ohne Einschränkung empfehlen. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, daß die Kollektivbehandlung beispielsweise auch die Gefahr der Massen- bzw. Bandenbildung beinhaltet. Auch wird die Gruppenpsychotherapie einem Individuum kaum je das geben können, was ihm das gründlichere individuelle Eingehen auf seine Problematik zu bieten vermag. Außerdem kann sich die Gruppenbehandlung auf gewisse Patienten unter Umständen ungünstig auswirken, so zum Beispiel auf agitierte Depressive, manische Kranke, sehr ich-schwache Schizophrene, hyperthyme, hysterisch-geltungssüchtige oder querulatorische Persönlichkeiten. Oder aber die Gruppe bzw. die Gruppendynamik leidet bei der Teilnahme solcher Patienten, so daß sie deshalb von der Kollektivbehandlung ferngehalten werden müssen.

Doch alle die kurz erwähnten Nachteile und Kontra-Indikationen können nicht verbergen, daß die Einführung der Gruppenpsychotherapie in die klinische Psychiatrie ein weiterer Schritt zu einer umfassenden Behandlung des psychisch Kranken ist. Nach wie vor werden wir aber nach Methoden zu fahnden haben, die einen noch besseren und vielseitigeren Zugang zum Menschen in seinem psychischen Kranksein gestattet.

### *Gruppenpsychotherapie versus individuelle Psychotherapie*

Die Gruppenpsychotherapie ist nicht als eine oberflächlichere Methode als die individuelle psychotherapeutische Behandlung aufzufassen. Im Gegenteil, die Verstärkerwirkung der Gruppe auf die Gefühle bringt es mit sich, daß bei den Beteiligten oft sehr rasch eine Erlebens-tiefe erreicht wird, wie sie in der individuellen Behandlung kaum je — oder kaum je in so kurzer Zeit — erzielt werden kann. Auch zeitigt die Gruppe qualitativ andere psychologische Effekte als die duale psychotherapeutische Situation. So ist die Gruppe vor allem geeignet, in der Phantasie der Beteiligten vergangene oder gegenwärtige Kollektivsitua-

tionen zu (re)aktivieren, während in der individuellen Psychotherapie eher einzelne Beziehungspersonen der Vergangenheit und der Gegenwart aufleuchten. Auch wird in der (therapeutischen) Gruppe die Große Mutter viel eher aufleben als in der Einzelpsychotherapie. Die Gruppenpsychotherapie ist demnach nicht nur eine quantitativ von der Einzelbehandlung unterschiedliche Methode, sondern auch qualitativ von der individuellen Psychotherapie verschieden. Es geht bei der Gruppenpsychotherapie nicht einfach darum, mehr Individuen gleichzeitig erfassen zu können. Zwar sind wir einerseits nicht der Ansicht von *Preuss*, der betont, daß die Gruppenpsychotherapie es nicht gestatte, im gleichen Zeitabschnitt mehr Patienten zu behandeln als mittels der individuellen Therapie. Doch sind wir andererseits mit ihm darin einig, daß die Gruppenpsychotherapie nicht lediglich ein dem Arzt zeitsparendes therapeutisches Verfahren darstellt. Die Gruppenpsychotherapie hat ihre spezifischen Wirkungen und demnach auch ihre speziellen Indikationen, genauso, wie die individuelle Psychotherapie sie besitzt.

Der Umstand, daß die Patienten nicht nur von einem Therapeuten betreut, sondern auch von gleichermaßen Betroffenen umgeben sind, bringt es mit sich, daß das therapeutische Anliegen nicht nur durch eine Einzelperson, sondern durch ein Kollektiv therapeutisch Mitwirkender vertreten wird. Der Therapeut hat es einerseits infolge des therapeutischen Mithelfens der Gruppe bei der Behandlung der Patienten leichter als bei deren Einzelerfassung. Manche Interpretation, die durch ein Mitglied gegeben wird, erspart das Eingreifen des Therapeuten. Doch ist andererseits in der Gruppe die Aufgabe für den Therapeuten auch schwerer. Nicht nur daß er sich in einer vielschichtigen und vielseitigen Übertragungssituation zu bewähren hat, sondern auch der Umstand, daß Ungeschulte an der therapeutischen Aktivität mitwirken, gestaltet seine therapeutische Arbeit schwierig. Die Vermittlung des Behandlungsanliegens durch die therapeutisch mitaktive Gruppe ist für die Patienten zwar oft eindrücklicher als das ausschließliche Bemühen eines Therapeuten. Doch kann von einem Kollektiv nie jene Subtilität des Vorgehens erwartet werden, wie wir sie bei einem geschulten Analytiker voraussetzen dürfen. Auch ist die Einzelbeziehung in einer Gruppe nie derart intensiv wie in einem Zweierverhältnis. Die Summe der Gefühlsintensitäten der Einzelbeziehungen im Kollektiv ist indessen meist größer als die in der Einzeltherapie aufkommende Emotion. Doch ist die Begegnung zweier Individuen in der Gruppe nie eine so intensive wie in der dualen psychotherapeutischen Situation. Der einzelne kann im Kollektiv der Auseinandersetzung mit einem anderen Zugehörigen immer wieder auswei-



chen, während in der klassischen psychotherapeutischen Situation die Konfrontation mit einem anderen Individuum ausgehalten werden muß. Dementsprechend eignet sich die individuelle psychotherapeutische Situation für das Durcharbeiten eines Konflikthaltendes weit eher als die Therapiegruppe. Ein Ausweichen vor der Begegnung ist bei der innigen Beziehung zwischen Arzt und Patient in der Psychoanalyse nur sehr schwer möglich. In der Kollektivsituation kann demgegenüber der Widerstand eines Patienten bedeutend leichter und unauffälliger Mittel und Wege finden, das therapeutische Bemühen zu sabotieren. Obschon alle Mitwirkenden und die Gesamtheit, bewußt oder unbewußt, mithelfen können, Widerstandshaltungen aufzudecken und abzubauen, kann gerade die Intensität der Interaktionen in einer Gruppe — geschickt getarnte — Widerstände einzelner überdecken. Schon deshalb betrachten wir die individuelle Psychotherapie als eine gründlichere Methode als die Kollektivbehandlung. Sie gestattet es in der Regel besser als die Gruppenmethode, aufgetauchte Konflikte eingehend zu verarbeiten. Vermehrte Gründlichkeit ist aber nicht zu verwechseln mit größerem Tiefgang. Wie erwähnt, kann die Gruppenpsychotherapie — oft in kürzester Zeit — emotionale Tiefen erreichen, wie wir sie bei der Einzelbehandlung kaum erleben. Doch, schon allein infolge des Umstandes, daß mehrere Individuen gleichzeitig beteiligt sind, erlaubt die Gruppe keine so eingehende Beschäftigung mit aufgetauchten Fragen wie die Einzelbehandlung. Die Gruppenpsychotherapie ermöglicht es demgegenüber, wie wir im vorherigen Kapitel geschrieben haben, viel eher als die duale psychotherapeutische Situation, typische Haltungen einzelner und der Gesamtheit zu erkennen. Besonders weil in einem Kollektiv so viele Interaktionen vor sich gehen, wird der einzelne immer wieder veranlaßt, neu — oder, trotz neuer Situationen, in gewohnter Weise — Stellung zu beziehen. Während die individuelle Psychotherapie vor allem eine »Inhaltsanalyse« gestattet, bietet der Rahmen einer psychotherapeutischen Gruppe insbesondere Gelegenheit zu einer »Haltungsanalyse«. Im Extremfall könnte man sagen, daß der Patient in der Einzelbehandlung zwar eine umfassende Einsicht in seine Grundproblematik gewinnen kann, doch nicht notwendigerweise Gelegenheit hat, neue, gesunde Verhaltensweisen zu lernen.

In der Gruppenpsychotherapie würde dem Patienten, unter gleichem Aspekt, infolge der Realitätsintensität des Kollektivs, vielleicht wenig Muße zur Einsicht gegeben, doch um so mehr die Möglichkeit zum Lernen neuer Einstellungen und Haltungen, zur Wandlung geboten. Balint hat wohl an ähnliches gedacht, wenn er schreibt: »Jeder, der auf beiden



Gebieten (Gruppenpsychotherapie und individuelle Psychotherapie) Erfahrung besitzt, wird zustimmen, daß die therapeutischen Ergebnisse jeweils ganz verschieden sind, obwohl es schwer zu beschreiben ist, worin der genaue Unterschied besteht. Versuchen wir immerhin eine wenn auch grob umrissene und keineswegs gut belegte Definition zu geben, die wenigstens die Richtung aufweisen soll, in welcher dieser Unterschied zu suchen ist. Man könnte vielleicht sagen, daß der Patient nach einer erfolgreichen psychoanalytischen Behandlung *deutlich weniger neurotisch* (oder psychotisch), *aber vielleicht nicht unbedingt wirklich reif* geworden ist; nach einer erfolgreichen Behandlung mit Gruppenmethoden ist der Patient *nicht notwendigerweise weniger neurotisch, aber deutlich reifer.*« Diese prägnanten Formulierungen wollen wohl kaum wörtlich, sondern lediglich als ein Versuch, das spezielle Wesen der beiden psychotherapeutischen Methoden zu fassen, betrachtet werden. Bereits die Tatsache der sich in der Gruppe abspielenden multiplen und multidimensionalen Übertragungen muß zu einer Bearbeitung neurotischer Konflikte führen. Ebenso bietet die duale psychotherapeutische Situation auch Gelegenheit, Fehlhaltungen zu erkennen und abzubauen. Die Analysanden berichten in der Einzeltherapie über ihre — sozialen — Erfahrungen im Intervall zwischen den Sitzungen. Es wird so auch in der individuellen Psychotherapie immer wieder zu *Dekonditionierungs- und Neukonditionierungsprozessen* kommen. Wir können demnach nicht sagen, daß die Einzelbehandlung die Realitätsprüfung nicht gestattet. Allerdings ist der Rahmen einer therapeutischen Gruppe, bei seiner *Interaktionsdichte* und seiner dadurch bedingten *Realitätsintensität*, meist noch besser in der Lage, dem Patienten die äußere Ordnung, die Prinzipien und Koordination der Gesellschaft, aufzuzeigen. Bei der Gruppenpsychotherapie werden die Beteiligten gleichzeitig in die analytische Arbeit und einen *sozialen Lernprozeß* miteinbezogen, während die individuelle Psychotherapie das analytische Erhellern und das soziale Lernen zeitlich auseinandernimmt. Auch daraus ergeben sich Vor- und Nachteile der Gruppenbehandlung und der individuellen Psychotherapie. Die gleichzeitige Ausrichtung der Gruppenpsychotherapie auf Analyse und soziale Erfahrung läßt sie zu einer Methode werden, die durch das parallele Vorgehen zweier therapeutischer Prozesse Zeit spart. Doch besteht dabei, wie bereits angeführt, die Gefahr, daß sie zu wenig gründlich ist und vielleicht allzu sehr die Realitätsanpassung erstrebt. Der — individuellen — Psychoanalyse demgegenüber haftet etwa der Nachteil an, daß in der therapeutischen Arbeit die gesellschaftlichen Gegebenheiten zu wenig berücksichtigt werden.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen individueller und kollektiver Psychotherapie ergibt sich auch daraus, daß die Gruppenbehandlung auf der einen Seite dem einzelnen die Möglichkeit bietet, an Selbstbewußtsein zu gewinnen. — Schon allein das Sprechen vor einer teilnehmenden Gruppe vermag dem Betreffenden oft eine größere Selbstsicherheit zu vermitteln. — Auf der anderen Seite läßt eine adäquat zusammengesetzte Gruppe Monopolansprüche eines einzelnen nicht zu. Auch ist es für einen Mitwirkenden in der Gruppe kaum je möglich, die Aufmerksamkeit des Kollektivs während längerer Zeit auf sich zu zentrieren, wie es einem Zugehörigen auch nicht gelingen kann, seine eigene Aufmerksamkeit dauernd auf sich selbst gerichtet zu halten. Die Gruppe mit ihrer Vielfalt von Interaktionen, aber auch mit ihrer Mannigfaltigkeit von Erwartungen und Ansprüchen der verschiedenen Beteiligten, gestattet es nicht, daß die Libido mehr oder weniger vollständig von den Objekten abgezogen und auf das eigene Ich ausgerichtet bleibt. Wir haben bei individuell Analysierten, die an einer psychotherapeutischen Gruppe mitwirkten, schon wiederholt beobachten können, daß sie offenbar in der dualen psychotherapeutischen Situation den — sekundären — Narzißmus (Freud) nicht genügend abgebaut hatten. Wenn sie dann von der Gruppe etwa hart angegangen wurden, so konnten sie primär recht empfindlich reagieren. Es bestand sogar die Gefahr, daß sie sich vom Kollektiv zurückzogen. Hielten sie es aber in der Behandlungsgruppe aus, so glückte es ihnen im allgemeinen, sich ihrer narzißtischen Tendenzen bewußt zu werden und sie im Gruppenprozeß allmählich zu verarbeiten.

In einer Ärztesgruppe kam die Diskussion auf einen Beteiligten. Er unterstrich, daß er zu einem anderen Gruppenmitglied, der mit ihm zusammenarbeitete, recht kameradschaftlich stehe. Eine andere Zugehörige platzte jedoch heraus, daß sie den Arzt schon bei der Arbeit erlebt habe. Sie habe ihn als sehr bestimmend in Erinnerung. Er habe sie zu einer Besprechung über einen Patienten, den sie ihm zugewiesen habe, beigezogen und sie etwa zwei Stunden einer zwischen ihm und dem Patienten geführten Besprechung zuhören lassen, ohne ihr die Möglichkeit zum Sprechen zu geben. Sie habe irgendwie gespürt, daß sie eine sekundäre Rolle zu spielen gehabt habe. Sie habe ihn von damals ganz ausgesprochen als dominierend in Erinnerung. Der angesprochene Kollege errötete, fühlte sich offensichtlich indigniert, gekränkt, und er versuchte, die Schwierigkeiten zwischen ihm und der Kollegin auf den sehr stark problembehafteten Patienten abzuschieben. Doch beharrte die Kollegin auf ihrer Aussage, daß er sehr autoritär auf sie gewirkt habe. Obschon er sich durch die Aussagen der Gruppenbeteiligten offensichtlich in seiner Eigenliebe

verletzt fühlte, schien er sich allmählich doch auf den Aussagegehalt ihrer Worte zu besinnen. Es schien ihm klarzuwerden, daß er in der Gruppe seine narzißtische Fiktion einer unnahbaren Größe nicht aufrechterhalten kann. — Bei dieser Begebenheit wurde also ersichtlich, daß der Narzißismus eines Beteiligten, der bereits eine — individuelle — Psychoanalyse durchgemacht hatte, durch die Einwirkung einer anderen Zugehörigen vor einem Kollektiv mit Erfolg in Frage gestellt werden konnte. Dabei war die Mitwesenheit der Gruppe keineswegs unwichtig. Ein anderer Zugehöriger kommentierte nämlich zweimal das Verhalten des hart angefaßten Arztes und betonte, daß er sich merkwürdig verhalte, beinahe unverständlich spreche, und er tönte an, daß er sich — unberechtigterweise — auf das hohe Roß setze.

In einer therapeutischen Zweierbeziehung, in der sich der Psychoanalytiker ausschließlich mit einem Patienten beschäftigt, wird zwar einerseits der Narzißismus durch den Therapeuten ebenfalls oft angegangen werden können. Der Umstand aber, daß der Analytiker sich dauernd nur mit ihm abgibt, seine ganze Aufmerksamkeit auf ihn richtet, kann andererseits dazu führen, daß seine narzißtischen Tendenzen eher noch gestärkt werden. Schon deshalb wäre es wünschenswert, daß jeder individuell ausgebildete Therapeut noch einer analytischen Lehrgruppe beitrete. Es wäre so nicht nur eher die Gewähr gegeben, daß er seine unbewußten Motivationen, die in einer Kollektivsituation aufsteigen, kennenlernte, es bestünde nicht nur die Aussicht, daß er seine Patienten in ihrer sozialen Verstricktheit besser erfaßte, sondern auch, daß er seine narzißtischen Tendenzen, die den Zugang zu den Patienten nur verbauen, seine Sicht nur verfälschen können, erkennte und im Gruppengeschehen abbaute.

Wird ein Gruppenmitglied allerdings durch das realitätsintensive Geschehen allzusehr bedrängt, besteht die Gefahr, daß es seine Libido auf das Ich zurückzieht. So haben wir bei Schizophrenen, die in eine psychotherapeutische Gruppe miteinbezogen waren, nicht nur gesehen, daß sie Libido, die sie auf sich selbst verlegt hatten, wieder mehr auf die anderen richteten, sondern auch umgekehrt, daß die narzißtischen Tendenzen noch ausgeprägter wurden. Die Gruppenrealität hatte sie überfordert, so daß sie sich nun gänzlich von ihr zurückzogen. Damit ist auch ausgesagt, daß die Realitätsintensität des therapeutischen Kollektivs nicht nur dazu beitragen kann, jegliche Art von Selbstbezogenheit, auch des Autismus, zu mildern, sondern gelegentlich auch dazu führen mag, daß ein noch konsequenterer Rückzug von der äußeren Realität gesucht wird. Die Gruppenpsychotherapie trägt das Anliegen der äußeren Reali-

tät viel stärker an das Individuum heran als die individuelle Psychotherapie. Doch kann die Außenwelt in einer solchen Stärke auf ein Individuum eindringen, daß etwa, bei Ich-Schwäche, ein gänzlicher Rückzug von der Welt erfolgt. Die individuelle Psychotherapie wird von ichschwachen Schizophrenen in der Regel nicht als bedrohlich erlebt, wie es gelegentlich bei der Gruppenpsychotherapie der Fall ist. Das Wir-Erlebnis in der Gruppe ist meist mehr als die Einzelpsychotherapie dazu angetan, bei den einzelnen Vertrauen und ein Gefühl des Haltes zu erwecken. Übersieht jedoch ein sehr auf seinen eigenen Weltbezug eingeengtes Individuum, wie beispielsweise ein Depressiver oder ein paranoider Schizophrener, das vielseitige und vielschichtige Gruppengeschehen nicht mehr, so kann die Gruppenpsychotherapie weit eher als die individuelle Behandlung zu einem schwerwiegenden Mißtrauen führen. Ein Patient wird in der klassischen Psychotherapie kaum je in einem dermaßen starken Ausmaß am Menschen zweifeln oder sogar verzweifeln, wie wir es in der kollektiven Psychotherapie schon beobachtet haben.

Es kann vielleicht überhaupt gesagt werden, daß die individuelle Psychotherapie im Vergleich zur Gruppenbehandlung einen intimeren Rahmen bietet. Diese Aussage will aber nicht heißen, daß intime Probleme nur in der Zweiersituation geäußert werden. Die Verstärkerwirkung der Gruppe bringt es im Gegenteil mit sich, daß die Beteiligten oft sehr rasch, ja sogar meist früher, als es in der individuellen Psychotherapie der Fall wäre, ihre inneren Anliegen, Erwartungen und Triebregungen preisgeben. Doch geben sie sie in der Gruppe, angeregt, induziert durch die anderen, oft so früh bekannt, daß sie es später oft bereuen, vorgeprellt zu sein. Sie fühlen sich dann in der Regel allein gelassen, nicht genügend verstanden.

Die Behandlungsgruppe gewährt aber meist durchaus jene Intimität, die zum Entstehen von Übertragungen unerläßlich ist. Doch sind die Übertragungsbeziehungen in einer Gruppe naturgemäß bedeutend komplizierter als im therapeutischen Zweierverhältnis. In der Gruppensituation sind von einem Mitglied gleichzeitig die verschiedensten Übertragungseinstellungen zu den diversen anderen Teilnehmern wie auch zur Gesamtheit möglich. Gleichzeitig gehen von anderen Zugehörigen Übertragungsregungen aus, in die ein Mitglied nicht miteinbezogen zu sein braucht. Dementsprechend sind in einer Gruppe, wie wir bereits angeführt haben, die Übertragungen multipel und multidimensional; sie sind — von einem Mitglied aus gesehen — vielseitig — und — von der gesamten Gruppe aus betrachtet — vielschichtig, d. h., es können nebeneinander verschiedene Übertragungsprozesse laufen. Von einem Teilnehmer

können also gleichzeitig beispielsweise zu den anderen Gruppenmitgliedern Rivalitätskonflikte und zum Therapeuten Autoritätsvorstellungen (multiple Übertragungen) ausgetragen werden. Außerdem ist die Tatsache anzuführen, daß, während beispielsweise ein Mitglied gegenüber einem seiner Gruppenkameraden in eine brüderliche Rivalitätsproblematik verstrickt ist, andere parallel dazu, auf einer anderen Ebene, durch einen Autoritätskonflikt in ihrer Beziehung zum Therapeuten befangen sein können (multidimensionale Übertragungen).

Unsere Erfahrungen zeigen, daß in den Behandlungsgruppen das Autoritätsproblem oft rascher in Erscheinung tritt als in der psychotherapeutischen Zweiersituation. Ein Therapeut, der in und vor einer Gruppe wirkt, mobilisiert offensichtlich oft früher in der Lebensgeschichte der einzelnen wurzelnde Autoritätsvorstellungen als die therapeutische Zweiersituation. Auch — geschwisterliche — Rivalitätskonflikte treten in der Gruppe oft recht bald und sehr ausgesprochen in Erscheinung.

In einer Ärzteguppe verriet ein Beteiligter seine mehr oder weniger unbewußte Absicht, sich über die anderen zu erheben, indem er zu Beginn einem Mitglied nach dem anderen explorative Fragen stellte. Erst nachdem sich ein Mitglied energisch gegen das Verhalten des Kollegen verwahrt hatte, hielt er in seinem Tun inne. In der darauffolgenden Diskussion zeigte es sich deutlich, daß dieser Arzt — wohl vornehmlich unbewußt — seinen Führungsanspruch durchzusetzen wünschte, weil er auf diese Art die Oberhand über seine Gruppenkollegen, die er in der Übertragung als rivalisierende Brüder erlebte, gewinnen wollte.

In der Zweiersituation der klassischen Psychotherapie werden zwar ebenfalls anachronistische Autoritäts- und Rivalitätsphantasien wiederbelebt. Doch läßt die Intimität der dualen psychotherapeutischen Situation Macht- und Konkurrenzprobleme weniger rasch aufkommen oder zumindest weniger schnell deutlich werden. Der Spiegeleffekt der Gruppe führt eben oft rascher dazu, daß die Betroffenen ihrer autoritären und komperativen Verhaltensweisen früher gewahr werden als die einzeln Behandelten.

Wie die Übertragungen sind auch die Widerstände in der Gruppenpsychotherapie komplexer als in der psychotherapeutischen Zweiersituation. Auch sie sind multipel und multidimensional. Sie sind deshalb oft auch schwieriger zu entwirren als in der klassisch-analytischen Situation.

Für den Therapeuten ist die Aufgabe der »Leitung« einer therapeutischen Gruppe schwieriger als die Funktion eines — individuellen —

Psychoanalytikers. Nicht nur daß der Gruppenanalytiker neben den tiefenpsychologischen Kenntnissen auch sozialpsychologisches Wissen haben sollte, sondern vor allem auch die Tatsache, daß er in ein Kreuzfeuer von Übertragungen und Widerständen miteinbezogen ist und gleichzeitig noch Gefühlsprozesse im Kollektiv vor sich gehen, durch die er nicht direkt betroffen ist, gestaltet sein Wirken äußerst schwierig. Wenn mancherorts geglaubt wird, daß man einem Arzt einfach die Aufgabe übertragen kann, eine Behandlungsgruppe zu führen, so fußt diese Annahme nicht auf objektiven Grundlagen. Ich selbst habe es zu Beginn meiner Gruppenerfahrungen zur Genüge erlebt, was es heißt, unvorbereitet vor die Aufgabe der »Leitung« psychotherapeutischer Gruppen gestellt zu sein. Während in der Einzelpsychotherapie bei Unkenntnis tiefenpsychologischer Gesetzmäßigkeiten Unheil für einen einzelnen entstehen kann, sind in der Gruppe naturgemäß gerade mehrere Individuen geschädigt. In der Gruppenpsychotherapie sind Komplikationen direkt, durch ungünstige psychologische Auswirkungen des Leiters auf die Beteiligten oder der Beteiligten untereinander, möglich, aber auch indirekt, wenn sich im Kollektiv soziale Prozesse abwickeln, die sekundär einen ungünstigen psychischen Effekt auf die Zugehörigen zur Folge haben. Eine Gruppe kann zum Beispiel, besonders bei ungeeigneter Leitung, zu einer »Masse im Kleinen« entarten, in der die einzelnen keine differenzierte Funktion mehr ausüben, sondern nur noch blind, ohne eigene Verantwortung mitlaufen. Eine Gruppe kann aber auch zur »Menge im Kleinen« degenerieren. Obschon die Teilnehmer noch nebeneinander sitzen, verbinden sie keine inneren Rapporte mehr. Sie haben sich in eine »innere Emigration« (Muchow [1959]) begeben, leben beziehungslos neben den anderen Anwesenden. Eine solche Entartung zur »Menge im Kleinen« ist dann zu sehen, wenn die gegenseitigen Einwirkungen zu dicht sind, die einzelnen den Individualitäts- und Eigenständigkeitsverlust befürchten und sich deshalb auf sich selbst zurückziehen. Es braucht wohl nicht näher dargelegt zu werden, weshalb sich sowohl die Entartung zur »Masse im Kleinen« als auch die Entdifferenzierung zur »Menge im Kleinen« ungünstig auf die einzelnen auswirken.

Die Aktualität, die die vielfältigen Interaktionen der therapeutischen Gruppe verleihen, bedingt es, daß in der Gruppenpsychotherapie dem *hic et nunc* eine weit entscheidendere Bedeutung zukommt als in der klassischen Psychotherapie. Vielleicht nicht zuletzt infolge einer Auswirkung der Gruppenbehandlung auf die individuelle Psychotherapie haben wir gelernt, unser Augenmerk auch in der psychoanalytischen Zweiersonnen-situation vermehrt auf den gegenwärtigen Aussagegehalt der Worte und

Verhaltensweisen des Patienten in der Beziehung zum Therapeuten zu legen. Zwar messen wir schon seit Freud der Übertragungsneurose im Rahmen der Psychoanalyse eine wesentliche Bedeutung bei. Doch haben wir gerade durch die Erfahrungen in der Gruppenpsychotherapie auch erkannt, daß es nicht nur gilt, zu Einsichten zu verhelfen, sondern auch Fehlverhaltensweisen in der — aktuellen — Beziehung des Patienten zum Arzt immer wieder in Frage zu stellen, sie zu »deconditionieren« und den Patienten das Üben neuer Haltungen und Einstellungen zu ermöglichen.

Wenn wir in dieser Weise *Gruppenpsychotherapie* und *individuelle Psychotherapie* einander gegenübergestellt haben, erkennen wir, daß die beiden Methoden einander keineswegs ausschließen. Sie ergänzen sich vielmehr. So wie die Gruppenbehandlung die Psychotherapie in den sozialen Bereich hin erweitert, ebenso trägt die — individuelle — Psychoanalyse das psychotherapeutische Anliegen in die Intimität und Intensität dialogischer Begegnung.

*Zusammengefaßt* wollen wir festhalten:

1. Die Gruppenpsychotherapie geht unter Umständen tiefer als die Einzelbehandlung, doch stellt die individuelle Psychotherapie eine gründlichere Methode dar.

2. Die Vermittlung des Behandlungsanliegens durch die Gruppe ist zwar etwa eindrücklicher, doch gestattet die duale psychotherapeutische Situation ein subtileres Angehen der Beteiligten.

3. In der — mehrgliedrigen — therapeutischen Gruppe können die Patienten eher dem therapeutischen Bemühen ausweichen als in der Einzelbehandlung.

4. Übertragungen und Widerstände in der Gruppe sind vielseitig und vielschichtig. Sie sind daher meist schwerer zu überblicken als in der klassischen psychotherapeutischen Zweiersituation, in der, zumindest zu einem bestimmten Zeitpunkt, die Übertragungs- und Widerstandsverhältnisse eindeutiger sind.

5. In der interaktions- und realitätsintensiven Behandlungsgruppe ist das therapeutische Ziel mehr eine Haltungsanalyse — die sich allerdings immer wieder an Kernkonflikten vollzieht — als eine Inhaltsanalyse.

In der Psychoanalyse mit ihrem intimeren Verhältnis zwischen Therapeut und Patient wird demgegenüber der Konflikthaltsanalyse ein stärkeres Gewicht gegeben werden können. Karikiert könnte mit Balint (1963) gesagt werden, daß in der Gruppenpsychotherapie eine Reifung, aber keine Neurosenheilung, in der Psychoanalyse eine Neurosenheilung,



aber keine Reifung erfolgt. Weniger überspitzt wollen wir sagen, daß in der Gruppenanalyse Dekonditionieren, Neukonditionieren, der soziale Lernprozeß eine erheblichere Rolle spielen als in der individuellen Psychotherapie, während in der individuellen Psychotherapie die Einsicht und das Durcharbeiten die stärkere Betonung erfahren.

6. Die interaktionsintensive Gruppe gestattet besser als die psychoanalytische Zweiersituation den Abbau des — sekundären — Narzißmus.

7. In der Gruppenpsychotherapie tritt das Autoritätsproblem oft rascher in Erscheinung als in der dualen Psychotherapie. Die Intimität der psychotherapeutischen Zweiersituation läßt Macht- wie auch Konkurrenzprobleme in der Regel weniger schnell aufkommen. Deshalb ist es möglich, damit zusammenhängende Konflikte in der kollektiven Psychotherapie rascher zu erkennen und zu bearbeiten.

8. Die Gruppenpsychotherapie hat sich ihrerseits auf die individuelle Therapie in der Hinsicht ausgewirkt, daß sie zu einer vermehrten Beachtung des *hic et nunc* auch in der psychotherapeutischen Zweiersituation führte.

#### Literatur

- Alnaes, R. (1963): Soziometrie und Gruppenanalyse, *Acta psychiatr. scand.*, 39, Suppl., 169.
- Balint, M. und E. (1963): Psychotherapeutische Techniken in der Medizin, Hans Huber, Bern und Ernst Klett, Stuttgart.
- Battegay, R. (1958): Group Therapy with alcoholics and analgesic addicts, *Int. J. Group Psychotherapy*, 8, 428.
- (1961): Die Verstärkerwirkung der therapeutischen Gruppe, *Praxis der Psychotherapie*, 6, 9.
- (1963): Gruppenpsychotherapie und klinische Psychiatrie, Karger, Basel und New York.
- (1964): Zur Ausbildung von Gruppenpsychotherapeuten. Arbeit mit analytischen Selbsterfahrungsgruppen, *Schweiz. Archiv Neurol. Neurochir. Psychiatr.*, 93, 346.
- Benedetti, G. (1964): Der psychisch Leidende und seine Welt, Hippokrates, Stuttgart.
- Beukenkamp, C., Mullan, H. und Berger, M. M. (1958): Training in Group Psychotherapy, Symposium, *Am. J. Psychother.*, 12, Nr. 3.
- Binswanger, L. (1942): Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins, Max Niehans, Zürich.
- Boenheim, C. (1963): About the expansion of group psychotherapy in mental hospitals, Ref. 3. *Int. Kongreß Gruppenpsychotherapie*, Mailand, 18.—21. Juli 1963.

- Bour, P. (1961): Psychothérapie de groupe et psychodrame à l'hôpital psychiatrique, *Ann. Méd. Psych.*, 119, 849.
- Brack, E. (1962): Bifokale Gruppentherapie von Schizophrenen, *Z. Psychosomat. Med.*, 8, 133.
- Fort, John P. (1955): Psychodynamics of Drug Addiction and Group Psychotherapy, *Int. J. Group Psychotherapy*, 5, 150.
- Foulkes, S. H. (1964): *Therapeutic Group Analysis*, George Allen and Unwin, London 1964.
- Freud, S. (1917): Die Libidotheorie und der Narzißmus, in: *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, *Gesammelte Werke*, Bd. XI, 427.
- (1921): Massenpsychologie und Ich-Analyse, *Gesammelte Werke*, Band XIII.
- Friedemann, A. (1957): Gruppentherapie und Gruppendiagnostik an Kindern, *Z. Diagnost. Psychol. Pers. Forsch.*, 5, 295.
- (1959): Gruppenpsychotherapie, in: *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Bd. 4, Urban und Schwarzenberg, München/Berlin.
- (1963): Gruppenpsychotherapie in Zusammenarbeit mit Ärzten, Ref. 3. Int. Kongr. Gruppenpsychother., Mailand, 18.—21. Juli 1963.
- Ganzarin, R., Davanzo, H. und Cizaletti, J. (1958): Group Psychotherapy in the Psychiatric Training of Medical Students, *Int. J. Group Psychother.*, 8, 137.
- von Gebattel, V. E. (1959): Die phobische Fehlhaltung, in: *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Band 2, Urban und Schwarzenberg, München/Berlin.
- Genevard, G. (1961): La psychothérapie analytique de groupe, *Med. et Hyg.*, 19, 375.
- Grinberg, C., Langer, M. und Rodrigué, E. (1960): *Psychoanalytische Gruppentherapie*, Ernst Klett, Stuttgart.
- Guggenbühl-Craig, A. (1956): *Erfahrungen mit Gruppenpsychotherapie*, Karger, Basel/New York.
- Harris, C. E., Brown, L. E. und Cawte, J. E. (1960): Problems of developing a groupcentered mental hospital, *Int. J. Group Psychotherapy*, 10, 408.
- Horwitz, L. (1964): Transference in Training Groups and Therapy Groups, *Int. J. Group Psychotherapy*, 14, 202.
- Hulse, W. C. (1958): Training for Group Psychotherapy in the USA and abroad, *Int. J. Group Psychotherapy*, 8, 257.
- Johnson, J. A. (1963): *Group Therapy*, McGraw-Hill, New York/Toronto/London.
- Joray, R. (1961): *Bandenbildung und Bandendelikte*, *Psychologische Praxis*, Heft 28, Karger, Basel/New York.
- Jung, C. G. (1936): *Das Unbewußte im normalen und kranken Seelenleben*, Rascher, Zürich.
- Kemper, W. (1959): Psychoanalyse und Gruppen-Psychotherapie, *Z. Psychother.*, 9, 125.
- (1964): Zum Problem der Ausbildung von Gruppenpsychotherapeuten, *Z. Psycho-somat. Med.*, 10, 191.
- Kielholz, P. (1959): *Klinik, Differentialdiagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder*, *Documenta Geigy, Acta Psychosomatica*, 2, Basel.

- (1961): The present state of out-patient treatment of depressive states, *Psychosomatica*, 2, Nr. 1.
- (1964): Erfahrungen in der Schweiz, in: Laubenthal, F., Sucht und Mißbrauch, Georg Thieme, Stuttgart.
- Kielholz, P. und Bategay, R. (1964): Aktuelle Probleme der Medikamentensucht in der Schweiz, *Praxis*, 53, 447.
- Lévy-Bruhl, L. (1927): Die geistige Welt der Primitiven, M. F. Bruckmann, München.
- Lewin, K. (1963): Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Ins Deutsche übertragen von Lang, A. und Loehr, W., Hans Huber, Bern und Stuttgart.
- Lindemann, E. (1960): Die soziale Organisation der Lebewesen, Ref. 10. Lindauer Psychotherapiewoche (2.—7. Mai 1960). Zit. in: Bategay, R., *Münchener Med. Wochenschrift*, 102, 1566.
- Meyer, J. E. (1962): Katamnestic Untersuchungen an jugendlichen Fortläufern, *Z. Psychother.*, 12, 49.
- Moreno, J. L. (1954): Die Grundlagen der Soziometrie, Westdeutscher Verlag, Köln-Oplaten.
- (1959): Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, Georg Thieme, Stuttgart.
- Muchow, H. H. (1959): Sexualreife und Sozialstruktur der Jugend, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Mullan, H. und Rosenbaum, M. (1962): Group Psychotherapy, The Free Press of Glencoe, New York.
- Mullan, H. und Sangiuliano, R. (1961): Group Psychotherapy and Alcoholics, the Phenomenology of Early Group Interaction, Ref. 5. Int. Kongr. für Psychotherapie, 21.—26. August 1961, Wien.
- Napolitani, F. (1961): Report on a Psychiatric-therapeutic Community Self-administered by Patients, in: The 3rd World Congress of Psychiatry, 4.—10. Juni 1961, 107, University of Toronto Press, McGill, Montreal.
- Pinsky, S., Glasgow, D., und Louvier, A. (1964): Differential use of groups in development of milieu therapy programme, 6. Int. Kongr. Psychother., London, 24.—29. August 1964.
- Powdermaker, F. B. und Frank, Y. X. (1953): Group Psychotherapy, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Preuss, H. G. (1966): Wirkungs- und Indikationsbereich der analytischen Gruppenpsychotherapie (Gruppentherapie versus Einzeltherapie) in: Preuss, H. G.: Analytische Gruppenpsychotherapie, Urban und Schwarzenberg, München/Berlin/Wien.
- Racamier, P.-C. L. (1963): Indication du psychodrame analytique et des actions sociothérapeutiques dans les psychoses, Ref. séminaire int. de psychothérapie de groupe, Lausanne, 2.—5. Oktober 1963, in: »Pratique de la psychothérapie de groupe«, Editrice Universitaria Firenze (im Druck).
- Schindler, R. (1958): Ergebnisse und Erfolge der Gruppenpsychotherapie mit Schizophrenen nach den Methoden der Wiener Klinik, *Wien. Z. Nervenheilkunde und deren Grenzgebiete*, 15, 250.
- (1961): Der Gruppentherapeut und seine Position in der Gruppe, *Praxis der Psychotherapie*, 6, 1.
- Schultz, J. H. (1953): Grundsätzliches zur Suchtfrage, *Z. Psychother.*, 3, 97.
- (1956): Das autogene Training, 9. Aufl., Georg Thieme, Stuttgart.

- Slavson, S. R. (1951): *Analytic Group Psychotherapy*, Columbia University Press, New York.
- (1964): *A Textbook in Analytic Group Psychotherapy*, International Universities Press, New York.
- (1961): *Group Psychotherapy and Schizophrenia*, *Int. J. Group Psychotherapy*, 11, 3.
- (1958): *Gruppenpsychotherapie*, in: Stern, E. *Die Psychotherapie in der Gegenwart*, Rascher, Zürich.
- Stachelin, J. E. (1947): *Massenpsychologie und klinische Psychiatrie*, *Schweizer Archiv Neurol. Psychiat.*, 60, 269.
- Stokvis, B. (1960): *Grundlagen und derzeitige Situation der Gruppenpsychotherapie*, Ref. 10. *Lindauer Psychotherapiewoche*, 2.—7. Mai 1960, *Z. Psychother.* 10, 129.
- Stolze, H. (1960): *10. Lindauer Psychotherapiewoche*, 2.—7. Mai 1960, *Zit. in: Battegay, R., Münch. Med. Wschr.*, 102, 166.
- Toman, E. (1963): *Die prägenden Wirkungen der Geschwisterkonstellation auf den Charakter*, *Z. Psychother.*, 13, 113.
- Wiesenhütter, E. (1961): *Gruppenbestrebungen im Licht der Sozialanthropologie*, *Praxis der Psychotherapie*, 6, 13.

GRUPPENTHERAPIE IN EINEM  
PSYCHOANALYTISCHEN INSTITUT

*Über die Entwicklung der Übertragungsneurose  
in der psychoanalytischen Gruppentherapie*

Man hätte erwarten können, daß die Abteilung für Gruppenpsychotherapie in einem psychoanalytischen Institut aus einem Team mehrerer Therapeuten bestanden hätte, die ihre Erfahrungen regelmäßig diskutierten. Unglücklicherweise traf dies nicht zu. Gruppentherapie stand seit 13 Jahren im Programm unseres »Holländischen Institutes«, aber sie wurde nur von einem Therapeuten geleitet, der in relativer Isolation arbeitete. Deshalb bestand keine Gelegenheit zu interner Kommunikation, Kritik, Kontrolle, geschweige denn zu irgendeinem Vergleich mit Methoden anderer Psychoanalytiker. Erst kürzlich, seit der Einweihung einer vergrößerten Abteilung für Gruppentherapie, hat sich die Lage geändert.

Unter diesen Umständen könnte man jegliche Berechtigung der Überschrift dieses Artikels in Frage stellen. Die speziellen Bedingungen in einem psychoanalytischen Institut machen jedoch Forschung möglich. Eine beträchtliche Zahl von Patienten vieler klinischer Kategorien kann gründlich untersucht und sorgfältig diagnostiziert werden und ist dann für die Forschung erreichbar. Ohne Unterstützung versuchte ich, eine kontrollierbare Forschungssituation zu schaffen, indem ich Gruppen zusammenstellte, die eine vergleichbare Dynamik zeigten. Über einen Zeitraum von jeweils fünf Jahren behandelte ich zwei Gruppen, die sich aus intelligenten, gebildeten, unverheirateten Studenten zusammensetzten, die noch keinen wirklichen Platz in der Gesellschaft hatten und die alle ernste Schwierigkeiten bei der Arbeit erlebten. Um den Einfluß der Gruppentherapie beurteilen zu können, wurde jeder individuelle Kontakt nach dem Erstinterview vermieden und versucht, alle Ergebnisse in den Gruppensitzungen selbst zu erhalten. Es gab keine alternierenden Sitzungen, Besucher oder Beobachter. Meine Berichte sind daher recht subjektiv. Ich diktierte sie sofort nach jeder Sitzung, wobei ich versuchte, sie kurz zu halten und immer auf dieselben Kriterien zu beziehen. Die Sitzungen glichen sich so genau wie möglich: Sie fanden in demselben Raum, zur gleichen Zeit, zweimal in der Woche statt und dauerten jeweils eine Stunde. Jede Gruppe blieb geschlossen, bis schließlich die eine Gruppe auf fünf und die andere auf vier Personen ge-

schrumpft war — eher eine kleine Familie als eine wirkliche Gruppe. Die Aufgabe des Prinzips der geschlossenen Gruppe und die Erweiterung durch neue Mitglieder brachte wichtige neue Erfahrungen.

Die Auswahl einer Gruppe ist ein zeitraubender Prozeß, wenn man die Notwendigkeit in Betracht zieht, Personen zu finden, die einander in ihrer Lebensform, auf der Ebene der verbalen Entwicklung und in den Möglichkeiten der Kommunikation etwa entsprechen. Wenn der Therapeut glaubt, einen Kreis nicht allzu unterschiedlicher Menschen versammelt zu haben, zeigt sich oft die besondere Dynamik der Gruppe, ihre Gesetzmäßigkeit, und dann muß er sich mit seinen Irrtümern auseinandersetzen. Ich vertrete die These, daß die Auswahl und Zusammenstellung der Gruppe die Crux dieser Therapie ist und daß die aus dem persönlichen Erstinterview erhaltenen Hinweise in dieser Hinsicht oft irreführend sind.

Es erscheint fast überflüssig, das besondere Interesse an der Entwicklung der Übertragungsneurose im Zusammenhang mit der gruppentherapeutischen Forschung in einem psychoanalytischen Institut zu erwähnen, da schließlich die Übertragung der Kernpunkt der psychoanalytischen Therapie ist. Jedoch stellt die Übertragung im Zusammenhang mit der Gruppentherapie besondere Probleme. Der Therapeut kann Übertragungen nur erkennen, wenn er an dem ablaufenden emotionalen Prozeß unbeteiligt bleibt. Für die Gruppenmitglieder muß die Teilnahme und nicht die Distanzierung im Zentrum ihres therapeutischen Erlebnisses stehen. Während sie zueinander in Beziehung treten, sollten die Übertragungsercheinungen zwischen ihnen verschwinden. Der Therapeut muß ein für die Entwicklung einer guten, sichtbaren Übertragung angemessenes Verhalten annehmen. Er wird sich deshalb auf die Entwicklung von Übertragungen konzentrieren, indem er die Gruppenprozesse so beeinflusst, daß die Beziehung zwischen jedem Gruppenmitglied und ihm begünstigt wird. Der Therapeut sollte die Bindungen jedes Mitglieds an andere Mitglieder soweit zu trennen suchen, als diese Bindungen glatte und oberflächliche Kommunikation auf dem sicheren Boden einer von allen akzeptierten »stillschweigenden Übereinstimmung« ermöglichen. Diese »stillschweigende Übereinstimmung« oder der »Verhaltenskodex« ist ein typischer Widerstand bei der Gruppenpsychotherapie, bei dem jedes Gruppenmitglied seine beschämend oder gefährlich scheinenden individuellen Neigungen und Gefühle hinter einer allgemein akzeptablen Fassade versteckt. Die Technik des Therapeuten zu trennen, hat nichts mit der Passivität des sogenannten »Spiegels« zu tun. Sie entstammt dem persönlichen Standpunkt des Psychoanalytikers, der seinen eigenen Stil

und seine eigenen typischen Erfahrungen schafft. Sie stellt ein aktives Eingreifen dar, eine Strukturierung der Situation mit freimütiger Aufmerksamkeit für alle Widerstände. Die Ähnlichkeit mit der Einzeltherapie ist verblüffend, so bleibt der Untersucher auf gut bekanntem Gebiet, mit dem großen Vorteil, jede Erfahrung mit anderen, ihm geläufigen vergleichen zu können.

Methodisch bestehen viele mögliche Einwände gegen diese Untersuchung. Sie ist im Charakter typisch klinisch, basiert auf subjektiven Eindrücken und bezieht sich hinsichtlich der Erkrankung des Patienten nur auf spärliche, nicht systematisch gesammelte Daten. Ebenso kritikanfällig ist die Technik, der spontanen Interaktion in der Gruppe Hindernisse in den Weg zu stellen, eben dem Prozeß, der immer als der große therapeutische Vorteil dieser Anordnung betrachtet wird. Ich hoffe jedoch, daß mir die Neigung zur Lenkung der Kommunikation in bestimmte Richtungen verziehen wird, da es mein Ziel war, für die Untersuchung eine therapeutische Situation zu schaffen, in der ich die Möglichkeit hatte, mit vertrauten Methoden zu arbeiten und Vergleiche zu früheren Erfahrungen in der Einzelanalyse zu ziehen.

In der Gruppentherapie muß man natürlich mit in der Einzeltherapie nie erlebten dynamischen Prozessen und Ereignissen umgehen. Eine nicht vorauszusehende Interaktion kann zu Beziehungen führen, aus denen sich Konstellationen entwickeln, die den Einfluß des Therapeuten lähmen. Z. B. kann das Dominieren eines Widerstand leistenden Gruppenmitglieds ein unüberwindliches Hindernis darstellen. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zur Einzeltherapie, in der man diesen Widerstand meist behandeln kann. In der Gruppe macht der Therapeut den Eindruck eines Diktators, wenn er dem Widerstand leistenden Gruppenmitglied direkt entgegnet und es kritisiert. Man kann das Verhalten eines solchen Mitglieds interpretieren, aber solange die anderen Gruppenmitglieder sich seinen Aktionen unterwerfen, wird es sie wahrscheinlich nicht aufgeben. Wenn der Therapeut mehr kritisch als interpretierend wirkte, würde dies das Widerstand leistende Gruppenmitglied zu ängstlich machen. Deshalb wird der Therapeut weitgehend abhängig von den Interaktionen zwischen den Gruppenmitgliedern, die als Gleichgestellte das negative Verhalten des Widerstand leistenden Mitgliedes wirkungsvoller kritisieren können.

Natürlich kann der Therapeut das aus dem Widerstand des dominierenden Gruppenmitgliedes entstehende »stille Übereinkommen« vorsichtig angreifen. Z. B. wäre in dem Fall, daß das dominierende Mitglied behauptet, Kooperationen mit dem Therapeuten seien ein langweiliges und



feminines Verhalten und die anderen Gruppenmitglieder ihre Zustimmung zeigen, die naheliegendste Reaktion des Therapeuten — den Gedanken direkt abzuwerten — ein Fehler. Er kann nur die Bedeutung des »stillschweigenden Übereinkommens« bloßstellen und den Gruppenmitgliedern ihre Furcht, es aufzugeben, bewußt machen. Solch eine Untersuchung des »stillschweigenden Übereinkommens« wird für das dominierende Mitglied, das im allgemeinen die größte Angst hat und deshalb anderen seine Meinung mit der größten Energie aufdrängt, kritisch sein. Die anderen Mitglieder spüren oft seine Angst, werden aber durch ihre eigenen Ängste gezwungen, seine Abwehr nicht zu unterminieren. Es kann vorkommen, daß der Therapeut einen spontanen Angriff eines Gruppenmitglieds auf das »stillschweigende Übereinkommen« abwarten muß, aber in der Zwischenzeit kann er die Aufmerksamkeit auf die wechselseitigen Beziehungen und Ängste richten. Manchmal ändert sich die Situation nicht, und die einzige Lösung ist, das dominierende Gruppenmitglied auszuschließen. Ich mußte dies einmal tun.

Die Kräfte innerhalb der Gruppe können sich in anderen, recht unvorhersehbaren Formen wie der Isolierung eines der Mitglieder, der Bildung von Untergruppen oder außergewöhnlich langem Stillschweigen manifestieren. Ich bin überzeugt, daß diese Widerstände in der Gruppe nur durch ein allumfassendes Vorgehen behandelt werden können. Interpretationen müssen jedes Gruppenmitglied betreffen, um wirksam zu sein. Wenn ein Mitglied nicht ansprechbar ist, weil es sich einem anderen unterwirft, oder aus irgendeinem anderen Grunde, kann die Therapie ernstlich behindert werden.

Wir haben gesehen, wie die Abhängigkeit von der Macht der Beziehungen zwischen den Mitgliedern die Behandlung in Formen behindern kann, die man aus der Einzelbehandlung nicht kennt. Jedoch haben die Spannungen und das »stillschweigende Übereinkommen«, die sich innerhalb der Gruppensituation entwickeln, auch Vorteile. Erstens wirkt der große Einfluß der allgemeinen Meinung auf die Gruppenmitglieder nicht immer im Sinne des Widerstands. Er kann dem »therapeutischen Bündnis«, der »therapeutischen Übertragung« und der »tragfähigen Übertragung« völlig vergleichbar sein. Man kann die Wirkung dieser adaptierenden Kraft in der gesamten Gruppentherapie beobachten. Die Menschen erleben allmählich die Möglichkeit, sehr intime Dinge mitzuteilen und in ihrem Alltag versteckte Schwächen und Aggressionen zu enthüllen. Solch ein therapeutisches Klima entwickelt sich kontinuierlich, hauptsächlich durch den Therapeuten und das mutigste Mitglied geführt. Ein anderer Vorteil ist die bessere Möglichkeit, einen Patienten von sei-

nem unbewußten Verhalten zu überzeugen. Nach seiner Meinung kann der Therapeut nur ein beliebiger Mitmensch sein, der sich in seinem Urteil irren kann. Andererseits steht der Patient in der Gruppe einer kleinen Gemeinschaft gegenüber, deren gemeinsame Beobachtungen seines Verhaltens bedeutungsvoller und unabweislicher sein können. Es kann ihm so vorkommen, als wisse die Mehrheit der Mitglieder die Wahrheit, und ein Mensch ist nicht fähig, allein gegen eine feststehende Meinung zu kämpfen. Um die potentielle Macht und den Wert solcher Gegenüberstellungen von Gleichgestellten innerhalb der Gruppe zu erkennen, muß man sich nur an die Schwierigkeiten erinnern, wenn man das aggressive, provokative Verhalten von moralischen Masochisten analysiert, damit sie erkennen, wie sie selbst defensive und selbstbestrafende Situationen herbeiführen.

Nach dieser kurzen Einleitung können wir jetzt verschiedene Phasen untersuchen, die sich im Verlauf der Gruppentherapie entwickeln. Diese Phasen treten natürlich im zeitlichen Ablauf nicht fest umrissen auf; sie ändern sich dauernd, überschneiden sich, wechseln sich ab und sind nur brauchbar, um bestimmte Unterscheidungen zu treffen. Bei der Diskussion dieser Phasen dürfen wir nicht vergessen, daß die Entwicklung der Übertragungsneurose dauernd im Mittelpunkt unserer Untersuchung und Technik steht.

Jeder Kontakt in der Gruppe beginnt mit einer orientierenden Phase, einer Erforschung der Gruppenmitglieder untereinander. Die Haltung dem Therapeuten gegenüber ist während dieser Zeit hauptsächlich passiv-abhängig. Er wird als unlegbarer Führer gesehen, und die Mitglieder können bei ihm Zuflucht vor den anderen suchen oder sich mit ihm gegen eine unbekannte Drohung verbünden. Er ist das Orakel, der Zauberer, der alle Leiden bessern kann, und die Gruppenmitglieder haben gewöhnlich das Gefühl, daß sie so fügsam wie möglich sein müssen. Es ist eine Herausforderung für den Gruppenleiter, diese schmeichelhafte Situation nicht, narzißtisch verführt, fortzusetzen. Der Therapeut, der trotz aller Warnungen in der Literatur dieser positiven Gruppenübertragung nicht widersteht, fördert die Entwicklung einer typischen Gruppenstruktur allgemeinen Widerstands. In einer solchen Situation muß der Therapeut umfassend vorgehen; es muß eine Interpretation ähnlichen Verhaltens von Gruppenmitgliedern formuliert werden. Zunächst muß man alle Fragen an die Gruppenmitglieder selbst zurückgeben, eine Art sokratischer Methode. Man muß jeden Unterschied der Ansichten auswerten, um neue Probleme darzustellen und um zu prüfen, inwiefern Bindungen zwischen Gruppenmitgliedern einen Widerstand bedeuten

können. Diese Technik führt die Gruppenmitglieder immer dazu, einander neue Informationen zu liefern, die die Toleranz innerhalb der Gruppe erhöhen. Die Reaktionen des Patienten während dieses Stadiums können zum Agieren werden. Die Gruppenmitglieder fangen an, einander gern zu haben und finden Trost in ihrem gemeinsamen Leiden. »Wir sind glücklich, zusammen Neurotiker zu sein, und wir brauchen uns unserer Klagen und Ängste nicht zu schämen.« Dies ist eine deutliche Abwehr ihres Gefühls, der Welt draußen nicht gewachsen zu sein. Die Einstimmigkeit dieses typischen Gruppenwiderstands ist eine Art Perversion des früher erwähnten »therapeutischen Bündnisses«. Welch eine Flucht vor der drohenden Welt, der Umgebung des täglichen Lebens! Jedoch erfordert dieses »stillschweigende Übereinkommen« oft zusätzlich ein von allen akzeptiertes Verhalten, das hauptsächlich durch das dominierende Gruppenmitglied aufgebaut wird. In einer Gruppe von Männern wird der Versuch, bei so passivem Verhalten etwas Männlichkeit zu retten, in ihren Äußerungen über Frauen erkennbar werden. Ich war auch überrascht über die Zahl der sexuellen Verhältnisse, Verlobungen und Heiraten, die sich in diesem Stadium der Therapie ergaben. Obgleich ich nicht das Gefühl hatte, daß solche Schritte der Mitglieder wünschenswert seien, machte ich wegen meiner Unsicherheit über die Folgen dieser Art der Behandlung keinen Versuch, ihnen abzuraten.

Bei neuen Mitgliedern ist das unterwürfige Verhalten in der Therapie besonders auffällig. Sie werden sofort zu einer Darstellung ihrer Charaktere, ihrer Klagen und der Beseitigung ihrer Spannungen mit den anderen verführt. Sie müssen ihre Übereinstimmung mit dem herrschenden Kodex finden. Hierbei besteht der therapeutische Faktor in der Gruppendynamik und dem Fertigwerden mit allen Interaktionen; es wird automatisch ein Gleichgewicht angestrebt. Es ist ein sehr lebendiges Erlebnis, weniger durch Schweigen als durch lange Monologe charakterisiert.

Zur Entwicklung der zweiten Phase, dem Stadium der Übertragungsneurose, sollte die Integrierung auf Gruppenebene vom Therapeuten untergraben werden. Er sollte sich der Neigung der Gruppe zu stereotyper Kommunikation in einer brüderlichen Demokratie entgegenstellen und individuelle Reaktionen jedes Mitglieds ermutigen. Hier kann man natürlich anführen, daß es auch noch andere Möglichkeiten gibt, eine therapeutische Gruppe zu führen. Aber der Leiter wird durch sein relativ wenig offenbarendes Verhalten der Mittelpunkt der Übertragungsbildung, wodurch die für die Psychotherapie unerläßliche Regression jedes Patienten gefördert wird. Ich glaube, daß bei der Gruppenpsycho-

therapie zwei Formen der Regression vorherrschen: eine ist die »Gruppenbildung«, die hauptsächlich postödipal und besonders eine Erscheinung der Adoleszenz ist. Diese postödipale Situation ist für jedes Mitglied der Gruppenpsychotherapie eine immer vorhandene Zuflucht (wie die Mutter-Kind-Beziehung sehr regressiver Art die vorherrschende Übertragung in der Einzelpsychoanalyse ist). Die andere Form der Regression, die Dyade und Triade, wird durch die ödipalen und präödipalen Übertragungen und ihre Abwandlungen in der postödipalen Periode ausgedrückt. Natürlich handelt es sich um die Übertragung auf den Therapeuten oder ein Gruppenmitglied (ein in dieser Arbeit bewußt übergangenes Thema). Aber ich stimme mit anderen Autoren überein, daß auch die Gruppe selbst auf dieser primitiven Ebene die Bedeutung einer Person und besonders die einer Mutter hat. Es wird so verständlich, daß mit dem Therapeuten und der Gruppe auch triadische Beziehungen möglich sind. Jedoch ist eine Regression auf ödipale und präödipale Ebenen nur gelegentlich möglich, da die Situation, in der wir in der Gruppentherapie arbeiten, tatsächlich eine postödipale ist.

Man darf jedoch nicht vergessen, daß die Gruppenbildung eine stärkere Einschränkung der Individualität und die Unterwerfung unter ein allgemeines Prinzip bedeutet, was die Übertragung auf alle Anwesenden und nicht nur die Übertragung zwischen zwei Personen wie in der Einzelanalyse einschließt. Wenn die letztere Form der Übertragung mit dem Therapeuten erreicht wird, zeigen die Beziehungen in der Gruppe ein Vorherrschen der Konkurrenz, eine Art Geschwisterrivalität um die Aufmerksamkeit des Therapeuten.

Meiner Meinung nach besteht in diesem Stadium der Behandlung die Möglichkeit, wirkliche strukturelle Psychotherapie durchzuführen. Der therapeutische Faktor wird hauptsächlich auf die Beziehung zum Therapeuten beschränkt, der einzigen anwesenden Person, die reagieren und kommunizieren kann, ohne in Form einer Gegenübertragung zu agieren. Natürlich wird die Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern in diesem Stadium die Anpassung weiter fördern, aber eine mehr von den Bedürfnissen der Gruppe und ihrem Gleichgewicht als von den Bedürfnissen des individuellen Gruppenmitglieds bestimmte Anpassung. Die Gruppentherapie findet jetzt im Wechsel dieser beiden Arten der Beziehung und Übertragung statt. Im folgenden habe ich zwei Falldarstellungen ausgewählt, um den Einfluß der allgemeinen Spannung und ihrer Umsetzung in das kleine Drama der individuell geführten Übertragungsneurose zu zeigen. Hier kann man die Wechselwirkung zwischen den beiden Formen der oben erwähnten Regressionen beobachten.

*Fall A:* Zu Beginn der Gruppentherapie war Pat etwa 27 Jahre alt. Er hatte seine Studien wegen schweren zwanghaften Arbeitsstörungen abgebrochen. Er war in den Tropen zur Welt gekommen und kam im Alter von acht Jahren nach Holland. Zu diesem Zeitpunkt lebten seine Eltern schon getrennt und innerhalb von etwa zwei Jahren wurde die Scheidung vollzogen. Pats später beschriebene Zwangsneurose begann in der Adoleszenz und verstärkte sich sehr, nachdem er das Haus seiner Mutter verließ, um als Student allein in einer großen Universitätsstadt zu leben. Seine Pubertät wurde durch das Streiten mit seiner Mutter, einer sehr dominierenden und autoritären Frau mit psychopathischem Lebensstil, charakterisiert. Sie begegnete seinen Anstrengungen, unabhängig zu werden, mit Strafen wie in einem Konzentrationslager. Gleichzeitig war die Mutter verführerisch, suchte alle Formen der Intimität und verwirrte Pat durch ihre ambivalenten Neigungen. Im Militärdienst wurde er durch seine Zwänge gelähmt und sein Zustand verschlechterte sich weiter.

Zu Beginn der Therapie war Pat ein völlig isolierter junger Mann ohne wirkliche Kontakte. Er lebte allein und vermied Begegnungen mit seiner Mutter, da sie unweigerlich mit schweren Differenzen endeten. Er besuchte gelegentlich andere Familienmitglieder, aber er zeigte nur oberflächliche Wärme und halbherziges Interesse an ihnen. Er hatte anscheinend vor jedem Angst und hatte sich in eine Haltung zynischer Überlegenheit zurückgezogen. Da er nichts mit anderen teilte, verstand niemand die eigenartigen Symptome, die er mit großen Schwierigkeiten und mit der für den Zwangsneurotiker charakteristischen Ungenauigkeit enthüllte. Obgleich er die Sitzungen regelmäßig besuchte, wurde sein Protest immer deutlicher. Er versuchte, mit ihm gestellten Fragen fertig zu werden, indem er sie zurückgab und zuckte die Achseln, wenn er auf dieses Verhalten aufmerksam gemacht wurde. Theoretisch muß man dieses Verhalten in die Rubrik des orientierenden Stadiums einordnen. Es war eine Abwehr der Neuorientierung, die ihn aus der Isolation seines alltäglichen Lebens zu reißen drohte. Dieses Verhalten setzte sich unverändert fast ein Jahr lang fort. Dann begannen die Gleichartigkeit der Situation und das Erlebnis des Kontakts mit anderen, die sich durch seine Haltung nicht verwirren ließen, ihn mutiger zu machen; sie führten zu einem »therapeutischen Bündnis«, und er fing an, sich mitzuteilen. Er begann offensichtlich, sich in dieser kleinen »Familie« zu Hause zu fühlen und zeigte mehr von seinen Gefühlen, seinen hohen Idealen und seiner Sensibilität für Musik. Es begann sich eine positive Übertragung auf die Gruppe zu entwickeln, was bedeutete, daß jeder irgendwie

in seine Zwangsneurose verwickelt worden war. Er erzählte endlos, da er sich gezwungen fühlte, Informationen auf diese Weise zu liefern. Keines der Gruppenmitglieder wagte, etwas gegen dieses Verhalten einzuwenden, wissend — intuitiv wie es schien —, wie tief es Pat verletzen würde. Eine Unterbrechung hätte zu völligem Rückzug geführt, und jeder hatte Angst vor den Folgen, die dies für einen so isolierten und verwirrten Mann haben könnte.

Im zweiten Jahr der Behandlung wandelte sich seine Protesthaltung gegen den Therapeuten in Vertrauen und Bewunderung für das Haupt der Familie. Die Übertragung wurde jetzt mehr zu einer persönlichen Beziehung zum Therapeuten als ein Teil seiner Beziehung zur Gruppe insgesamt. Hinweise auf die Wiederholung von Kindheitssituationen wurden deutlicher, und es begannen Gefühle für den Vater aufzutauhen. Im Zusammenhang mit einer langen Leidensgeschichte erfuhr die Gruppe mehr über seine Symptome. Er erzählte, wie er vor der Therapie zunehmend in die Zange unvermeidlicher Zwänge geraten war, die hauptsächlich seine Toilettengewohnheiten betrafen. Er war so weit gegangen, eine Prüfliste zu machen, um sicherzustellen, daß kein Teil des Rituals ausgelassen wurde. Es war verboten, diese rituellen Handlungen in irgendeiner Weise zu unterbrechen. Jegliche Unterbrechung oder Unterlassung machte es erforderlich, daß er das gesamte Ritual von Anfang an wiederholte, und Zweifel zwang ihn zu endlosen Wiederholungen. Dementsprechend brauchte er Stunden, um ein Bad zu nehmen und frische Kleider anzuziehen.

Seine Lese- und Lerngewohnheiten wurden ebenso beeinflußt. Er mußte das sichere Gefühl haben, jedes Wort auf einer Seite zu kennen, ehe er zur nächsten übergehen konnte. Natürlich hatte er während seiner Jahre an der Universität nicht viel produktive Arbeit leisten können. Glücklicherweise war sein Arbeitgeber von seiner Krankheit unterrichtet; er unterstützte seine Bemühungen um Therapie. Das Studieren war jedoch völlig unmöglich geworden, und er hatte alle Bemühungen in dieser Richtung aufgegeben.

Nach mehr als einjähriger Behandlung erzählte er der Gruppe von Unterlassungen in seinem Ritual und daß er sogar vergessen habe, sich zu rasieren, bevor er zur Arbeit ging. Gleichzeitig trat in seinen Träumen ebenso wie in seinen Mitteilungen eine Neigung auf, sich darzustellen. Er eröffnete spontan, daß eine ältere Frau, eine seiner Vorgesetzten an seinem Arbeitsplatz, großes Interesse an ihm zeige, das er offensichtlich durch eine unwiderstehliche Neigung, ihr sehr intime Dinge zu erzählen, hervorgerufen hatte. Es schien, daß sie wegen ihres Interesses an

Jung'scher Psychologie und ihres Bedürfnisses, in sein Leben einzudringen, begierig auf diese Offenbarungen reagierte. Er erzählte ihr seine Träume, die wir auch in der Gruppe besprachen, und schuf dadurch einen Zusammenstoß psychologischer Konzeptionen, da sie durch »die Kurzsichtigkeit dieses freudianischen Analytikers« gereizt wurde und nicht mit den Interpretationen des Therapeuten übereinstimmen konnte. Offensichtlich hatte er angefangen zu agieren und sich ein anderes Übertragungsobjekt außerhalb der therapeutischen Situation gesucht. Er schien dazu zu neigen, Intimität mit dieser Frau zu suchen, sich emotional zu entblößen und um Fürsorge zu bitten. Im Hinblick auf ihr großes Interesse an der Psychologie schien er außerdem eine dem Therapeuten vergleichbare Person gewählt und eine Gelegenheit geschaffen zu haben, sie gegeneinander auszuspielen. Diese Tatsache scheint im Zusammenhang mit der Übertragungsneurose von größter Bedeutung zu sein. Pat war schockiert herauszufinden, daß seine Freundin die Gedanken des Therapeuten für oberflächlich und ärgerlich hielt. Er berichtete mehrere Träume, anscheinend für seinen „anderen Therapeuten“ produziert, die von typisch exhibitionistischem Charakter waren und zeigten, daß er für sie entkleidet sein, aber in Gegenwart von Männern und der Gruppe verhüllt bleiben wollte. In einem dieser Träume erlaubte er einer Frau, seine Verbindung zu einem Lehrer zu trennen. Die Bedeutung dieser Träume wurde durch die Kenntnis seiner Lebensgeschichte klarer. Seine Eltern lebten in dauerndem Konflikt, und seine Position zwischen ihnen war äußerst unsicher. Sein Hin- und Herpendeln zwischen ihnen wurde in der Übertragungsneurose wiederholt, was im folgenden weiter beschrieben wird.

Es war bemerkenswert, wie wenig die Gruppe die Handlungen Pats verstehen konnte, und, um ihn zu schützen, mußte ich meine unbeeindruckte Haltung deutlich demonstrieren. Ihre Gereiztheit war am offensichtlichsten, als er berichtete, er habe sich bei seiner Freundin beklagt, die Therapie nütze nicht gegen seine Symptome, und sie habe darauf mit massiver Kritik am Therapeuten geantwortet. Pat entwickelte allmählich die Einsicht in die Gefühle, die ihn dazu trieben, seinen Therapeuten zu verraten, indem er sich der Kritik seiner Freundin anschloß. Diese Einsicht wurde von wichtigen Kindheitserinnerungen begleitet, so der Aggressivität seiner Mutter, dem von ihr ausgedrückten Bedauern, daß er kein schönes Mädchen geworden war und ihren neckenden Drohungen, ihn wegzugeben, besonders wenn er sie verärgert hatte. Sie drohte auch, ihn den Eingeborenen als Huhn zu verkaufen, eine Idee, die für ihn besonders furchterregend war, da er die grausame Art, wie Hühner geschlachtet wurden,



gut kannte. Wesentlicher war seine Erinnerung an eine Flucht zu seinem Vater. Als seine Mutter wütend wurde, lief er kilometerweit zu seinem Vater, der ihn freundlich empfing und ihm erlaubte, während seiner Arbeit bei ihm zu bleiben. Diese Erfahrungen standen im Gegensatz zu denen der anderen Gruppenmitglieder, die immer den Schutz der Mutter gegen die Aggression des Vaters suchten.

Die Trennung seiner Eltern war eine sehr reale Tatsache für Pat, die durch seinen Glauben, daß er nicht das Kind seines Vaters sei (da er während seiner Latenzperiode von außerehelichen Beziehungen seiner Mutter vor seiner Geburt erfahren hatte), noch beunruhigender wurde. In der Situation mit seinem »zweiten Therapeuten« agierte er offensichtlich in entgegengesetzter Richtung und floh von seinem Vater zu seiner Mutter. Er muß deswegen auch durch eine positive Bindung an eine Vaterfigur sehr geängstigt worden sein. Pat erkannte selbst eine mögliche Beziehung zwischen seinen Symptomen und homosexuellen Neigungen. Sein Bettnässen schien bei diesem Konflikt eine besondere Rolle zu spielen. Als Kind wurde ihm wegen seiner Enuresis mit dem Verkauf als Huhn an die Eingeborenen gedroht. Man kann deshalb vermuten, daß er dieses Symptom damals in der Hoffnung verwendete, dadurch unter Männer geworfen zu werden. Dieser Gedanke scheint dadurch unterstützt zu werden, daß die Enuresis wieder auftrat, als sein Vater noch einmal mit seiner Mutter zusammenlebte, kurz bevor er endgültig verschwand. Als Pat diese Geschichte mit seiner »jungianischen Therapeutin« besprach, endete es damit, daß er einen Migräneanfall bekam, ein Symptom, das er niemals gehabt hatte und das in dieser Situation seine Angst vor der überaktiven, störenden Mutter zu wiederholen schien.

Pat bekam dann das Gefühl, sein Verhalten in der Gruppe stehe in auffälligem Kontrast zu seinem Benehmen unter anderen Bedingungen. In der Gruppe war er entspannter und fühlte sich freier, aber er spürte im Alltag nichts davon. Einige Wochen nach dieser Erkenntnis teilte er uns mit, daß es zu »einem Sprung in seiner neurotischen Fassade« gekommen sei. Dieser Sprung war seine Entdeckung, daß er vergessen hatte, einige seiner peinlich genauen Prüfmaßnahmen durchzuführen und daß diese Unterlassungen bei ihm keine Angst hervorriefen. Danach wurden seine Handlungen viel schneller und flüssiger. Besonders bemerkenswert waren seine besseren Leistungen in seinem Büro. Pat war sehr enttäuscht, daß die Gruppe nicht so begeistert auf diese Enthüllungen reagierte, wie er es für angemessen gehalten hätte. Besonders offen zeigte er dem Therapeuten seine Enttäuschung, als er seinen Bruch auch mit seiner »Ersatztherapeutin« bekanntgab. Natürlich war dies ein großer

Gewinn, da er sein Agieren beenden und sein Bedürfnis nach Liebe offen ausdrücken konnte.

Nach einem kurzen Urlaub berichtete Pat einen Traum, der ein deutlicher Ausdruck seiner positiven Übertragung auf den Analytiker war. So endete das kleine Drama innerhalb der Übertragungsneurose, das nur ein paar Monate gedauert hatte, aber starke und komplexe Gefühle umfaßte. Er agierte anscheinend den Konflikt mit seinen Eltern, die Sehnsucht nach einem Vater, der ihn lieben und gegen die aggressive Mutter schützen sollte. Er fand diesen Vater im Gruppentherapeuten, einen Vater, der ihn nicht verließ und der ihn gegen die aggressive Übertragungsfigur, die den Platz seiner Mutter einnahm, schützen konnte. Der Beginn seiner Neurose lag in der Präpubertät, als sein Vater für immer verschwand und er ohne Schutz vor der aggressiven und erotischen Launenhaftigkeit seiner psychopathischen Mutter zurückgelassen wurde. Seine Brüder und Schwestern waren viele Jahre älter als er und lebten nicht mehr zu Hause.

Eine zu intime Beziehung zum Vater war für Pat wegen seiner Furcht vor der Homosexualität bedrohlich, und bald tauchte er so viel wie möglich in der Gruppe unter. Nichtsdestoweniger war er durch das »erlösende« Erlebnis der Übertragungsneurose und ihrer Analyse fähig, einige der schwersten Symptome aufzugeben. Er schätzte, daß seine Arbeitsfähigkeit um etwa das Fünffache zugenommen hatte.

Kurz danach kam es zu einem Ereignis, das unsere Vermutungen über die Furcht Pats vor Homosexualität bestätigte. Als ein Mann, dessen homosexuelle Neigungen ihm bekannt waren, zur Arbeit in sein Büro kam, wurde Pat durch dessen Gegenwart beunruhigt und spielte mit dem Gedanken, seine Stelle aufzugeben. Er blieb jedoch bei seiner Arbeit, mit dem Ergebnis, daß seine Angst vor dem Homosexuellen abnahm und er wiederum weitere Zwangssymptome verlor. Gleichzeitig erinnerte sich Pat an seine Angst vor anderen homosexuellen Männern während der Zeit, als er allein an der Universität lebte, und er erkannte einen möglichen Zusammenhang zwischen diesen Ängsten und der Verschlimmerung seiner manifesten Zwangsneurose. Gleichzeitig erinnerte er sich an einen sehr beunruhigenden Konflikt mit seinem Vater, als er etwa drei Jahre alt war. Sein Vater strafte seinen Ungehorsam, indem er einige seiner liebsten Schallplatten zerbrach, worauf Pat auf dem Schoß seiner Mutter Schutz suchte. Dies war für einen Jungen, der Schallplatten über alles liebte, ein angsterregender Zwischenfall. Verständlicherweise fühlte sich Pat in seiner Jugend niemals völlig sicher und konnte seinen Eltern nicht trauen, da sich beide ihm gegenüber in kastrierender

Weise verhielten. Der Kern seiner Neurose ist sein Hin- und Herlaufen zwischen ihnen, um Schutz zu suchen, ein Schema, das er während der Therapie zweimal wiederholte, das erste Mal bei seiner Flucht zu der jungianischen Freundin und das zweite Mal, als er sich von dem Homosexuellen in seinem Büro bedroht fühlte.

Nach dem Abklingen der vorher besprochenen Symptome blieb Pat mehrere Jahre lang mit relativ geringem weiterem Fortschritt in der Gruppentherapie. Er war weiterhin entspannter und arbeitete sehr gut, aber er lebte noch allein und ohne Freunde. Es schien ihm nicht möglich zu sein, Kontakt zu finden. Alle seine Versuche, eine Freundin zu finden, schlugen fehl. Sein einziges Hobby und die Quelle von »Gesellschaft« war eine gepflegte Plattensammlung. Seine gesteigerte Arbeitskapazität machte es ihm möglich, technischer Spezialist zu werden, obgleich er seine Universitätsstudien aufgegeben hatte. Er entwickelte sich zu einem ausgezeichneten Forscher, der den Arbeiten in seinem Beruf ohne Schwierigkeiten nachgehen konnte. In den vier Jahren nach den oben beschriebenen Entwicklungen wurde nichts mehr erreicht. Pat tauchte in die Gruppe ein, da er sie als den einzigen vertrauenswürdigen Kontakt empfand und blieb ein etwas paranoides Mitglied, das über die Ereignisse in seinem Leben klatschte und eine typisch paranoide Angst davor zeigte, suggestibel zu sein. In Wirklichkeit war er in keiner Weise suggestibel. Obgleich er selbst über seine mangelhafte Besserung sprach, kam er weiterhin zu den Gruppensitzungen, da er wußte, wie einsam er ohne diese Kontakte sein würde. Trotzdem erlebte er die Gruppenkommunikation als eine leere, ärgerliche Routine. Es schien klar, daß diese Gefühle seine starken Aggressionen gegen die anderen verbargen, besonders in Hinsicht auf seine Eifersucht und die Konkurrenzsituation, aber es war unmöglich, ihm diese Gefühle nahezubringen. Deshalb verließ Pat die Therapie, als seine Zwangsneurose auf die Symptome in seinem Privatleben beschränkt war, die seine Toilettengewohnheiten betrafen. Es schien unwahrscheinlich, daß bei diesem Syndrom, das in den drei Jahren der Behandlung nach der Analyse der kurzen Übertragungsneurose statisch blieb, noch Veränderungen eintreten würden; zweieinhalb Jahre später erhaltene Daten bestätigten diese Voraussage. Er arbeitet gut und mit Freude, aber er lebt ohne Kontakte.

*Fall B:* Frank war trotz seiner überlegenen intellektuellen Begabung zehn Jahre ohne irgendwelche bemerkenswerten Erfolge Physikstudent. Als er wegen Studienschwierigkeiten zur Behandlung kam, war ihm seine Neurose völlig unbewußt, aber er interessierte sich bald für die Therapie. Er schien große introspektive Fähigkeiten zu besitzen. Sein

Leben war chaotisch, und er hatte immer Schulden. Er hatte sich durch das College gearbeitet, aber jetzt „trieb“ er von Stelle zu Stelle. Hinter einem gezwungen geselligen Benehmen, das sich hauptsächlich in seiner raschen Auffassungsgabe und Bonmots zeigte, die es ihm ermöglichten, es mit jedem aufzunehmen, lag eine tiefsitzende Depression und Depersonalisation mit starken homosexuellen Neigungen. Frank gewann die Einsicht in diese Aspekte seiner selbst als direkte Folge seines Kontakts mit anderen Gruppenmitgliedern, von denen er ein unvoreingenommenes Bild seiner Neurose und ihrer Symptome erhielt. Natürlich spielte der Therapeut dafür, daß Frank diese ersten Einsichten gewann, eine ganz wesentliche Rolle. Letzten Endes ist es immer der Therapeut, der die Tiefe und Qualität der Kommunikation durch die Interpretation der Widerstände gegen die Enthüllung der tieferen Schichten eines Individuums entscheidet.

Nach einiger Zeit begann Frank aus der Gruppe herauszuragen, da er sich gut verbal ausdrücken konnte, und seine persönliche Beziehung zum Therapeuten rückte in den Vordergrund. Durch diese Beziehung entwickelte er eine passive Übertragung auf den Therapeuten, und er agierte sein Gefühl, zum Versagen verdammt zu sein. Er hatte guten Grund für dieses Gefühl, da sein Familienleben auseinanderbrach, als er zwölf war und sein Vater in sehr dramatischer Weise Selbstmord beging. Im Zusammenhang mit diesem Ereignis kam die Phantasie, die er im Verhältnis zum Therapeuten agierte, bald ans Licht: Wenn die Dinge sehr schlecht laufen, wird Vater zur Rettung zurückkommen. Wenn sie erfolgreich laufen, wird Vater niemals zurückkommen. Die Beziehung zum Therapeuten in der Gruppe war deshalb sehr verwickelt, weil sie bedeutete, wieder beim Vater zu sein, Macht und Stärke zu erhalten. Homoerotische Gefühle wurden bewußt, und seine früher vagen Masturbationsphantasien wurden jetzt von ihm als deutlich feminin erkannt. Hinweise auf orale Fixierungen tauchten immer wieder auf. Er wurde sich einer Gier und der Sehnsucht nach Fellatio bewußt, aber es war nicht möglich, die Wurzeln dieser Beziehung zur Mutter, auf die nur ein schwacher Hinweis in der Übertragung erschien, an die Oberfläche zu bringen.

Das Durcharbeiten der internalisierten Traumata in der Übertragung beanspruchte nur eine relativ kurze Zeit. Es verlief in einer völlig mit üblichen psychoanalytischen Erfahrungen vergleichbaren Weise, und Frank zeigte eine deutliche Veränderung. Nach zweijähriger Behandlung verschwand seine Hypomanie, er wurde stabiler und fing an, sich sozial gut anzupassen. Er gab seine Studien auf und widmete sich einer kom-

merziellen Karriere, für die er gut geeignet war und in der er erfolgreich wurde. Sein Zustand blieb nach dem Durcharbeiten seiner Übertragungsneurose gleich, und während der letzten drei Jahre der Behandlung wurde sehr wenig neues Material ans Licht gebracht. Es blieben Reste von schweren neurotischen Beschwerden, wie Ejaculatio praecox, Pruritus ani und andere Symptome, die auf die Tatsache hinwiesen, daß seine Beziehungen zu Frauen immer noch unsicher und gestört waren. Nach dem Abbruch der Beziehungen zu seiner verarmten Familie und seinem psychopathischen ältesten Bruder heiratete er eine Ausländerin.

Auch in Franks Fall ist es auffallend, wie das kleine Drama, das die Entwicklung der Übertragungsneurose begleitet, den Kern der Therapie bildet. Man kann nicht sagen, daß vorher und nachher, mit Ausnahme der oben erwähnten Einsichten, noch viel von wirklicher Bedeutung geschehen ist. Nach dem Übertragungsdrama hörte Frank auch auf, sich auf seine Beziehung zum Therapeuten zu konzentrieren und tauchte in der Gruppe unter. Jetzt sprach er über seine prägenitalen Neigungen und wurde deutlich von der Mutterfigur berührt, aber er konnte die Situation nicht nacherleben, da zu viele »Geschwister« anwesend waren, mit denen er die Aufmerksamkeit des Therapeuten teilen mußte.

Deshalb wurde die Übertragung unter dem Vorherrschen der Geschwisterrivalität gelockert, und es war möglich, die therapeutische Beziehung mit dem Wissen zu beenden, daß eine Analyse weitergehen und auch die prägenitalen Störungen bessern könnte. Diese Vermutungen über Frank wurden bestätigt, als ich ihn zufällig einige Jahre später traf. Er war wirklich sehr dankbar; sein Leben hatte sich vollständig geändert. Er hatte eine sehr gute Stelle und war sozial angepaßt, aber er klagte über seine Beziehung zu seiner Frau, die nicht zufriedenstellend war. Er äußerte einen unkontrollierbaren Drang nach sexuellen Beziehungen zu anderen Frauen, für die er keine Liebe spürte. Darüber hinaus war sein Verlangen nach ihnen durch eine »eigenartige Art von Aggression«, um seine eigenen Worte zu verwenden, geprägt.

In der zweiten Phase der Therapie, der wir bei der Darstellung dieser Beispiele die größte Aufmerksamkeit gewidmet haben, sind einige bemerkenswerte Faktoren erkennbar. Der erste ist die Konzentration auf die Beziehung zum Therapeuten mit allen Implikationen für die Entwicklung einer Übertragungsneurose und ihren Einfluß auf die Beziehungen der Gruppenmitglieder untereinander. Offensichtlich wählt die Therapie hier ihre eigenen Formen, und alle Energie wird von der Anpassung an die folgenden Spannungen beansprucht.

Ein zweiter auffälliger Zug ist die Tatsache, daß alle Übertragungen

in der Gruppensituation besonders Aspekte von Beziehungen zeigen, die in der Pubertät oder kurz davor entstanden sind. Vielleicht wirft dies ein Licht auf die Ursprünge der Übertragung in der Gruppentherapie. Die allgemeine Meinung ist, daß die Übertragung immer von Beziehungen aus der Zeit, die in der infantilen Amnesie verloren ist, herrühren müsse. Ich glaube, man kann sagen, daß die Übertragung immer eine unbewußte Quelle hat, aber ich habe den Eindruck, daß die Übertragungsneurose in der Gruppe sich auf die Wiederholung einer Beziehung richtet, die von traumatischen Erlebnissen kurz vor oder während der Pubertät herrührt. Gleichzeitig habe ich jedoch Erlebnisse aus präödüpalen und ödipalen Quellen gesehen, von denen die pubertäre Beziehung eine »zweite Ausgabe« ist. Jedenfalls war die Wiederholung der Wechselfälle dieser nicht so weit zurückliegenden Beziehungen in einer Übertragungsneurose für mich sehr auffällig. Meine Erfahrung mit Gruppen von Männern, die um den Anfang einer reifen Anpassung kämpfen, könnte eine einzigartige Betonung dieser Probleme zeigen; sie tauchen bei der Kommunikation mit Gleichgestellten auf, die dieselben Konflikte haben. Die Beziehungen untereinander sind mit Autoritätskonflikten und mit Reibungen erfüllt, die durch verschiedene Lebensstile und Gesellschaftsregeln ausgelöst werden. Elternimages scheinen zwei Formen anzunehmen. In der Entwicklung einer dyadischen Übertragungsbeziehung stellt der Therapeut eine einzelne Person mit frühkindlich erlebten Zügen des Vaters oder der Mutter dar. Jedoch wird der Therapeut, wenn der Patient mit den anderen Gruppenmitgliedern interagiert, zu dem Elternteil oder der Elternfigur der Adoleszenz, dem Führer, dem Vertreter von Moral, Stil und gesellschaftlichem Kodex oder der Figur, gegen die man rebelliert. Diese Images sind von ausgesprochen postödüpalem Charakter und stammen aus der Phase, in der das Kind seine abhängigen anaklitischen Bindungen an die Eltern lockert und sich auf die Gruppe oder Bande und ihren Führer hin orientiert.

Offensichtlich sind die bei den vorangehenden Beispielen besprochenen Probleme präpubertärer Natur. Im Fall A wurden die Symptome durch die Scheidung der Eltern eingeleitet und entwickelten sich später während der Pubertät und Adoleszenz bei der Mutter. Die Konflikte traten in der Übertragungsneurose mit einem deutlichen Hinweis auf analoge Konflikte in der präödüpalen und ödipalen Phase wieder auf. Jedoch blieb die Betonung auf der postödüpalen Periode, und die Therapie konnte nicht über diesen Punkt hinausgelangen; die Gruppenkonstellation scheint für die Entwicklung einer Beziehung auf einer echten ödipalen oder präödüpalen Ebene nicht auszureichen.

Im Fall B wurde zweifellos Material aus der präödiptalen Periode gebracht. Sie war jedoch nicht wirklich Teil der Übertragungsneurose. Auch Hinweise auf ursprüngliche Konflikte der ödipalen Phase waren deutlich und konnten teilweise analysiert werden. Jedoch entstammten die wesentlichen Erfahrungen in der Therapie dem schweren Trauma in der Vorpubertät, dem Selbstmord des Vaters und seinen Folgen.

Drittens ist klar erkennbar, wie abhängig die Therapie von den Spannungen ist, die in der Situation entstehen. Hier liegt die Bedeutung der Zusammensetzung der Gruppe. Der Leiter kann mit einer schlecht ausgewählten Gruppe, in der die tieferen Bedürfnisse der Gruppenmitglieder zu ähnlich sind, nicht viel anfangen. Aber er wird auch durch eine zu heterogene Gruppe gelähmt.

Wenn zum Beispiel ein Mitglied, dem die Gruppenprozesse bekannt sind, von Anfang an so sehr dominiert, daß die anderen ihr eigenes Gesichtsfeld nicht erweitern können, kann der Therapeut wenig tun. Der Therapeut ist von Beziehungen innerhalb der Gruppe selbst abhängig und kann nur durch die Schockwirkung seiner Ansichten Untergruppen spalten. Spannungen zwischen den Mitgliedern sind sehr wesentlich, aber ebenso die Möglichkeit, Spannungen, wenn nötig, zu beseitigen. Natürlich bestimmt der Therapeut die Art dieser Kommunikation und formt den Gegensatz zwischen den Inhalten des individuellen Über-Ichs und dem allgemeinen Kodex. Er kann diese Faktoren jedoch nicht ohne ausreichende Divergenz und Unterstützung unter den Gruppenmitgliedern beeinflussen.

Ich fasse zusammen: Es reicht für mein Vorhaben mit dieser Arbeit aus, im Verlauf der Gruppentherapie drei Phasen zu unterscheiden, von denen eine die Übertragungsneurose auf den Therapeuten betrifft:

Erstens: eine Phase, in der die neue Umgebung und ihr therapeutisches Ziel die Spannung und den Kontrast bestimmen, die die Orientierung und die darauffolgende Anpassung bewirken. Ich hoffe, in beiden Fallberichten gezeigt zu haben, wie diese Anpassung die Mitteilung durch Abwehr verborgener Gefühle und die Entwicklung der Übertragungsneurose fördert, die zu der zweiten Phase führt, in der sich die dyadische Beziehung zum Therapeuten entwickelt. Ich glaube, daß diese Entwicklung in Gruppen mit weniger als sechs Mitgliedern ungezwungener verläuft.

In der dritten Phase nimmt die Spannung ab. Gruppenmitglieder verlieren das Interesse an der Gruppe und erleben durch sie nicht mehr als in früheren Phasen. Die Regression endet, die Übertragungsneurose ist in



der begrenzten Form, in der sie sich in der Gruppensituation entwickeln kann, bereits analysiert und durchgearbeitet. Die Gruppe wird starrer, von ihrem »stillschweigenden Übereinkommen«, ihrem »Kodex« beherrscht, und nur eine Änderung in ihrer Zusammensetzung oder das (häufig erfolglos versuchte) Brechen bestehender Widerstände bringt einen Fortschritt. Dies zeigt, wie abhängig der Therapeut von der bestehenden Gruppensituation ist. Jedoch ist er auch auf Grund seiner dauernden Führerschaft und Autorität, die bei den Mitgliedern Identifikationen hervorruft, dauernd im Brennpunkt der Situation. Besonders bei relativ jungen Gruppenmitgliedern wird er der Mittelpunkt eines pädagogischen Einflusses sein. Dieser Einfluß ist bei älteren Personen mit festeren Meinungen schwächer. Ich habe bei diesen beiden Gruppen die Erfahrung gemacht, daß die erste, die mit jüngeren Männern anfang, sich mehr im Sinne meines Modells formte als die zweite, die mit älteren Männern durchgeführt wurde.

In diesem Zusammenhang ist es wesentlich, zwei von der Gruppentherapie ausgehende vorherrschende Einflüsse zu unterscheiden<sup>1</sup>. Erstens den pädagogischen Einfluß, der durch die Identifikation mit dem Therapeuten und mit dem »stillschweigenden Übereinkommen« und dem »Kodex« der Gruppe die Inhalte des Über-Ichs und des Ich-Ideals formt, die der gemeinsame Nenner aller Motivationen sind. Dieser Faktor wird in allen Phasen der Gruppenpsychotherapie wirksam. In der ersten Phase schwächt er die Widerstände, in der zweiten fördert er Dränge und Gefühle sehr intimer Art; und besonders in der dritten führt er zur Anpassung an die Realität und dem Ausreifen zum Abschluß der Therapie.

Der zweite Einfluß entwickelt sich beim Durcharbeiten der Übertragungsneurose in ihrer strukturellen Abfolge, dem Problem, das ich in dieser Arbeit besonders betont habe, da ich es für das wichtigere der beiden halte. Ich war mir bei dem Versuch, allgemeine Themen zu beeinflussen, Widerstände zu brechen und Bindungen zwischen den Mitgliedern zu lösen, dauernd meines eigenen Strukturierens der Situation bewußt. Jede Struktur in der Gruppe wurde als Hindernis betrachtet; nur die Beziehung zum Therapeuten kann wirkliche analytische Therapie erbringen, auch wenn man nicht ohne den Faktor der Gruppe als Ganzes arbeiten kann. Der letztere Faktor tritt dauernd in dem »stillschweigenden Übereinkommen« auf, in dem sich alle steuernden Kräfte der Per-

---

<sup>1</sup> J. Spanjaard (1959): Transference Neurosis and Psychoanalytic Group Psychotherapy, Int. J. of Group Psychotherapy, 11, 1.

sönlichkeit, die psychoanalytisch als Über-Ich und Ich-Ideal beschrieben werden, ausdrücken. Sein bestimmender Einfluß zugunsten der Behandlung ebenso wie gegen den Verlauf der Therapie wurde im Vorangehenden besprochen. Abschließend kann man feststellen, daß die Gruppenbildung die vorherrschende Dynamik bei dieser Therapie bleibt. Eine gute Gruppenzusammenstellung ist schwierig, aber Vorbedingung. Die Gruppenbeziehungen zwischen den Mitgliedern und das »stillschweigende Übereinkommen« bestimmen den Einfluß des Therapeuten ebenso wie den der Mitglieder aufeinander. Die Gruppe bleibt während allen Geschehens in der Therapie eine mögliche Zuflucht als regressive Situation, eine vielleicht der Mutter vergleichbare Quelle der Abhängigkeit und des Schutzes. Aber sicherlich wird in kleinen Gruppen, wie den hier beschriebenen, jedes Mitglied sich aus ihr in eine dyadische Beziehung zum Therapeuten herauslösen und damit die Spannungen der Übertragungsneurose finden, deren Durcharbeiten ihm wirkliche strukturelle Besserung bringen kann.

Bei der Analyse meiner eigenen Aufgabe in diesem Prozeß habe ich das Infragestellen individueller und allgemeiner Widerstände, durch das ich die Darstellung unterdrückten Materials und die Entwicklung der Übertragungsneurose förderte, als meine Hauptaufgabe als Gruppentherapeut betrachtet.

Diese Gesichtspunkte unterscheiden sich nicht von der allgemeinen theoretischen und technischen Grundlage der eigentlichen Psychoanalyse. Die mögliche Gefahr einer bloßen suggestiven Beeinflussung über die Identifikation statt des tatsächlichen Durcharbeitens der Übertragungen ist jedoch wahrscheinlich bei der Gruppentherapie eine gefährlichere Fallgrube als in der Einzelanalyse.

Der Psychoanalytiker, der die Gruppenpsychotherapie verwendet, wird auch einige ihm neue Tatsachen kennenlernen. Er wird sich zunehmend für postödipale Erfahrungen und Traumata der Pubertät und Adoleszenz interessieren. Vielleicht wird seine Ansicht über die Ursprünge der Übertragung unsicherer werden. Muß die Übertragung immer eine Wiederholung von Beziehungen und Gefühlen aus der Zeit der infantilen Amnesie sein? Vielleicht spielen viel spätere Ereignisse eine Rolle, zumindest wenn sie abgewehrt werden und unbewußt sind.

Es besteht noch ein weiteres Problem, das durch die Gruppenpsychotherapie gelöst werden muß: Gibt es Traumata, die man als »Gruppen-traumen« bezeichnen könnte, z. B. bei Kindern, die für den Schulanfang schlecht vorbereitet sind oder Adoleszenten, die plötzlich erwachseneren Gefährten ausgesetzt sind? Natürlich ist ihre unvorbereitete Haltung in

ihren Familien entstanden, besonders durch ihre Eltern. Übt die Situation in der Gruppentherapie einen günstigen Einfluß auf diese Patienten aus?

Ich glaube, daß jeder Therapeut, der mit der Gruppenpsychotherapie vertraut ist, auch in der Einzelanalyse Fällen begegnet, bei denen er sich fragt, ob es sich um „Gruppentraumen“ handelt, die in der Gruppe besser als in der Einzeltherapie behandelt werden könnten. Ich denke hier nicht an »korrigierende emotionelle Erfahrungen«, sondern an die Möglichkeiten des Wiedererlebens in der Übertragung und des Durcharbeitens. Vielleicht wird dies eine der interessantesten Fragen werden, auf die die psychoanalytische Gruppentherapie der Psychoanalyse einige grundlegend neue Beobachtungen und Daten als Antwort liefern wird.

GRUPPENANALYSE UND DIE EINSICHTEN  
DES ANALYTIKERS

Die vorliegende Arbeit basiert auf den Erfahrungen mit der Gruppenanalyse als Ergänzung der Einzelanalyse. Bei den untersuchten Gruppen handelte es sich um offene Gruppen von nicht mehr als sechs Patienten beiderlei Geschlechts im Alter zwischen 19 und 45 Jahren. Sie gehörten größtenteils der Mittel- und Oberschicht an; hinsichtlich der Diagnosen waren sie recht homogen (hauptsächlich Angst-, Zwangs- und Charakterneurosen). Die Gruppen bestanden in der Regel aus Patienten mit einer längeren Analyse, oft bei zwei oder mehr Analytikern; in meiner Analyse und größtenteils auch in den früheren Analysen befanden sie sich in einem Stadium langanhaltenden Widerstands (Stagnation). Dies traf sowohl für die Psychoanalyse als auch die analytische Psychotherapie zu. Die Gruppensitzungen dauerten anderthalb Stunden. Seltene »alternierende« Sitzungen (ohne den Analytiker) wurden ebenfalls durchgeführt. Die Gruppensitzungen wurden bei einigen Patienten einmal in der Woche, bei anderen alle zwei Wochen angesetzt. Die Einzelsitzungen fanden zwei- oder dreimal in der Woche statt.

Die Einführung solcher unregelmäßiger gruppenanalytischer Sitzungen zusätzlich zu der sonst unveränderten Einzelanalyse erwies sich bei der Überwindung der unproduktiven Widerstandsphase des analytischen Prozesses als sehr wertvoll. In keinem Fall wurde dieser durch die Einführung von Gruppensitzungen gestört oder geschädigt. Natürlich hängt dies von der angemessenen Vorbereitung des Patienten ebenso wie von dem Vorgehen des Analytikers und der entsprechenden Auswahl der Fälle ab.

Die Erfahrung mit der Gruppenanalyse hat im allgemeinen die Grundthesen der Einzelanalyse durch neue Ergebnisse deutlich bestätigt.

Da der Patient in einem bestimmten sozialen Rahmen interagiert, werden dem Analytiker und dem Patienten selbst unmittelbar Folgen seiner Übertragungen, Projektionen und Fixierungen erkennbar; seine Reaktionen auf eine Vielzahl von Interpretationen derselben Phänomene stellen sich dar, und es entsteht eine Konstellation, in der nicht nur die Übertragung auf eine elterliche Figur (den Analytiker), sondern auf eine

Gruppe von Personen (die Familie) leicht möglich ist. Durch die Beobachtung verschiedenartiger Übertragungen anderer Patienten auf den Analytiker wird die Analyse der eigenen Übertragungsneurose des Patienten erleichtert. Dies ist einer der Gründe, warum die Gruppenanalyse besonders für Patienten zu empfehlen ist, die wegen der Schwierigkeiten bei der Analyse und Lösung ihrer Übertragungsneurose lange Zeit in Einzelanalyse waren. In der Gruppe werden die Verzerrungen der Gedanken und Gefühle anderer Personen durch den Patienten oft von anderen Gruppenmitgliedern und manchmal vom Patienten selbst, nicht nur vom Analytiker, klarer erkannt. Der letztere sieht rasch, wenn die Reaktionen des Patienten auf Liebe, Freundlichkeit, Feindseligkeit, Lob, Unterwerfung, Aggression etc. von seinen Schilderungen in der Einzelanalyse abweichen. Die Analyse der Gründe dieser Diskrepanz ist fruchtbar.

Andererseits enthält die Technik der Einzelanalyse wichtige Elemente, die durch die Gruppenanalyse nicht bearbeitet werden; sie wird meiner Meinung nach durch die Kombination mit der Gruppenanalyse nicht wesentlich verändert. Jedoch ermöglichen zusätzliche Gruppensitzungen die Verwendung neuen Materials in den Einzelsitzungen: die unmittelbar erkennbaren Reaktionen des Patienten auf andere Personen, sein Agieren und seine auf die Gruppensituation bezogenen Träume. Sie wirken teilweise dem bei langdauernden Behandlungen auftretenden bedauerlichen Stillstand eines »Doppel-Lebens« entgegen: Fortschritt der Selbsterkenntnis während der analytischen Sitzungen ohne irgendeine Anwendung dieses Wissens außerhalb der Sprechstunde. Darüber hinaus haben sowohl der Analytiker als auch der Patient in der Gruppe gemeinsame Erlebnisse, die ihre Beziehungen berühren und wieder neues Material für die Analyse liefern.

Dies ist nicht der Ort, die Feinheiten der Auswahl von Patienten für die Gruppenanalyse und die Festlegung des richtigen Zeitpunkts, noch die individuelle Methode der Vorbereitung usw. zu besprechen. Nur eins sollte betont werden: Wir müssen vermeiden, dem Patienten den Eindruck zu geben, daß er in eine Gruppe »abgeschoben« wird, weil der Analytiker seiner müde ist oder die Hoffnung auf den Erfolg der Einzelanalyse verloren hat. Andererseits muß der Analytiker ganz sicher sein, daß nicht gerade dies seine Motive sind. Der Analytiker bemühte sich, in der Gruppe noch weniger direktiv zu sein als in der Einzeltherapie. Die Unterschiede wurden außerdem durch Umziehen (eine weiße Jacke wurde nur in der Einzelanalyse getragen), eine Änderung der Umgebung (auf dem Tisch standen Zigaretten und Bonbons) und vielfach

die Verwendung eines Tonbandgeräts betont. Der Analytiker »taute« eine gehemmte Gruppe oft dadurch auf, daß er ganz unbefangen seine eigenen augenblicklichen Gedanken und Gefühle beschrieb. Es soll nicht behauptet werden, daß es sich hierbei um eine angemessene Anordnung auch für andere Formen der Gruppentherapie und der kombinierten Therapie handelt. Die auftauchenden Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene, Projektionen, Überidentifikationen usw. wurden entweder sofort durch den Patienten selbst oder die anderen Gruppenmitglieder analysiert oder wurden in der Einzeltherapie Gegenstand der Analyse. Die Gefühle und Situationen aus der Gruppensitzung wurden dem Patienten in den Einzelsitzungen nicht zum Nachteil anderen Materials aufgedrängt. Einige Patienten erwähnten sie fast überhaupt nicht. Jedoch war sogar in diesen Fällen der Einfluß des Gruppenerlebens klar erkennbar. Er zeigte sich in den gelockerten Widerständen, neuen Einsichten und Verzicht auf infantile Vorstellungen, in veränderten Interessen, neuer Realitätsprüfung usw. Manchmal erwähnte der Analytiker Gruppenerfahrungen als gute Illustration des vom Patienten Gesagten. Die wichtigsten Einsichten waren die in die Existenz positiver und negativer Übertragungen.

*Diese Methode ist eine nützliche Ergänzung der Einzelanalyse: Der Analytiker ist nicht allein auf die Version des Patienten von seinen zwischenmenschlichen Beziehungen angewiesen. Als Augenzeuge kann er sich frei seine eigene Auffassung von den Ereignissen bilden und sie der des Patienten gegenüberstellen. In meinen Gruppen gibt es oft noch einen weiteren Zeugen: das Tonband. Dieses erfüllt dreierlei therapeutische Aufgaben: Ein Patient kann auf seinen eigenen oder den Vorschlag des Analytikers hin eine ganze Gruppensitzung noch einmal hören, um sie nachzuerleben, um seine Eindrücke von anderen oder sein eigenes tatsächliches Benehmen zu überprüfen; der Patient kann eine Sitzung, die er versäumt hat, nachholen; der Analytiker kann sein eigenes Verhalten überwachen und es nötigenfalls analysieren.*

*»Gruppenträume« als Hinweis auf Einsichten  
in die Übertragung auf Gruppen*

Gelegentlich wurde von der Gruppe ein Traum analysiert, gefolgt von der Analyse der Gründe für unterschiedliche Deutungen durch verschiedene Gruppenmitglieder. Die Deutungen dieser in der Traumanalyse recht erfahrenen Mitglieder waren oft so offensichtlich falsch, daß der

Analytiker eingreifen mußte. Gleichzeitig jedoch machten ihn seine »Mitanalytiker« auf die Relativität seiner eigenen Deutungen aufmerksam. Die Träume handelten wieder von Gruppenproblemen, vor allem bei den Patienten, die im Leben Probleme mit Gruppen hatten. Einige Beispiele sollen dies verdeutlichen: In Annas Fall zeigen drei Träume, wie sie in aufeinanderfolgenden Phasen ihre Probleme bearbeitet. In ihrem Beruf als Sozialarbeiterin wurde sie durch ihre Komplexe beim Sprechen vor Personengruppen erheblich behindert. Als sie und die anderen in der Gruppentherapie dieselbe Schwierigkeit bemerkten, erkannte sie die Ähnlichkeit dieser gegenwärtigen Gefühle mit denen der Kindheit, speziell mit den täglichen Erfahrungen am Abendbrottisch, die ein Schlaglicht auf ihre häusliche Situation warfen. Ihre Mutter, die sie als abweisend erlebte, unterhielt sich die ganze Zeit mit ihrem Bruder lebhaft über persönliche Dinge, während Anna niemals den Mund auf-tat, überzeugt, daß unmöglich jemand an dem interessiert sein könne, was sie zu sagen hatte. In ihrem ersten Traum nach dem Eintritt in die Gruppe saß sie während eines Banketts bei mehreren älteren Damen, während alle ihre Freunde an einem anderen Tisch saßen. Als sie versuchte, an deren Tisch zu gehen, wurde sie durch den Kellner aufgehalten, der sagte, daß dieser Tisch nur für wichtige Personen reserviert sei. In einem späteren Traum war sie mit einer Gruppe von Jungen in der Sprechstunde des Analytikers. Ein Junge weinte, und der Analytiker nahm ihn auf den Schoß und küßte ihn. Anna war überrascht und neidisch; sie fühlte sich ausgeschlossen. In der nächsten Folge war sie jedoch mit dem Analytiker allein, er nahm sie auf den Schoß, küßte sie, und sie mochte das sehr gern. Aber in diesem Moment erscheint ihre Mutter, böse und mit finsterem Gesicht. In einem darauffolgenden Traum befand sie sich wieder in der Sprechstunde des Analytikers. Diesmal kümmerte sich der Analytiker um einen anderen Patienten, während sie noch da war. Sie war etwas verärgert. Dann hielt der Analytiker Kunsterziehungs-Unterricht. Es wurde darüber diskutiert, was »subjektiv« sei. Anna wollte helfen und schlug vor, denen, die keine hätten, vier Ölbilder zu schenken. Der Analytiker erwiderte, Anna werde keins bekommen, weil sie schon eine Zeichnung habe. Als Reaktion darauf dachte Anna: »Obwohl es gerecht ist, fühle ich mich dennoch betrogen.«

Kurz zusammengefaßt, waren unsere in diesem Fall in den Einzelsitzungen gegebenen Deutungen: In dem ersten Traum wird ihr verboten, mit Menschen, zu denen sie sich hingezogen fühlt, auf einer Stufe zu stehen; im zweiten Traum kann der Analytiker nur einen Jungen, ihren Bruder, lieben; und die folgende Erfüllung des ödipalen Wunsches wird



durch die Mutter bestraft; in dem dritten Traum erhält jeder etwas (Liebe) von dem Analytiker. Die Tatsache, daß sie auch ein bißchen erhielt, kann ihren Bedarf nicht befriedigen. Im Gegensatz zu ihren häufigen Klagen über ihre Mutter war es die Liebe ihres Vaters, die sie stärker vermißte. Die Eltern sprachen zwanzig Jahre nicht miteinander.

Sam war ein anderer Patient, der unter Impotenz litt und mit schrecklichen Geschlechtstabus kämpfte. Er träumte über eine Party, auf der eine Frau einen Witz erzählt und nach einem Wort sucht. Er lieferte prompt das Wort »scheißlos«. Alle lachten fröhlich, aber sein Bruder und einige andere waren schockiert. Die nächste Folge des Traums war eine Rückblende in das zwölfte Lebensjahr und lieferte eine wichtige zurückgehaltene sexuelle Erinnerung.

Das dritte Beispiel ist das von Ted, einer äußerst starren Persönlichkeit, dessen neurotisches System seit seinem dritten Lebensjahr darauf konzentriert ist, Liebe zu verdrängen, um unabhängig zu bleiben. Er erinnerte sich an einen Traum von einer weiblichen Figur, die aus einem Bienenschwarm bestand, und versuchte, ihn in ihren Mund zu ziehen, um ihn zu zerstören. Dies wirkte wie ein perfektes Bild der Übertragung einer elterlichen Figur auf ganze Gruppen.

Es ist bekannt, daß für den Patienten eins der nützlichsten und häufigsten Ereignisse in der Gruppenanalyse die Erkennung der eigenen Projektionen der Eltern und ihre Konfrontation mit der Wirklichkeit ist. So rief ein vierzigjähriger Mann, der wegen Impotenz und Schüchternheit noch nie Geschlechtsverkehr gehabt hatte und dessen Geschlechtsphantasien alle vom Kind-und-Mutter-Typus waren, aus, nachdem er den verzweifelten Klagen einer besessen zwanghaften, weinenden hübschen jungen Dame zugehört hatte: »Ich kann mich selbst nicht verstehen! Da brechen Sie praktisch vor mir zusammen und trotzdem sehe ich Sie immer noch, wie ich Frauen im allgemeinen sehe: überlegen, alles über Sex wissend und absolut selbstsicher.«

Ich hatte die Möglichkeit, viele Träume von drei Gruppentherapeuten zu analysieren. Einer, der sich als Analytiker ganz sicher fühlte, hatte einen »Gruppentraum«, in dem verdächtig betont wurde, daß ein Freund, ein älterer Analytiker, Reste eines Kastrationskomplexes hatte, während er, der Träumer, davon frei war. Die anderen zwei, die meistens zwanghaft über ihre Gruppen nachdachten, hatten niemals einen »Gruppentraum«, obgleich einer oft von einzelnen Mitgliedern seiner Gruppe träumte.

Der eine von ihnen jedoch fand sich in seinen Träumen oft inmitten kleinerer oder größerer Gruppen, die immer feindselig und erschreckend

waren. Diese Gruppen bestanden nicht aus Patienten. Dies spiegelte seine typischen Projektionen auf Personen im alltäglichen Leben ebenso wie die Art seiner negativen, feindseligen und von Abwehr bestimmten Gegenübertragungen in der therapeutischen Gruppe.

*Gruppentherapie als Möglichkeit, die Einsichten  
des Analytikers zu schärfen*

Neben der »Überwachung« des Analytikers durch die als Mitanalytiker wirkenden Gruppenmitglieder hat der Analytiker drei Möglichkeiten, die hier beschriebene Methode zur Selbstüberwachung zu verwenden: 1. die direkte Beobachtung der Patienten und seiner selbst in der Gruppe; 2. die Analyse der Erlebnisse der Patienten in der Gruppe während darauffolgender Einzelsitzungen; 3. das Abhören der während der Gruppen- und Einzelsitzungen gemachten Tonbandaufnahmen: a) bald nachdem sie aufgenommen wurden und b) Monate oder Jahre später, nachdem das endgültige Ergebnis der Therapie bekannt ist. Bestimmte geistige Haltungen sind bei dieser Selbstüberwachung notwendig. Wir müssen unsere häufige analytische Unbeweglichkeit durchbrechen und uns unserer inneren Voraussage der Reaktionen jedes Patienten, die wir dauernd automatisch und meistens unbewußt machen, bewußt werden. Es ist wirklich schlimm, wenn wir einen solchen Grad von Unbeweglichkeit entwickeln, daß wir solche Voraussagen überhaupt nicht machen. Wir müssen uns in solchen Fällen zwingen, sie bewußtzumachen, indem wir in Gedanken klar eine Hypothese über das Unbewußte jedes Patienten formulieren.

In Gruppensitzungen gibt es manchmal Augenblicke, in denen der Analytiker sich selbst gestehen muß, daß er über das Benehmen oder die Äußerungen des Patienten *überrascht* ist. In solchen Fällen hat er offensichtlich falsche Voraussagen gemacht; sonst käme es zu keiner Überraschung. In dieser Situation müssen wir jede Neigung, leichte und billige Entschuldigungen für diese Fehler bei der Beurteilung zu finden, bekämpfen, und sie sehr ernst nehmen. Sie verlangen dringend nach einer Selbstanalyse der Gründe und Motive dieser falschen Voraussagen. Sie können sich manchmal als fast trivial erweisen, manchmal können sie wichtige, oft die Gegenübertragung betreffende Einsichten bringen.

Um nur ein sehr oberflächlich beschriebenes Beispiel solchen überraschenden Verhaltens zu geben: Ein Patient mit zwanghafter Homosexualität als hervorstechendem Symptom erklärte sich bereit, sich der

Gruppe unter einer Bedingung anzuschließen: er wolle seine Homosexualität nicht erwähnen. Seine ersten Worte in der Gruppe jedoch waren: »Mein Problem ist, daß ich homosexuell bin.« Der Analytiker war sich über die Ambivalenz des Patienten zwar im klaren, aber er war doch überrascht. Auch der Patient drückte während der folgenden Einzelsitzungen spontan seine Überraschung über dieses Verhalten aus. Die falsche innere Voraussage war das Thema von Analyse und Selbstanalyse. Die letztere ergab: Durch sein Geständnis protestierte der Patient gegen sein Schuldgefühl. Ursprünglich war dieses Schuldgefühl wegen der Homosexualität so stark, daß es den Beginn der Analyse behinderte. Der Analytiker bemühte sich recht erfolgreich, dieses Schuldgefühl abzubauen, aber im weiteren Verlauf der Analyse fuhr er unnötigerweise fort, es weiter zu verkleinern. Dies war durch unbewußte Überidentifikation mit dem Patienten motiviert, verursacht durch die sexuellen Schuldgefühle, die der Analytiker selbst im Alter des Patienten noch hatte. So half der Analytiker unbewußt, diese Schuldgefühle leicht zu unterdrücken, was in der speziellen sozialen Situation der Gruppe in Form eines Protestes herauskam: »Ich bin homosexuell, na und?«

Aber die Reaktionen des Patienten sind nicht immer so dramatisch und überraschend. Viel öfter kann man seine eigenen falschen Vorhersagen nur diagnostizieren, wenn man sich wiederholt fragt: »Ehrlich, hättest du vorausgesagt, was gerade geschehen ist?« oder wenn man sich selbst zwingt, vorauszusagen: »In dieser sich entwickelnden Situation erwarte ich, daß Patient X in der folgenden Weise reagieren wird.«

Manchmal ist es interessant, die *Überraschung eines Patienten* über das Verhalten eines anderen Patienten zu beobachten. In diesem Fall ist es der Patient, der die falsche Voraussage gemacht hat. Meistens ist die letztere nicht schwer zu analysieren, besonders wenn offensichtlich nur ein Patient überrascht ist, die anderen aber nicht. Jedoch ist der Analytiker gelegentlich, wenn ein Patient eine solche Überraschung ausdrückt, gezwungen, zuzugeben: »Er hat recht, ich hätte überrascht sein sollen, warum war ich es nicht? Was ist hier geschehen?« Oft handelt es sich nur um ein Beispiel der Unbeweglichkeit des Analytikers: Er hatte überhaupt keine Voraussagen gemacht. In anderen Fällen ergibt die Selbstanalyse: »Ich war nicht überrascht, weil ich innerlich eine richtige Voraussage gemacht hatte; warum habe ich dann so bereitwillig den Vorschlag des Patienten angenommen, daß ich hätte überrascht sein sollen?« Es stellt sich oft heraus, daß der Analytiker entweder die Voraussage nie durchgearbeitet hat oder daß er über-selbstkritisch war, oder daß er in seiner Gegenübertragung einen unterwürfigen Zug hatte, usw.

Eine andere für die Selbstanalyse brauchbare Reihe von Erfahrungen ergibt die bekannte Tatsache, daß das allgemeine Verhalten des Patienten in der Gruppe als ganz verschieden von dem Bild herausstellen kann, das sich der Analytiker nach individuellen Gesprächen mit dem Patienten gebildet hat. Hier muß die Selbstanalyse klären, warum wir auf die falschen Berichte des Patienten und sein Rollenspiel hereingefallen sind und welche Schlüsse wir daraus für die Analyse der Übertragung und der Gegenübertragung ziehen können.

Eine der nützlichsten Beobachtungsreihen ermöglicht das Bewußtsein unserer eigenen unterschiedlichen Haltungen gegenüber verschiedenen Gruppenmitgliedern. Diese Einsicht wird manchmal durch direkte Kritik eines Mitglieds hervorgebracht, das darauf hinweist, daß der Analytiker ein Gruppenmitglied begünstigt oder protegiert oder einem anderen gegenüber unfair ist. Natürlich müssen wir zuerst die Motivationen des Kritikers, die Situation so zu sehen und es in diesem speziellen Augenblick zu sagen, analysieren. Aber wir dürfen nicht von vornherein von der Idee eingenommen sein, daß der Kritiker unrecht hat. Er hat manchmal ganz offensichtlich recht, und manchmal stimmen die anderen Gruppenmitglieder mit ihm überein. Die Einsicht des Therapeuten, daß die kritisierten Haltungen tatsächlich bei ihm selbst bestehen, kann durch Beobachtung und Analyse ähnlicher Haltungen bei Gruppenmitgliedern untereinander gefördert werden. All dies hilft dem Analytiker, seine noch so leichten unbewußten protektiven, kompetitiven, sadistischen, masochistischen oder anderen sexuellen Einstellungen zu erkennen; ebenso die der Omnipotenz, Ermutigung, des Beendens von Feindseligkeiten, des Agierens usw. Er kann sich selbst besser die Rolle des Vaters, der Mutter, des Lehrers oder Kritikers bei den verschiedenen Patienten in der Gruppe spielen sehen. Sogar wo nur leichte Andeutungen solcher Einstellungen entdeckt werden, kann ihre Analyse zu wichtigen Einsichten in die Gegenübertragung führen und so die Analyse fördern helfen. Der Analytiker kann sich des zu starken Wunsches, analytischen Erfolg zu erlangen, wissenschaftliche Studien durchzuführen oder das Material für Lehrzwecke zu verwenden, bewußt werden. Er kann beobachten, wie solche Neigungen nicht nur seine Gruppentechniken beeinflussen, sondern daß auch die Patienten sie spüren und ihnen oft widerstreben. So entdeckte ich — durch das Abhören von Tonbandaufnahmen von Gruppensitzungen — meine Tendenz, das Wort »interessant« zu oft zu verwenden, was eine nicht immer bewußte Haltung des Lernens oder Forschens verriet.

Welche Wirkung hat die kombinierte Einzel- und Gruppenanalyse auf

die Analyse der Übertragung? In einigen Fällen wird sie nichts ändern: Der Analytiker wird trotzdem als der omnipotente Vater, die verstehende Mutter usw. erlebt. Da jedoch die Rolle des Analytikers in der Gruppe (bewußt oder unbewußt) flexibel ist, unterschiedlich bei verschiedenen Patienten, führt sie oft bei dem einen oder anderen Mitglied der Gruppe zu einer analytischen Einsicht in seinen eigenen Übertragungsprozeß. Dies ist einer der Gründe, warum nicht neue Fälle, sondern Patienten, die einige Zeit in Einzeltherapie waren, Patienten, bei denen die Analyse der Übertragung vernachlässigt worden war oder die ihr starken Widerstand entgegengesetzten, für meine Gruppen ausgesucht wurden. Der richtige Zeitpunkt für die Analyse der Übertragung muß im Auge behalten werden.

Wir haben erwähnt, daß die Analyse der Gegenübertragung durch die Gruppensitzungen unterstützt wird. Eine mangelhafte Analyse der Gegenübertragung ist, wie wir wissen, manchmal einer der Gründe für eine »Stagnation« in der Einzelanalyse.

Gruppenmitglieder kritisieren den Analytiker viel öfter als Patienten in der Einzelanalyse. Auch wenn die Motivationen für diese Kritiken offensichtlich sind, wie das Bedürfnis, die Abhängigkeit vom Analytiker vor der Gruppe zu leugnen, können die Kritiken nichtsdestoweniger gerechtfertigt sein. Man sollte sie nicht zu eifrig akzeptieren oder zurückweisen. Es ist bekannt, daß Patienten manchmal in der Gruppe Dinge enthüllen, die sie in der Einzelsituation nicht darstellen wollen. So sagte einer meiner Patienten in der Gruppe ganz plötzlich: »Zweimal während meiner langen Analyse habe ich dem Doktor Liebe gezeigt, aber er hat den Zug verpaßt.« Solche wahrheitsgemäßen Angaben sollten nicht nur vom Blickwinkel des Patienten, sondern auch von dem des Arztes aus untersucht werden. Warum hat der Patient in den Einzelsitzungen nicht darüber gesprochen? Wie hat er Liebe »gezeigt«? Warum hat es der Analytiker übersehen?

Ich möchte jetzt einige Worte über die zweite Methode der Selbstbeobachtung sagen: die Verwendung von Erfahrungen aus der Gruppenanalyse bei der darauffolgenden Einzelsitzung. Diese Situation birgt einige Schwierigkeiten. Der Patient kann sehr begierig sein, seine Gruppenerfahrungen zu besprechen, oder er kann sie nicht einmal erwähnen. Er kann sich auch weigern, sie zu besprechen, und den Vorschlag, es zu tun, übelnehmen. Wenn er nicht über sie spricht, kann dies bedeuten, daß es tatsächlich während der ganzen Gruppensitzung zu keinem der Besprechungswerten emotionalen Erlebnis gekommen ist. Andererseits kann das Gegenteil zutreffen: die Erlebnisse waren zu stark, es besteht

ein ausgeprägter Widerstand, gelegentlich sogar eine verblüffende Amnesie. Der Analytiker muß in jedem einzelnen Fall über das angemessene Vorgehen entscheiden.

Eine andere Form der kombinierten Einzel- und Gruppenanalyse zeigt der Fall eines Patienten, der mir von seinem Gruppentherapeuten, einer Frau, zum Beginn einer simultanen Einzeltherapie überwiesen wurde. Dieser Mann, ein manifester Homosexueller, litt unter manisch-depressiven Phasen und schweren Minderwertigkeitsgefühlen. Seine Widerstände waren besonders stark. Sogar unter dieser kombinierten Therapie dauerte es lange, bis eine merkbare teilweise Besserung der Angst- und Minderwertigkeitsgefühle eintrat. Es machte ihm große Schwierigkeiten, direkt über sich selbst zu sprechen. Seine Lieblingsmethode war, mit mir über seine Erlebnisse in der letzten Gruppensitzung zu sprechen: »Ich war aggressiver, konnte überhaupt nicht sprechen, war sehr böse auf einen bestimmten Patienten.« Nach einiger Zeit begann er zu merken, daß er in der Einzelsitzung bei mir jedesmal mit den in den Gruppensitzungen erlebten identischen Haltungen zeigte. Dies verstärkte die Einsicht in seine Projektionen und förderte die Analyse des Prozesses seiner Übertragung (und der begleitenden Widerstände) sowohl auf seine Gruppe als auf mich. So berichtete er mir einen Traum, in dem er seine Gruppenanalytikerin am Telefon sprechen sieht: Sie verhält sich sehr überredend; der Patient jedoch ist nur ein kühler Beobachter. Die Analyse dieses Traums vertiefte seine Einsicht in die Widerstände gegen seine beiden Therapeuten — in beiden Fällen eine Übertragung der ambivalenten Haltung seiner Mutter gegenüber.

*In diesen Nachsitzungen ist das folgende eine der wichtigsten Quellen der Einsicht für den Analytiker: Sehr oft scheint ein vom Analytiker für sehr aufregend, schockierend und interessant gehaltenes Erlebnis nicht den geringsten Eindruck auf den Patienten zu machen.*

Andererseits kann der Patient in einer späteren Sitzung sehr aufgeregt über eine in der Gruppe neu gewonnene Einsicht erscheinen, in der der Analytiker nur etwas lange Bekanntes und oft Durchgesprochenes sieht. Auch hier ist die Situation nicht einfach: Dieses Phänomen der »wichtigen Einsicht« kann wieder ein neues Produkt des Widerstands und ein Versuch sein, den Analytiker irrezuführen. Aber es kann ebensogut echt sein, und in diesem Fall ist es sehr wichtig.

Welche Bedeutung liegt darin? Worin besteht der Unterschied zwischen der Reaktion des Analytikers und der des Patienten auf dasselbe Einsichtserlebnis? Der Unterschied liegt nicht im Inhalt des Erlebnisses, sondern in dem unterschiedlichen Grad der *Bedeutung*, die von dem

Analytiker und dem Patienten gesehen wird. Aus Gründen, die sowohl beim Patienten als auch beim Analytiker nach tieferer Analyse verlangen, ist eine dem Analytiker sehr wichtig erscheinende Tatsache für den Patienten von geringerer Wichtigkeit und umgekehrt. Ähnliche Vorgänge können in der Gruppensitzung direkt beobachtet werden: Ein Patient, der in der Gruppe seinen Lebenslauf oder über seine Neurose berichtet, kann ohne Zögern in der Gruppe ein bestimmtes Ereignis als den Wendepunkt seines Lebens oder seiner Neurose bezeichnen; dasselbe Ereignis wird jedoch möglicherweise in der Einzelanalyse nicht als entscheidend dargestellt oder vielleicht nur in den ersten Sitzungen. Wiederum verdeckt oder enthüllt der Patient etwas in der Gruppe; aber worum es sich auch handelt, wir haben es hier nicht mit irgendwelchen neuen Inhalten des Unbewußten zu tun. Es ist nur eine Verschiebung der Betonung, der Bedeutung: Das Unwichtige wird als entscheidend dargestellt, das Entscheidende als unwichtig. Der Inhalt jedoch wurde entweder vor langer Zeit ins Bewußtsein gebracht oder war niemals überhaupt verdrängt. Dieser spezielle Widerstandsmechanismus war für mich die auffälligste Lehre, die ich aus dieser speziellen kombinierten Methode bei Fällen von besonders langdauernder Analyse zog. Ob er bei allen Patienten oder nur bei dem heutigen intellektuellen, im psychoanalytischen Denken wohlgeübten Patienten auftritt, kann ich noch nicht mit Sicherheit sagen. Sie werden wahrscheinlich bemerken, daß eine gewisse Ähnlichkeit mit einem normalen psychischen Mechanismus besteht: den Mechanismus zu ignorieren, die Aufmerksamkeit abzulenken und sich nicht auf etwas Unerfreuliches zu konzentrieren, ohne seine Inhalte oder Zusammenhänge zu verdrängen. Dieser Mechanismus, nicht den Inhalt zu verdrängen, sondern die *Bedeutung* bestimmter Konflikte in Beziehung zum Ich des Patienten und zu seinen Lebenszielen zu verdrängen oder zu übersteigern, war der bevorzugte Abwehrmechanismus bei meinen lange behandelten Patienten. Die Unterscheidung zwischen dem für unsere Psyche Wichtigen und Unwichtigen ist jedoch eine der höchsten Funktionen unseres Über-Ichs. *Sie ist nicht nur durch Verdrängung, sondern auch durch Krankheit, Erschöpfung, Alkohol, Drogen usw. leicht verletzlich.* Sie wird außerdem leicht durch die eigenen Vorurteile, Interessen und Projektionen des Analytikers verzerrt. Dies zeigte sich bei meiner begrenzten Gruppenerfahrung als eine der wichtigsten Ursachen unangemessener Verlängerung analytischer Behandlung. Die Erkenntnis dieses Problems war vielleicht der größte Gewinn der zusätzlichen Gruppenpsychotherapie.

Der Abwehrmechanismus der Bagatellisierung (de-emphasis) oder



Überbetonung (over-emphasis) wird durch dieselben inneren Konflikte motiviert wie die Verdrängung. In der Einzelsitzung kann es der Aufmerksamkeit des Analytikers entgehen, daß der Patient bagatellisiert, er kann dies auch ahnungslos herbeiführen. Die Überbetonung kann ein Manöver sein, den Analytiker irrezuführen, sie kann aber auch von einem Vorurteil des Analytikers herrühren. In der Gruppe kann der Patient die Überbetonung zu denselben Zwecken der Abwehr und Irreführung verwenden. In einigen Fällen jedoch befreit er sich in der Gruppe selbst von der Unterwerfung unter das bagatellisierende Vorurteil des Analytikers (siehe das Beispiel des »bekennenden Homosexuellen«).

Ich will die Verwendung von Tonband- oder Platten-Aufnahmen zur Selbstüberwachung nicht in Einzelheiten diskutieren. Wir alle wissen, daß unsere eigene Stimme auf Aufnahmen mehr so klingt, wie sie andere Menschen hören, und anders, als wir selbst sie hören. Dies hat physikalische Gründe. Ich glaube jedoch nicht, daß physikalische Gründe allein dafür verantwortlich sind, weil es oft auch das Tempo, die Modulation, der Akzent usw. sind, die uns überraschen können: In diesem Fall stimmt unser gesamtes Bild von uns selbst als Sprecher nicht mit der Wirklichkeit überein. Wenn wir genau zuhören, können wir auch leichte Veränderungen des gesamten Sprechgeschehens, bezogen auf bestimmte Gruppenmitglieder oder auf bestimmte Themen, beobachten. Wir erkennen, daß das Verhaltensmuster des Analytikers zeitweilig durch die Gruppe beeinflusst wird. Ich behaupte nicht, daß dies unerwünscht ist, ich verlange nur, daß der Analytiker sich dessen bewußt sein sollte. Wir können unser Zögern, unbeabsichtigtes autoritäres Geben und unser Ausweichen beobachten und analysieren. Die durch die Platten- oder Tonbandaufzeichnung bewirkte Trennung der verbalen Kommunikation von anderen Kommunikationssystemen (Mimik, Gestik, psychosomatische Effekte) erlaubt auch interessante Beobachtungen: Manchmal scheint eins dieser Systeme unreifer zu arbeiten als die anderen.

Die Kombination der Gruppenanalyse mit der Einzelanalyse bietet also verschiedene Möglichkeiten der Selbstüberwachung. Dies ist nach meiner Erfahrung bei schwierigen Fällen, bei denen eine Einzelanalyse sich ohne zufriedenstellenden und kontinuierlichen Erfolg über einen langen Zeitraum erstreckte, besonders nützlich.

Die Zukunft der Gruppenanalyse im allgemeinen und der kombinierten Einzel- und Gruppenanalyse ist mit Vorsicht zu beurteilen. Zur Zeit rühmen sich viele Formen nicht-analytischer Gruppentherapien günstiger Ergebnisse, die selten durch verlässliche Daten erhärtet werden.

Solange wir keine Vergleichszahlen für die Qualität der Ergebnisse (einschließlich Langzeitbeobachtungen) und die Dauer der Behandlung (oder besser die Zahl der Sitzungen) bei der Einzelanalyse im Vergleich zur Gruppenanalyse und zu kombinierten Formen haben, können wir unser Urteil nur auf subjektive Eindrücke stützen.

STEFAN DE SCHILL UND DENISE LAHULLIER

PSYCHOHYGIENE-GRUPPEN  
(MENTAL HEALTH GROUPS):  
EINE INTENSIVE, KOSTENSPARENDE  
BEHANDLUNGSMETHODE

*Das Bedürfnis nach einer kostensparenden Methode*

Jede Zunahme der Wirksamkeit der Therapie hat eine entsprechende Verminderung der gesamten Behandlungskosten für den Patienten zur Folge.

Wenn die Wirksamkeit des Verfahrens zunimmt, braucht der Patient entweder eine kürzere Gesamt-Behandlungsperiode, als sie früher nötig war, oder er kann — wenn es seine finanziellen Verhältnisse erfordern — seine allwöchentlichen Ausgaben herabsetzen, indem er die Anzahl der Sitzungen verringert. Diese Abhandlung berichtet über eine neue und intensive Methode psychoanalytischer Therapie, die »Psychohygiene-Gruppen« (Mental Health Groups), die die Autoren unter den Auspizien der American Mental Health Foundation (Amerikanische Stiftung zur Förderung geistig-seelischer Gesundheit) in den letzten 17 Jahren entwickelt haben. Die Bezeichnung »Psychohygiene-Gruppen« wurde gewählt, um diese Behandlungsform von anderen zu unterscheiden, die sich auch des Gruppenprozesses bedienen, und auch, um diese Methode mit dem Namen der Mental Health Foundation zu verbinden, die für die Schaffung des Verfahrens verantwortlich ist.

Diese Stiftung, 1924 von prominenten Bürgern und Psychiatern gegründet, hat sich der Forschung und der Förderung von Reformen auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit (mental health) verschrieben.

Die Stiftung mißt der Untersuchung von Funktionen und Dysfunktionen der menschlichen Seele überragende Bedeutung bei. Das Hauptgewicht wurde daher auf derartige Forschung und auf die Prüfung und Aufstellung fundamentaler Lehrsätze psychotherapeutischer Theorie und Technik gelegt. Ein wichtiger Teil des Programms der Stiftung war während der letzten 21 Jahre die aufmerksame Förderung der Entwicklung besserer und daher weniger kostspieliger Behandlungsmethoden. Der dringende Bedarf an solchen Methoden wurde durch die über eine Zeit von neun Jahren durchgeführte katamnestiche Studie demonstriert, die zeigte, daß nur etwa ein Prozent von ungefähr sechszwanzigtausend Antragstellern für kostensparende Behandlung adäquate Therapie finden konnte.

Über lange Zeit durchgeführte Untersuchungen der Stiftung haben deutlich gemacht, daß bestimmte Formen intensiver psychoanalytischer Gruppentherapie für viele psychisch kranke Menschen besonders geeignet sind. Methodisch verlassen sie sich aber nicht nur auf alle psychoanalytischen Grundsätze, wie Analyse der Übertragung und des Widerstands, freie Assoziation und Traumanalyse, sondern ergänzen diese auch nach ihren eigenen Bedürfnissen.

Ein wesentlicher Faktor der psychoanalytischen Gruppentherapie ist die Vielzahl und Vielfalt der entstehenden interindividuellen Beziehungen. Ein Patient, der den Therapeuten nur in der Einzelsitzung erlebt, reagiert auf ein Individuum, auf das er seine psychischen Schemata projiziert. Im Gruppenmilieu rufen jedoch die verschiedenen männlichen und weiblichen Gruppenmitglieder im Patienten eine *Vielzahl* verschiedenartiger emotionaler Reaktionen hervor, und das hat zur Folge, daß seine psychische Struktur viel klarer hervortritt.

Im Gegensatz zur beschützten Atmosphäre der Einzelsitzung ist die Gruppensituation der äußeren Welt, in der wir leben, ähnlicher. Aus diesem Grund wird jeder emotionale Konflikt, der sich in der Gruppe ausdrückt und dort durchgearbeitet wird, mit größerer Entschiedenheit und auf die Dauer wirksamer gelöst.

Trotzdem zeigte 1953 der von der Stiftung herausgegebene Literaturbericht über Gruppentherapie, daß die Mehrzahl der Therapeuten glaubte, Gruppentherapie sei lediglich eine weniger intensive Art der Behandlung, die man nur bei Patienten mit leichteren psychischen Störungen anwenden könne. Die meisten Therapeuten pflegten Gruppentherapie nur für Patienten zu empfehlen, die vorher in intensiver Einzelbehandlung gewesen waren; und wenn sie in einer Gruppe waren, kamen die meisten Patienten auch weiterhin regelmäßig einmal in der Woche zur Einzelsitzung.

Die Stiftung setzte sich daher das Ziel, eine Form von kostensparender Psychotherapie zu entwickeln, in der Einzel- und Gruppensitzungen kombiniert werden sollten. Sie sollte eine gesteigerte Wirksamkeit zeigen, jedoch eine erhebliche Verringerung der Zahl der nötigen Einzelstunden erlauben. Die Schaffung einer solchen Behandlungsform sollte es jedem Patienten — selbst wenn seine Mittel beschränkt waren — gestatten, seine eigene Intensivbehandlung ohne unangemessene Opfer selbst zu bezahlen. Zugleich sollte der in diesem Verfahren ausgebildete Therapeut keinen Einkommensverlust erleiden. Eine solche Behandlung würde also keiner finanziellen Unterstützung durch Dritte bedürfen, seien diese private oder öffentliche Stellen. Öffentliche und private Geldquellen

können niemals ausreichen, um auch nur einem kleinen Teil der großen Zahl von psychisch Kranken zu helfen.

### *Die Entwicklung von Psychohygiene-Gruppen*

Angesichts des großen Bedürfnisses nach einer *wirksamen, wirklich kostensparenden Psychotherapie-Methode*, die sich, falls sie erfolgreich sein sollte, von erfahrenen Psychotherapeuten überall anwenden ließe, begannen die Autoren mit der neuen, Psychohygiene-Gruppen genannten, Methode, Versuche anzustellen. Die Patienten wurden fast ausschließlich in Gruppensitzungen behandelt und hatten im Jahr nur vier bis acht Einzelstunden. Auf diese Weise haben Patienten, die nur das bezahlen können, was eine Einzelstunde pro Woche kosten würde, zum erstenmal extensive und intensive Psychotherapie bekommen können. Das ist wichtig, denn Untersuchungen haben gezeigt, daß die meisten Patienten, die nur eine Sitzung in der Woche hatten, selbst bei einem qualifizierten Therapeuten in ihrer Behandlung keine befriedigenden Fortschritte machen konnten.

Während der letzten 17 Jahre haben die Autoren sieben derartige Psychohygiene-Gruppen geführt. Vier Gruppen wurden von dem einen und drei Gruppen von dem anderen Autor geleitet, um auf diese Weise das notwendige Material für Vergleich, Auswertung und Validierung der verwendeten Techniken zu bekommen.

Die Methode wurde 1957 auf dem Zweiten Internationalen Kongreß für Gruppenpsychotherapie in Zürich zum erstenmal vorgestellt<sup>1</sup>. Fortentwicklungsstudien über diese Behandlung wurden dem Sechsten Internationalen Kongreß für Psychische Hygiene (Paris, 1961), dem Sechsten Internationalen Kongreß für Psychotherapie (London, 1964), der Dreiundzwanzigsten Jährlichen Konferenz der Amerikanischen Gesellschaft für Gruppenpsychotherapie (Philadelphia, 1965), den jährlichen Zusammenkünften der American Mental Health Foundation und anderen wissenschaftlichen Kongressen vorgelegt.

Die heutige Form dieser neuen Behandlungsmethode ist die Krönung vieler Forschungsunternehmungen der Stiftung. Erweiterte Kenntnis psychotherapeutischer Theorien und Techniken und der verschiedenen Formen von Gruppentherapie ist sorgfältig geprüft und neu organisiert

<sup>1</sup> Mental Health Groups. An Effective Form of Low-cost Psychoanalytic Therapy, Dr. Stefan de Schill, American Mental Health Foundation Inc., New York, N. Y., 1959.

worden. Während dieser Jahre gesammelte Daten zeigen: 1. daß die Zunahme der Wirksamkeit mit dieser Behandlungsform eine drastische Verringerung der Häufigkeit notwendiger Einzelstunden erlaubt; 2. daß man die meisten Patienten am Anfang der Behandlung in solche Gruppen aufnehmen kann; 3. daß sehr viele psychische Störungen, selbst schwerer Art, die man früher als ungeeignet für Gruppenpsychotherapie angesehen hatte, heute in diesem Rahmen behandelt werden können. Alle diese Faktoren tragen zu einer wesentlichen Verminderung der Kosten für intensive und wirksame Behandlung bei.

### *Die Gestaltung von Psychohygiene-Gruppen*

Auf Grund ihrer Erfahrung mit psychoanalytischer Gruppentherapie haben die Autoren die Zusammensetzung jeder Psychohygiene-Gruppe sorgfältig geplant, wobei sie besonders auf eine optimale Heterogenität geachtet haben.

Soweit wie möglich hatte jeder, der als Mitglied für solche Gruppen ausgesucht wurde, Persönlichkeitszüge und -strukturen, die sich von denen der anderen Gruppenmitglieder unterschieden. In die Psychohygiene-Gruppen wurden Patienten mit Symptomen, Formen und Graden psychischer Krankheit aufgenommen, von denen man früher geglaubt hatte, sie seien nur in Einzelpsychotherapie zu behandeln. Die einzigen Personen, die man nicht aufnehmen konnte, waren solche, deren psychische Probleme die Gruppenarbeit hätten unmöglich machen können, z. B. Psychotiker ohne Kontakt zur Realität, schwere Stotterer und Geisteschwache. Dazu zählen jetzt — wie wir später erklären werden —, auch Psychopathen.

Die Autoren hatten eine größere Auswahl unter Patienten, als dies Therapeuten in der Privatpraxis gewöhnlich haben. Das beruht auf dem Umstand, daß alle Patienten, die sich wegen einer Überweisung an die Stiftung wenden, zunächst zu einem diagnostischen Interview mit einem der Psychiater geschickt werden, die besonders für diese Aufgabe bereitstehen. Auf Grund des Studiums dieser diagnostischen Berichte waren die Autoren in der Lage, für die Psychohygiene-Gruppen die interessantesten und hohen Anforderungen stellenden Fälle auszuwählen.

Die Altersspanne der Gruppenmitglieder lag zwischen 21 und 55, die meisten waren 24 bis 35 Jahre alt. Die Zahl der Personen in jeder Gruppe betrug sieben bis zehn; davon waren etwa ebenso viele Männer wie Frauen. Jedesmal, wenn aus irgendeinem Grund ein Mitglied aus der Gruppe ausschied, wurde es durch einen neuen Patienten ersetzt, der

sorgfältig ausgesucht wurde, so daß das richtige Gruppengleichgewicht erhalten blieb.

Alle Psychohygiene-Gruppen trafen sich zweimal in der Woche, einmal zu einer regulären Sitzung mit dem Therapeuten und einmal zu einer »alternierenden Sitzung« (alternate session) ohne ihn. Die alternierenden Sitzungen wurden in den Wohnungen verschiedener Gruppenmitglieder abgehalten.

Gewöhnlich dauern Sitzungen bei der psychoanalytischen Gruppentherapie eineinhalb Stunden. Die Autoren stellten fest, daß durch diese begrenzte Zeit die in sich zurückgezogenen Gruppenmitglieder, wie z. B. die Schweigsamen und die Unterwürfigen, frustriert werden. Um ein Untergehen dieser passiven Mitglieder zu vermeiden, wurde mehr Zeit aufgewendet; dadurch wurde der Wettkampf um Aufmerksamkeit, den die dominanten und aggressiven Persönlichkeiten führten, die dazu neigten, die Sitzungen zu monopolisieren, erheblich herabgesetzt. *Die Zeit des Zusammenseins der Psychohygiene-Gruppen begann mit zweieinhalb Stunden pro Sitzung und wurde später auf drei Stunden verlängert.*

Die gelegentlichen Einzelsitzungen erwiesen sich als hilfreiche Komponente der Psychohygiene-Gruppen-Methode. Manche Patienten, die im Gruppenmilieu »funktionieren« konnten, zeigten Angst, wenn sie mit dem Therapeuten allein waren. Andere brauchten Einzelsitzungen, um peinliches Material zu offenbaren, das sie in der Gruppe noch nicht zum Ausdruck bringen konnten.

Jede der verschiedenen Situationen, die reguläre Gruppensitzung, die alternierende Gruppensitzung und die Einzelsitzung, bot mannigfaltige Milieus und stimulierte oft verschiedene Konfliktbereiche, die der Patient durchzuarbeiten hatte. Zu diesen gesellte sich vorteilhaft eine vierte Situation: die Therapeuten schlugen vor, die Gruppenmitglieder sollten nach den Sitzungen noch eine Weile zusammenbleiben, vielleicht beim Kaffee in einem nahen Restaurant. In dieser sozialen Situation können weitere Aspekte der Reaktions- und Abwehrschemata jedes einzelnen zutage treten.

#### *Die Vorbereitung der für Psychohygiene-Gruppen ausgewählten Patienten*

Bevor sie in die Gruppe eintreten, haben Mitglieder von Psychohygiene-Gruppen nur zwei Einzelsitzungen beim Therapeuten. Der Zweck dieser Sitzungen ist das Sammeln von zusätzlichen Daten, die im diagnostisch-psychiatrischen Interview nicht aufgetaucht sind, um ver-



suchsweise die Psychodynamik zu beurteilen und dem Patienten zu helfen, Befürchtungen und Mißverständnisse in bezug auf den Eintritt in die Gruppe zu überwinden.

Viele Menschen haben am Anfang etwas dagegen, zusammen mit anderen in eine Therapie zu gehen, weil sie eine innere Abneigung gegen oder Furcht vor Menschen haben und glauben, sie könnten in einer Gruppe nicht offen über ihre Probleme sprechen. Ein solcher Widerstand wird — angesichts der begrenzten Zahl von Einzelsitzungen — von Patienten, die in Psychohygiene-Gruppen eintreten sollen, sogar noch häufiger geäußert. 1956 hat die Stiftung die (als erste Abhandlung dieses Bandes abgedruckte) »Einführung in die psychoanalytische Gruppentherapie« veröffentlicht. Dieser Text wendet sich an Fachleute und Patienten und beschreibt Art und Ziel psychotherapeutischer Gruppen. Wenn man neuen Patienten diese Schrift zu lesen gibt, wird ihre anfängliche Angst vor dem Eintritt in die Gruppe oft gemildert.

Dem neuen Patienten, der Angst empfindet, hilft man verstehen, daß seine Angst vor dem Eintritt in eine Gruppe mit seinen Problemen zu tun hat, und daß es deshalb vorteilhafter wäre, diese Probleme in der Gruppe durchzuarbeiten, anstatt ihnen aus dem Weg zu gehen. Dadurch, daß man die Einführungsbroschüre zur Verfügung stellt und Angst und Widerstand sorgfältig behandelt, erreicht man, daß die Anfangszeit in der Gruppe für die meisten Patienten keine besonderen Schwierigkeiten bietet. Die seltenen Ausnahmen sind die Patienten, die von Angst überwältigt werden, wenn sie Emotionen auslösenden Situationen ausgesetzt sind, die durch Interaktion innerhalb der Gruppe entstehen. Solche Menschen brauchen den Schutz des Therapeuten, der ihre Angst mildert; ihnen wird daher gesagt, sie sollten zunächst den alternierenden Sitzungen fernbleiben. Manche Therapeuten sagen den Gruppenmitgliedern am Anfang, sie müßten einander »helfen«, sie müßten sich »demokratisch« verhalten oder sie müßten sich »auf erwachsene Weise zueinander in Beziehung setzen«. Derartige Forderungen haben die Tendenz, den Patienten zu hemmen, und können dazu führen, daß seine individuellen Verhaltensmuster nur undeutlich zutage treten. In den Psychohygiene-Gruppen wird als eine Grundtatsache der Psychoanalyse betont, daß *der Erfolg des Verfahrens weitgehend von der Bemühung des Patienten abhängt, alle seine Gefühle bewußt wahrzunehmen, ehrlich auszudrücken und zu verstehen*. Obwohl solche Bemühungen seinerseits in erster Linie seinem eigenen Wohl dienen, werden sie automatisch ein wirklicher Beitrag zur Gruppenarbeit, selbst wenn die ausgedrückten Gefühle feindselig, destruktiv oder peinlich erscheinen mögen.

## *Rolle und Aufgabe des Therapeuten in Psychohygiene-Gruppen*

### *1. Schwierigkeiten, denen man in Psychohygiene-Gruppen begegnet.*

Die Arbeit mit Psychohygiene-Gruppen mußte unter ziemlich schwierigen Bedingungen durchgeführt werden und erforderte von den Therapeuten große Anstrengungen und Ausdauer.

Die Verlängerung der Sitzungszeit wurde wegen einiger der folgenden größeren Schwierigkeiten notwendig:

Die extreme Begrenzung der Zahl der Einzelsitzungen bedeutete, daß fast alle therapeutische Arbeit in der Gruppe getan werden mußte. Dazu gehörte auch das Durcharbeiten der schwierigen Situationen und Probleme, das früher in Einzelsitzungen erledigt wurde.

Die Handhabung von Widerständen — besonders in der Frühzeit der Entwicklung dieser Methode — wurde zu einer fast unüberwindlichen Schwierigkeit. In der kombinierten Einzel- und Gruppentherapie war uns die Intensität der Reaktionen der Patienten niemals in solchem Maß begegnet. Die angstgeplagten Patienten erlebten mehr Angst, als sie sonst erlebt hätten, die in sich zurückgezogenen Patienten sonderten sich noch mehr ab, die feindseligen Patienten waren noch feindseliger, und es bestand bei den Patienten eine viel größere Tendenz zum Agieren. Nur durch die Entwicklung wirksamerer Arten des Vorgehens konnten die Autoren dieses primäre Hindernis überwinden.

Ein weiterer Faktor, der die Schwierigkeit in den Psychohygiene-Gruppen noch erhöhte, war die Aufnahme einer beträchtlichen Zahl von schwer gestörten Patienten, die man üblicherweise nicht in eine Gruppentherapie nehmen würde. Viele der Patienten waren nicht so »aufgeklärt« wie diejenigen, die man gewöhnlich in der Privatpraxis hat, und waren daher häufiger ihren Impulsen ausgeliefert.

Um bei den Patienten ein Gefühl der Teilhabe an dem Verfahren und der persönlichen Bedeutsamkeit des Verfahrens zu entwickeln und aufrechtzuerhalten, war es nötig, daß der Therapeut während jeder Sitzung mit jedem Patienten in Beziehung trat.

*Die Autoren kamen zu dem Schluß, daß es wesentlich sei, von der Psychodynamik jedes Patienten ebensoviel zu wissen, als wenn man ihn mit intensiver Einzeltherapie behandelte.* Um dies zu bewerkstelligen, verbrachten die Therapeuten viel Zeit außerhalb der Sitzungen der Psychohygiene-Gruppen damit zu, das, was in der Sitzung geschehen war, sorgfältig zu durchdenken. Auch wurden neue Patienten gebeten, alle ihre Träume und Phantasien aufzuschreiben, so daß sie vom Therapeuten studiert werden konnten, auch wenn sie in der Sitzung nicht zur Sprache kamen.

2. *Therapeutische Werkzeuge für die Bewältigung von Widerständen in Psychohygiene-Gruppen.* Die in Psychohygiene-Gruppen verwendeten Verfahren beruhen auf Theorien und Techniken, die im Rahmen des Forschungsprogramms der American Mental Health Foundation geprüft und entwickelt worden sind.

Es werden traditionelle psychanalytische Techniken angewendet, d. h. die Analyse von Übertragung, Widerstand und von Träumen, freies Assoziieren und das Aufdecken und Durcharbeiten der verschiedenen Abwehrmechanismen und -schemata. Die Therapeuten formulieren vorläufige Hypothesen in bezug auf die unbewußten Kräfte und Verhaltensmuster, die in jedem Gruppenmitglied wirksam sind. Diese Hypothesen gründen sich vollständig auf die Produktionen jedes Patienten und nicht auf irgendeine starre, dogmatische A-priori-Position. Während die Gruppenarbeit fortschreitet, ermöglicht signifikantes Material, das in der Abwehr und in den Übertragungen, im Ausdruck von Gefühlen, in freien Assoziationen, Phantasien und im Verhalten des Patienten entdeckt wird, fortwährende Revisionen dieser Hypothesen.

Eine Hauptaufgabe des Therapeuten liegt darin, ständig die Richtung der Bemühungen, die der Patient machen soll, auf den Brennpunkt zu lenken und zu klären. Die Mitglieder der Psychohygiene-Gruppen werden vom Therapeuten zu einer sinnvollen Exploration der Gruppen-Interaktion und zum Verstehen zugrundeliegender Strömungen und Mechanismen geführt. *Der Therapeut konzentriert sich ständig auf Emotionen und Verhaltensweisen, während sie auftreten; er stellt fest, welche Bedeutung und Funktion sie innerhalb der Psyche des einzelnen haben, indem er sie mit der nahen und fernen Vergangenheit in Verbindung bringt.* So wird die Kindheit des Patienten allmählich lebendig, und die Therapie wird für den Patienten zu einem verständlichen, wesentlichen Erlebnis.

Diese Art der Konzentration vermindert die von Widerstand geprägten Abschweifungen des Überintellektuellen, der dazu neigt, sich in theoretischen Spekulationen zu verlieren, ebenso die des Patienten, der sich in breit ausgeführten Darstellungen seiner Lebensgeschichte ergeht. Sie reduziert auch das wiederholte Agieren von Übertragungen und multiplen Übertragungsreaktionen, das nicht zur therapeutischen Exploration führt, auf ein Minimum. Die Mitglieder werden ermutigt, ihre Reaktionen auf jede gegebene Gruppensituation auszudrücken; diese dienen als Reize für die anderen Patienten. Darum besteht jederzeit eine therapeutische Situation für jedermann, und die Gefahr, nur eine Reihe von Einzelsitzungen im Rahmen der Gruppe abzuhalten, wird vermieden.

Die Hauptschwierigkeit in Psychohygiene-Gruppen ist die Bewältigung von Widerständen. Im Rahmen der Psychohygiene-Gruppe ist es für den Patienten leichter, seinen Widerstand zu verbergen oder zu agieren und die Bemühungen des Analytikers, das Problem durchzuarbeiten, zunichte zu machen. Die Schwierigkeit dieses Unternehmens steht in unmittelbarem Verhältnis zu dem Grad von Feindseligkeit, der in der Gruppe herrscht.

Man hat festgestellt, daß die Widerstände viel intensiver sind als bei der üblichen kombinierten Therapie, und sie treten oft in Manifestationen zutage, die in der Einzeltherapie niemals vorkommen. Z. B. zeigten manche Gruppenmitglieder die Neigung, scheinbar »herzliche, positive Beziehungen« herzustellen, die in Wirklichkeit Mittel waren, um dem konstruktiven therapeutischen Prozeß Widerstand zu leisten.

Die Handhabung schwerer Widerstände in Psychohygiene-Gruppen ist immer schwierig, da der Therapeut nicht auf häufige Einzelsitzungen zurückgreifen kann. In seltenen Fällen ist es vorteilhaft, einen Patienten, der ständig seine Feindseligkeit oder seinen Sadismus agiert und sich weigert, sich auf irgendeine therapeutische Bemühung einzulassen, aus der Gruppe zu entfernen. Eine Reihe solcher Patienten waren Psychopathen. Ein solcher Abbruch ist wahrscheinlich für den Patienten nützlich, denn er veranlaßt ihn möglicherweise, mit seinem nächsten Therapeuten zusammenzuarbeiten.

In der Regel können selbst starke Widerstände in der Gruppe durchgearbeitet werden, häufig mit Hilfe anderer Gruppenmitglieder. Die verwendeten Methoden gehen oft über das hinaus, was üblicherweise in der Einzeltherapie oder in der Gruppentherapie getan wird.

Die Erfahrungen in der Einzelanalyse und besonders in der Gruppenpsychoanalyse zwingen uns immer mehr dazu, die Vorstellung aufzugeben, der Analytiker könne eine unpersönliche Konstante sein, und Deutungsschritte seien sein einziges gültiges Werkzeug. Es wird deutlich, daß der Therapeut nur durch seine eigene Persönlichkeit und Erfahrung arbeiten kann.

Die Analyse der Abwehr und der Inhalte, die manche für die einzigen akzeptablen Methoden zur Durcharbeitung von Widerständen halten, beruhen hauptsächlich auf der Überlegung, daß die rationalen Kräfte des Ichs am Ende helfen werden, die irrationale Abwehr zu überwinden. Die Lösung von Konflikten kommt, so nimmt man an, dadurch zustande, daß der Patient die beteiligte Psychodynamik versteht. Freud hat jedoch gesagt, der Analytiker müsse alle verfügbaren Mittel der Suggestion gebrauchen, um den Patienten zur Aufgabe seines Widerstandes

zu veranlassen. Die Autoren gehen noch einen Schritt weiter; sie sind überzeugt, daß der Therapeut, geführt von seinem Wissen und Verständnis, *alle* möglichen Techniken benützen muß — von denen die Suggestion nur eine Art ist —, um therapeutische Fortschritte zu erzielen. Immer, wenn es angemessen erscheint, benützen die Autoren die vielfältigsten Instrumente, ob sie nun Deutungsschritte sind oder nicht. In den Sitzungen der Psychohygiene-Gruppen wendet der Therapeut bei den verschiedenen Gruppenmitgliedern verschiedene Verfahren und Erklärungsweisen an.

Die Patienten kommen in erster Linie in die Therapie, um sich von Schmerzen befreien zu lassen und damit emotionale Bedürfnisse befriedigt werden, aber nicht wegen der Art von innerer Veränderung, die der Therapeut erreichen möchte. Darum benützen die Autoren, wenn die Analyse von Abwehr und Inhalt nicht ausreichen, um den Widerstand eines Patienten durcharbeiten, zu diesem Zweck die eigenen Triebe, neurotischen Motivationen und sekundären Krankheitsgewinne der Patienten. Solche Techniken bedeuten tatsächlich eine strategische Behandlung des Patienten, ein Prinzip, das die analytische Arbeit ohnehin beeinflußt, wie zum Beispiel bei der Ausnutzung der sogenannten »positiven Übertragung«. Einige einfache Beispiele mögen dies veranschaulichen:

Eine Patientin war nahe daran, die Therapie wegen starker Widerstände abzubrechen. Die Patientin hatte oft von ihrer abwesenden Mutter gesprochen, von der sie äußerst abhängig gewesen war. In einer anderen Gruppe war zur gleichen Zeit eine ältere Frau, die ähnliche Eigenschaften zeigte, wie sie die Patientin ihrer Mutter zuschrieb. Die Patientin wurde in die gleiche Gruppe wie die ältere Frau versetzt, und ihre Beteiligung reichte aus, daß sie in Therapie blieb, bis der Widerstand durchgearbeitet war.

Einem Patienten, der sich beklagte, seine Eltern seien übermäßig beschützend und zärtlich, gestand der Therapeut soviel Freiheit wie möglich zu und machte, auf ihn bezogen, nur die allernötigsten Bemerkungen. Andererseits behandelte der Therapeut einen Patienten, der in der Kindheit väterliche Liebe entbehrt hatte, mit Rücksicht und Zuneigung. Alle Befürchtungen, derartige Verfahrensweisen könnten das Zutagetreten von Grundmustern stören, sind unbegründet. Der Patient, der in der Kindheit übermäßig behütet worden war, beklagte sich weiterhin, der Therapeut versuche ihn zu gängeln, und der Patient, dem es an Liebe gefehlt hatte, beschuldigte den Therapeuten, er vernachlässige ihn. Diese Verzerrungen in der Übertragungsbeziehung werden von anderen Gruppenmitgliedern bereitwillig aufgenommen, um das Problem durcharbeiten.

Der Analytiker wendet immer wieder pragmatische Verfahren wie Schachzüge an, um den Patienten zur Einsicht zu führen. Der therapeutische Prozeß in den Psychohygiene-Gruppen erfordert eine richtige Balance zwischen Befriedigung und Frustrierung des Patienten. Manchmal wird die Lerntheorie angewandt, wenn man versucht, dem Patienten »Belohnungserlebnisse« zu verschaffen. Die Förderung und Verstärkung zur rechten Zeit eingesetzter Ich-stärkender Erlebnisse innerhalb der Übertragungsbeziehungen führt positive emotionale Veränderungen herbei. In anderen Situationen ist es nützlich, dem Patienten Bedürfnis- oder Wunschbefriedigung zu versagen. Es gibt unendlich viele Möglichkeiten der Anwendung solcher Techniken, die jedoch vom Therapeuten äußerst sorgfältig erwogen werden müssen.

Selbst im besten Fall kann der Patient die beteiligten Prozesse nur zum Teil erkennen. Die bewußte Einsicht des Patienten wird gewiß angestrebt, kann aber nie vollständig sein; sie ist auch nur einer der Faktoren, die eine Persönlichkeitswandlung bewirken.

Die Patienten werden bei der Behandlung in der Psychohygiene-Gruppe fortwährend ermutigt, spezifische Anstrengungen zu machen. Sie werden aufgefordert, ihre Reaktionen auf jede Situation in der Gruppe zu prüfen und ihre Gefühle gegenüber der Situation und den Gruppenmitgliedern, die in ihnen Gefühle erwecken, *wahrheitsgemäß* zu berichten. Sie werden angeregt, der Gruppe die Phantasien und Träume, die sie gehabt haben, genau zu beschreiben. Der Therapeut weist nachdrücklich darauf hin, daß Reaktionen, die *nach* Gruppensitzungen auftreten, wichtig sind, daß man sie sorgfältig im Gedächtnis bewahren und beim nächsten Treffen zur Sprache bringen solle.

Die Patienten werden außerdem aufgefordert, hinter jedem Gefühl, jedem Traum oder jeder Phantasie das »Warum?« zu suchen, *indem sie den Zusammenhang zu ähnlichen Gefühlen und Erinnerungen aus der Kindheit herstellen*. Man macht den Gruppenmitgliedern den Umstand bewußt, daß Kindheitserlebnisse in der Analyse sehr wichtig sind, weil sie die Entwicklung tief verwurzelter emotionaler Schemata entscheidend beeinflußt haben. Die Patienten werden ermutigt, alle Erinnerungen und Assoziationen zu erzählen, selbst die peinlichen. Dazu können Gedanken und Gefühle gehören, die mit dem Körper des Vaters, der Mutter, der Geschwister oder dem eigenen Körper und körperlichen Funktionen zu tun haben, wie z. B. mit der Defäkation oder frühem Sexualverhalten. Am Ende sollte ein umfassendes Bild von der frühen Kindheit des Patienten entstehen.

Es wird auch erklärt, daß der Behandlungsfortschritt behindert oder

sogar ganz vereitelt werden kann, wenn der Patient in der Therapie oberflächlich wird, indem er den geforderten Anstrengungen ausweicht oder »agiert«, oder indem er der Gruppe bewußt eine falsche Fassade darbietet, oder indem er in der Gruppe Handlungen begeht, die ihn zwar selbst befriedigen sollen, seine wahren Gefühle aber verbergen. Z. B. kann ein Patient einem neuen Gruppenmitglied den Mut nehmen, in der Gruppe zu bleiben, anstatt seine Feindseligkeit direkt dem Therapeuten gegenüber auszudrücken.

Die Patienten werden ermutigt, allmählich gewonnene Einsichten in reale Lebenserfahrung zu übersetzen, indem sie sie konstruktiv anwenden, zuerst in der Gruppe, dann in ihren täglichen Kämpfen gegen die alten neurotischen Verhaltensweisen. Z. B. könnten Patienten, die bisher auf jede interpersonale Situation wie ein ängstliches, hilfloses, schuldbehaftetes Kind reagiert haben, allmählich anfangen, sich in angemessener Weise durchzusetzen.

Keine festgelegte Abfolge von Verfahrensschritten oder Phasen des Fortschreitens gilt für die Gruppe insgesamt. Bestimmte Techniken, wie »die Runde machen«, wobei ein Patient seine Gefühle und Phantasien in bezug auf jedes andere Gruppenmitglied ausdrückt<sup>2</sup>, Traumdeutung, direktives oder nicht-direktives Verhalten des Therapeuten, und andere erscheinen in der Gruppe fortwährend. Im Gruppenprozeß sind ständig analytische wie auch Umerziehungs-Aspekte der Behandlung vorhanden. Außerdem wird von Mitgliedern der Psychohygiene-Gruppen ein größeres Verständnis für das therapeutische Vorgehen verlangt, damit die Zeit vorteilhafter ausgenützt werden kann.

Die emotionalen Reaktionen des Therapeuten werden als ein nützliches Instrument verwendet, um die verschiedenen unbewußten und halbbewußten Motivationen des Patienten aufzudecken, z. B. Versuche, den Therapeuten zu lenken oder zu manipulieren, ihn wütend zu machen, oder ihn freundlich zu stimmen.

Gegenüber den Patienten, die dazu neigen, wertvolle Gruppenzeit dadurch zu verschwenden, daß sie sich monopolistisch verhalten, weit-schweifige Reden halten, oder ihre Feindseligkeit und ihr Wettbewerbsstreben agieren, muß der Therapeut beträchtliche Festigkeit an den Tag legen. Derartiges Verhalten wird abgestellt, indem man sich auf die zu-

---

<sup>2</sup> In der Psychohygiene-Gruppe ist diese Technik dahingehend abgewandelt worden, daß, nachdem die Person, die die Runde macht, ihre Gefühle einem Gruppenmitglied gegenüber ausgedrückt hat, dieses Mitglied die in ihm selbst hervorgerufenen Reaktionen schildert.



grundlegende Motivation des Patienten konzentriert. Auf asoziale Verhaltensweisen und Einstellungen und ihre wahrscheinlichen Folgen für den Patienten muß man sorgfältig achten.

In diesem Zusammenhang ist eine Bemerkung über die Behandlung von Psychopathen — Psychopathen hier im amerikanischen Sinne als asoziale Persönlichkeiten verstanden — mit der Methode der Psychohygiene-Gruppe angebracht. Wie zu erwarten war, hat sich die Arbeit mit Psychopathen als höchst unbequem und unangenehm erwiesen, wenn auch als recht interessant. Gewiß ist es nicht wahrscheinlich, daß Individuen mit den schwersten Psychopathieformen zur Behandlung kommen. Es gibt jedoch viele Formen und Arten von psychopathischen Persönlichkeiten, und wir haben elf solche Fälle längere Zeit in diesen Gruppen behandelt. Abgesehen von diesen hat eine größere Zahl solcher Patienten nach kurzer Zeit die Gruppentherapie abgebrochen. Jeder der über längere Zeit behandelten psychopathischen Patienten hat auf einem Gebiet oder auf mehreren gewisse Fortschritte gemacht, obwohl ihr wahres Ziel beim Therapiebeginn darin bestand, in ihrer Psychopathie erfolgreicher zu werden und nicht in die entgegengesetzte Richtung auf ein wirklich wünschenswertes Ziel zuzugehen. Da sie niemals ein genügend entwickeltes, gesundes und reifes Gewissen haben (im Gegensatz zum Über-Ich des Neurotikers), können sie — in vielen Fällen — den schuldgeplagten, gehemmten und ängstlichen neurotischen Gruppenmitgliedern bewundernswert furchtlos, frei und autoritativ erscheinen. Da es die Aufgabe des Therapeuten ist, allmählich die psychopathischen, ausbeuterischen, destruktiven und schließlich selbstzerstörerischen Verhaltensmuster aufzuklären, werden die psychopathischen Patienten fast ausnahmslos früher oder später versuchen, die therapeutische Gruppenarbeit zu untergraben, und direkt oder auf Umwegen, oder auf beide Arten versuchen, die Stellung des Therapeuten zu zerstören oder ihn unglaubwürdig zu machen. Das gilt besonders dann, wenn der Therapeut ihre Versuche, ihn auszubeuten, zunichte macht. Im Lauf der Jahre wurden ziemlich viele neurotische Patienten von Psychopathen dazu gebracht, die Gruppen zu verlassen, oder sie wurden auf andere Weise von ihnen geschädigt. Infolgedessen halten die Autoren es für besser, Psychopathen nicht in Psychohygiene-Gruppen aufzunehmen, obwohl eine solche Behandlung, wenn sie richtig durchgeführt wird, bei ihnen mehr bewirkt als nur Einzeltherapie.

Die Zusammenstellung einiger verbreiteter psychopathischer Züge kann dem Therapeuten und den Gruppenmitgliedern vielleicht helfen, solche Individuen leichter zu identifizieren. Die psychopathische Persönlichkeit hat nicht das reife

Gewissen entwickelt, das für einen gesunden und verantwortlichen Menschen charakteristisch ist. Der Psychopath hat keine Schuldgefühle wegen seiner asozialen und destruktiven Handlungen, die aus jenen spezifischen psychischen Bereichen stammen, in denen sich seine Psychopathie entwickelt hat. Dies steht im Gegensatz zur psychischen Struktur der neurotischen Persönlichkeit, deren infantiles Über-Ich sie wegen solcher Handlungen Schuldgefühle empfinden läßt, ebenso wegen bewußter und unbewußter Strebungen, die das Gewissen des Gesunden vertretbar findet. Die angeführten Züge können in verschiedenen Kombinationen und Intensitätsgraden bei jeder einzelnen psychopathischen Persönlichkeit zutage treten.

#### Der Psychopath

lebt für die sofortige Befriedigung; macht Pläne für weitere Wunscherfüllung;

lebt bis zur Stupidität der Befriedigung seiner eigenen Wünsche (eine frühere klinische Bezeichnung für Psychopathie war »moralischer Schwachsinn«);

verschafft sich ohne Zögern derartige Befriedigungen, ohne Rücksicht darauf, wieviel Leiden anderen daraus entstehen können;

nützt andere ohne Zögern aus, wenn es ihm vorteilhaft erscheint, und rationalisiert solche Handlungsweisen; der von Schuldgefühlen geplagte Neurotiker wird leicht ein Opfer des Psychopathen;

kann in den Begriffen »Dankbarkeit«, »Loyalität« und »Pflicht« nur einen Sinn finden, wenn sie sich auf »Verpflichtungen« anderer Menschen ihm gegenüber beziehen;

bietet immer eine falsche Fassade dar, um die Bereiche zu verdecken, wo seine Psychopathie vorherrscht; oft ist er charmant oder erscheint ehrlich und aufrichtig;

sagt alles, ohne Rücksicht auf die Wahrheit, wenn es seinen Zwecken dient und ihn in günstigem Licht erscheinen läßt; viele drücken sich recht gut aus; andere haben Hemmungen beim Sprechen;

ist überzeugt — oder hofft zumindest —, daß seine psychopathischen Handlungen ungestraft bleiben;

versucht, Mitleid zu erregen, wenn er in Schwierigkeiten oder in Gefahr ist, kehrt aber zu seinen alten Verhaltensmustern zurück, sobald er sich sicher fühlt;

wehrt sich gegen jede Kritik, indem er entweder die angreift, welche ihn durchschaut haben und die Wahrheit über ihn sagen, oder er wehrt sich in der Form einer scheinbaren Beschwichtigung;

projiziert seine eigene Psychopathie und Selbstsucht auf andere;

zeigt eine deutliche Unfähigkeit, aus seinen Fehlern zu lernen, und hat nicht den Wunsch, irgendwelche Anstrengungen für sozial konstruktive Ziele zu unternehmen;

ist fast ganz unfähig, sich zu ändern, hat eine bemerkenswerte Schwierigkeit, aus seinen Fehlern zu lernen und keinerlei Bedürfnis, sich gesellschaftlich relevanten Zwecken zuzuwenden;

macht sich selbst, ohne es zu wissen, viel verwundbarer für zerstörende Einflüsse, als die meisten Menschen es tun;

wird es mit aller Wahrscheinlichkeit erreichen, daß ihn seine inneren Schemata und äußeren Handlungen zu Fall bringen.

Viele Therapeuten sprechen heutzutage von der »Gruppengestalt« und vom »Gruppengeist« als von etwas, das über den in der Gruppe vorhandenen Individuen steht und über sie hinausgeht. Sie versuchen, therapeutisch in einem globalen Vorgehen mit der Gruppe als Gesamtheit umzugehen.

Die Autoren behaupten jedoch, die Strömungen in einer bestimmten Gruppe, die wie ein »Gruppengeist« wirken, sind lediglich Widerstand. Wenn man die Übertragungen untersucht, werden die Widerstandsmotivationen jedes Gruppenmitglieds, die eine derartige Konformität entstehen lassen, sichtbar. Jedes neurotische Untertauchen des einzelnen in der Gruppe muß vom Therapeuten analysiert und angegriffen werden, bis es gelöst ist. Die Psychoanalytiker sind sehr gut in der Lage, die bestehenden Beziehungen in der Grundgruppe, der Familie, genau zu beschreiben, ohne sich der Begriffe »Gestalt« und »Gruppengeist« und ähnlicher zu bedienen. Die Verwendung solcher Begriffe ist daher sowohl unnötig als auch irreführend.

Die Autoren haben festgestellt, daß die Mitarbeit der Patienten einigen Kräften des Widerstands und der Verdrängung entgegenwirken kann, die ständig die konstruktiven Ziele der Therapie zu zerstören drohen. In der Absicht, die Einsichten des Patienten am Untertauchen zu hindern, erklärt der Therapeut ihm bei geeigneter Gelegenheit und mit möglichst einfachen Worten seine besonderen neurotischen Verhaltensweisen. Der Patient wird aufgefordert, sich diese Formulierungen zu merken, und oft auch, die Einsichten dadurch zu verstärken, daß er sie sich aufschreibt. Z. B. konnte ein angstgeplagter Patient, der unbewußt die Rolle seines diktatorischen, »predigenden« Vaters übernehmen mußte, die Kenntnis dieser Verhaltensweise im Bewußtsein behalten und so einige ihrer Gefahren meiden.

In anderen Fällen, wenn ein Gruppenmitglied sich allmählich eines bestimmten Problemgebietes bewußt wird — z. B. verborgener Feindseligkeit, der Furcht, verlassen zu werden, des Bedürfnisses, bedrohliche Gestalten zu verleumden —, wird es ermutigt, auch zwischen den Sitzungen nach Assoziationen und Gefühlen zu forschen, besonders nach solchen, die von Kindheitserlebnissen herrühren. Es wird den Patienten erklärt, daß dieses Sich-Erinnern an die erworbenen Einsichten und die Konzentration auf Problembereiche keine rein intellektuellen Übungen werden dürfen, sondern von wirklichen Gefühlen begleitet sein sollten.

Solche Vorschläge, das muß man zugeben, werden meistens von den Patienten nur halben Herzens befolgt. Sie vermindern jedoch die Verwirrung und Verzerrung ein wenig, in die der neurotische Patient zwi-

schen den Sitzungen regrediert. Solche Formulierungen erweisen sich besonders für den Psychohygiene-Gruppen-Patienten als hilfreich, der nur eine beschränkte Zahl von Sitzungen in der Woche hat. Er bekommt etwas, woran er sich *außerhalb* der therapeutischen Sitzung halten kann, das ihm vielleicht helfen kann, realistischer mit bedrohlichen Umweltsituationen umzugehen.

Am Anfang wurde diese Technik nur bei den Patienten von zwei Gruppen angewendet, um festzustellen, ob sie merkliche therapeutische Vorteile bringen würden. Die Ergebnisse zeigten in diesen Gruppen eine bessere Integration und Kohäsion, und nach weniger als einem Jahr wurde die Technik in allen Psychohygiene-Gruppen angewendet.

Die Kommunikation des Therapeuten mit den Patienten geschieht in einfacher, nicht-technischer Sprache, die immer ihrem Verständnisniveau entspricht und sich auf ihre eigene Dynamik und ihre eigene Bilderwelt bezieht, wie sie sich in ihren Träumen und Phantasien zeigt.

Da jedem Patienten fortwährend seine emotionalen Reaktionen auf jede Gruppensituation bewußtgemacht werden, gelangt er allmählich zu einem besseren Verständnis sowohl der äußeren Realität als auch seiner eigenen wahren Gefühle.

Genau wie es seine soziale Umwelt war, die ursprünglich seine Ängste, sein Leiden und seine emotionale Unfreiheit aufsteigen ließ und sich dann mit ihnen anfüllte, hilft ihm nun die soziale Erfahrung der Therapiegruppe, sich der Realität besser bewußt zu werden und größere emotionale Freiheit und Tiefe zu gewinnen.

In den letzten vier Jahren hat der Senior-Analytiker des Projekts im Vollzug des Versuchsplans die Einzelsitzungen ganz abgeschafft, abgesehen von den beiden Anfangssitzungen vor der Einführung in die Gruppe. Infolgedessen nahm der Patientendurchgang in seinen vier Gruppen um etwa vierzig Prozent zu. Die Abschaffung der Einzelsitzungen führte dazu, daß weniger »positive Übertragungen« auf den Psychoanalytiker entstanden; dadurch wurde es schwieriger, die Widerstände derjenigen Patienten durchzuarbeiten, die danach die Gruppen verließen. Jedoch wird der Versuch der Durchführung dieser vier Gruppen ohne Einzelsitzungen fortgesetzt, um eventuell Techniken zu entwickeln, die den Prozentsatz der Abbrüche herabsetzen.

3. *Träume in Psychohygiene-Gruppen.* Die tatsächliche Wiedergabe und Analyse von Träumen nehmen in den Sitzungen der Psychohygiene-Gruppen einen relativ geringen Raum ein. Aber Träume sind bei dieser Art von Gruppenarbeit höchst wichtig. Nachdem ein Patient seine Träume erzählt hat, wird er angewiesen, über die Gefühle zu sprechen,

die er im Traum erlebt hat, und er soll auch alle Assoziationen berichten. Das Verständnis des Patienten für seinen Traum wird durch die Assoziationen, Gefühle und Deutungen der Gruppenmitglieder vermehrt.

Der Therapeut benützt Träume, um dem Patienten bewußtzu machen, auf welche Problembereiche er im jeweiligen Stadium seiner Psychoanalyse achten muß. In der Gruppe werden ständig Parallelen zwischen dem Abwehrverhalten und dem neurotischen Verhalten eines Patienten und seinen Träumen gezogen. Überdies werden oft Abwehrverhalten und emotionale Reaktionen der verschiedenen Patienten verglichen, und es wird auf ähnliche, identische oder entgegengesetzte Verhaltensmuster hingewiesen. In diesem Zusammenhang ist der Hinweis wichtig, daß die Träume von Psychopathen oft eine diametral der Deutung der Träume von Neurotikern entgegengesetzte Deutung erfordern. Zum Beispiel kann der gleiche Traum, der beim Neurotiker einen Fortschritt anzeigt, wenn ihn ein Psychopath träumt, einen Status quo oder sogar eine Verhärtung seiner asozialen Tendenzen bedeuten.

Orthodoxe Psychoanalytiker, die nur Einzelanalysen durchführen, haben die Besorgnis geäußert, eine vorzeitige Deutung stark verdrängten Traummaterials durch andere Gruppenmitglieder würde in manchen Fällen im Patienten unerträgliche Angst hervorrufen. Den Autoren ist keine solche Situation begegnet, die sich nicht angemessen hätte handhaben lassen. Meistens genügt es, einfach keine Reaktion auf die korrekte, aber »gefährliche« Traumdeutung zu zeigen, oder, wenn es angebracht erscheint, ihre Bedeutung für den »deutenden Patienten« zu erforschen und nicht für den Träumer.

Wegen der Wichtigkeit von Träumen in der Analyse und angesichts der begrenzten und strengen Bedingungen, unter denen in den Psychohygiene-Gruppen wirksame therapeutische Arbeit geleistet werden muß, müssen Therapeuten, die diese Form von Therapie betreiben wollen, in der richtigen Handhabung von Träumen geschickt sein.

4. *Übertragungen in Psychohygiene-Gruppen.* Die Übertragungen verlaufen in den Psychohygiene-Gruppen, wo viel weniger individueller Kontakt zum Analytiker besteht, aber länger Kontakt unter den Gruppenmitgliedern, oft ganz anders, als man es gewöhnt ist. Selbst angesichts der konstant herzlichen, positiven Haltung des Analytikers verharren mehr Patienten, besonders diejenigen, die dem gleichen Geschlecht angehören wie der Therapeut, länger dabei, vielfältige negative Gefühle auf ihn zu projizieren. Diese feindseligen Gefühle werden in unzähligen offenen wie auch verdeckten Formen geäußert. Es kommt weniger leicht dazu, daß sich die sogenannte »positive Übertragung« gegenüber dem

Therapeuten mit Intensität entwickelt, und man kann in vielen Fällen auf diese Übertragung als primäres Werkzeug zur Durcharbeitung bestehender Widerstände nicht zählen. Übertragungen des Patienten auf andere Gruppenmitglieder erscheinen noch ausgeprägter als bei anderen Formen der Gruppentherapie. In dieser Art von Gruppen treten Übertragungsreaktionen wie Absonderung oder Agieren intensiver auf.

Freud hat jedes therapeutische Vorgehen als psychoanalytisch bezeichnet, das sich der Übertragung bedient. Wenn dies der entscheidende Faktor ist, dann kann man die analytische Gruppenarbeit die psychoanalytische Therapie *par excellence* nennen. Die Übertragungen der Gruppenmitglieder auf einander und auf den Therapeuten werden zum Hauptvehikel, mit dessen Hilfe die emotionalen Probleme durchgearbeitet werden. Darum muß man sehr darauf achten, eine Gruppe zusammenzustellen, die das Entstehen einer Vielfalt von signifikanten Übertragungsbeziehungen zuläßt.

Die Übertragungsbeziehungen dürfen sich entwickeln und werden hervorgerufen innerhalb der Interaktion während der Gruppensitzung. Der Therapeut lenkt sein Augenmerk auf die Übertragungsverhältnisse und bittet die Patienten, zu den Gefühlen zu assoziieren, die sie im Augenblick empfinden. Diese Assoziationen betreffen rezente wie auch Kindheitserlebnisse, besonders in der ursprünglichen Familien- und Kindheitskonstellation. Dieses Verfahren stellt die Bedeutsamkeit der Übertragungsreaktion heraus: wo sie ihren Ursprung hat, wie sie verstärkt worden ist und daß im Augenblick das Bedürfnis besteht, die abwehrenden und vom Widerstand geprägten Verhaltensmuster beizubehalten.

5. *Assoziationen.* Assoziationen steigen in der Gruppentherapie natürlich unter anderen Bedingungen auf, als wenn in der Situation der Einzelanalyse die Technik des freien Assoziierens angewendet wird. Oft sind die Assoziationen in der Gruppe wegen der starken Reize der Interaktion stärker emotionell geladen. Derartige emotionale Reaktionen können direkt zum Auftauchen und zur Offenlegung von verdrängtem Kindheitsmaterial und verdrängten Traumata führen, die sich oft in den Träumen der Patienten manifestieren. Patienten, die in analytischer Einzeltherapie unfähig sind, frei zu assoziieren, und lediglich steril und intellektuell Ereignisse aus ihrer Kindheit beschreiben, ohne dabei Affekte zu zeigen, werden häufig zu wirklichen emotionalen Reaktionen erweckt, wenn sie in analytische Gruppentherapie kommen.

Es besteht oft die Gefahr, daß ein Patient seine Assoziationen nicht laut werden läßt, weil gerade zu der Zeit sich viel ereignet. Das kann

sich sein Widerstand zunutze machen, und auf diese Weise kann signifikantes analytisches Material verlorengehen. Ein derartiges Vorkommnis darf der Therapeut nicht leichtnehmen, indem er sich vielleicht mit der Hoffnung tröstet, der verlorengegangene Affekt werde sich schon wieder manifestieren. Der Therapeut muß in seinen Bemühungen, derartige Verluste zu vermeiden, sehr sorgfältig sein; in der Praxis ist dies eine schwierige Aufgabe. Er muß die Reaktionen aller Gruppenmitglieder beobachten und sie fortwährend ermutigen, ihre Gefühle und Assoziationen auszudrücken. Die längeren Sitzungen in den Psychohygiene-Gruppen verschaffen den Gruppenmitgliedern vermehrte Gelegenheit, sich selbst auszudrücken.

6. *Theoretische Überlegungen.* Die Autoren haben breit gefächerte Erfahrungen in Psychotherapie und Psychoanalyse gesammelt. Darunter waren auch viele Formen von Gruppenpsychotherapie, die ihr Verständnis für das Funktionieren der menschlichen Psyche erhöht haben. Die Autoren haben beobachtet, daß viele der Postulate der orthodoxen Psychoanalyse — so z. B. der Todestrieb oder die dogmatische Verknüpfung starrer Kindheitsphasen mit Ursachen und Folgen psychischer Störungen — in der klinischen Praxis nicht notwendigerweise sehr nützlich sind.

Erfahrene und aufgeschlossene Therapeuten haben den Nutzen von mehr als einem halben Jahrhundert des psychoanalytischen Experimentierens und sind sich klar darüber, welche lange Reihe von psychischen Schädigungen in den frühen und späteren Jahren eines Patienten eintreten können. Ebenso wohlbekannt sind die vielen Arten der menschlichen Psyche, auf diese Traumata, Ängste und Konflikte zu reagieren und sie abzuwehren. Ebenso wichtig ist es zu entdecken, wie das Kind gelernt hat, ein Mitglied der Familie oder mehrere auszubeuten, zu verführen, zu manipulieren oder zu versuchen, es oder sie zu zerstören. Psychische Störungen sind nicht auf ein einziges traumatisches Erlebnis zurückzuführen, wie z. B. eine plötzliche Unterbrechung des Stillens oder vorzeitiges Sauberkeitstraining, sondern sie sind die Folge des Zusammenwirkens komplexer traumatisierender Kräfte, das für das Individuum spezifisch ist. Sorgfältige und geschickte psychoanalytische Arbeit wird in signifikantem Maß die spezifische kindliche Welt ans Licht bringen, die in jedem einzelnen Patienten wirksam ist, und sie wird allmählich mindestens einen Teil des Schadens wiedergutmachen.

Schließlich möchten die Autoren noch einige Worte über die therapeutischen Ergebnisse in Psychohygiene-Gruppen sagen. Obwohl die Maßstäbe der Beurteilung von Ergebnissen gewöhnlich höchst subjektiv sind, ist durch die Anfertigung detaillierter Vergleichstabellen in der vorlie-



genden Studie eine gewisse Objektivität erreicht worden. Bei der Beurteilung des therapeutischen Fortschritts muß man daran denken, daß viele der Patienten in diesen Gruppen klinisch schwierige Fällen waren, so z. B. schwer geschädigte Neurotiker und nicht anstaltsbedürftige Psychotiker. Die Ergebnisse bei der Lösung der Probleme erschienen bei etwa einem Drittel der Patienten sehr befriedigend, bei etwa der Hälfte befriedigend und bei einem Sechstel etwas weniger befriedigend, obwohl sie auf einigen Gebieten Fortschritte machten. Der Fortschritt entsprach ungefähr den Anstrengungen, die jeder Patient selber machte. Eine wichtige Aufgabe des Therapeuten liegt deshalb darin, die Patienten — selbst die wenig motivierten — zu veranlassen, bei dem Verfahren mitzuarbeiten.

Die Methode der Psychohygiene-Gruppe beweist überzeugend, daß praktisch jedem nicht anstaltsbedürftigen Patienten bei minimalen Kosten in wesentlichem Maß geholfen werden kann, wenn er bereit ist, im notwendigen Maß mitzuarbeiten. Die Autoren sind zu dem Schluß gekommen, daß intensive therapeutische Arbeit, wie sie in den Psychohygiene-Gruppen getan wird, für unser größtes Problem auf dem Gebiet der geistig-seelischen Gesundheit eine wirkliche Lösung werden kann.

EINE VERBINDUNG VON PSYCHODRAMA  
UND GRUPPENPSYCHOTHERAPIE

*Einführung*

Ausgehend von unserer Erfahrung mit der Kinder-Psychoanalyse und unserem daraus folgenden Interesse am Spiel als Ausdrucksmodus, haben wir nach dem Zweiten Weltkrieg mit der praktischen Anwendung des Psychodramas begonnen. Es ist eine allgemeine Erfahrung, daß das Kind während der Psychotherapie-Sitzungen gern dramatische Rollen spielt. Zu jener Zeit kannten wir die Arbeiten von Moreno nur vom Hörensagen. So waren wir aufs Improvisieren und auf zahlreiche Versuche in ziemlich verschiedenen Richtungen angewiesen, wie es unsere ersten Publikationen über dieses Thema widerspiegeln (Diatkine et al. [1950], Lebovici et al. [1952]). Wir waren außerdem bedrängt durch die Notwendigkeit, mit beschränkten Mitteln möglichst viele Kinder zu behandeln. Wir interessierten uns also für alles, was uns als Technik der Gruppenpsychotherapie erschien. Unsere Arbeitsweise wandelte sich rasch. Die Ausdehnung psychodramatischer Methoden auf Erwachsene hat uns gezeigt, daß das Spiel, wenn es auch gewöhnlich eine infantile Handlungsweise ist, eine sehr viel ausgedehntere Ausdrucks- und Therapiefunktion haben konnte. Wir fanden da übrigens einige der Ideen wieder, die Moreno am Anfang inspiriert und ihn dazu gebracht hatten, diskutabile Prinzipien zu formulieren. Als Psychoanalytiker fanden wir in den Erlebnissen des Psychodramas eine Dynamik wieder, die uns schon vertraut war. Die Übertragungsmechanismen traten deutlich zutage und bestimmten weitgehend das Verhalten der Patienten. Da dieser Aspekt im Werk Morenos scheinbar übersehen wurde, hielten wir es für wichtig, die Erscheinungsweisen der Übertragung in ihren spezifischen Aspekten hervorzuheben, da die Handhabung der Deutungen von der genauen Kenntnis dieser Manifestationen bestimmt wird. Es war wesentlich, diese Therapieform auf ein allgemein akzeptables Verständnis der Psychopathologie zurückzuführen: Wenn auch der Nutzen der dramatischen Erlebnisse keinem verborgen bleiben kann, der Gelegenheit hat, sie praktisch zu erfahren, erscheint uns doch die »Theorie von der Spontaneität« der klinischen Realität nicht gerecht zu werden. Es ist unerläßlich, die konkrete Erfahrung und eine unbefriedigende allgemeine Theorie nicht

auf der gleichen Ebene abzuhandeln. Obwohl wir Moreno auf einem bestimmten technischen Gebiet viel verdanken, haben wir uns auf dem Gebiet der Theorie vollständig von ihm getrennt. Unsere Erfahrungen haben uns in unserer psychoanalytischen Position bestätigt, wenn uns auch das Psychodrama als Möglichkeit erschienen ist, Psychotherapien psychoanalytischer Art unter Umständen (Alter, Ich-Struktur) zu praktizieren, die gewöhnlich eine Kontraindikation gegen die Psychoanalyse in ihrer klassischen Form darstellen. So haben wir außer der Übertragung zugleich auch den dramatischen Ausdruck der Abwehrmechanismen studieren können. Die allgemeine Durchführung der Behandlung wurde dadurch natürlich abgewandelt.

Während sich unsere Methode entwickelte, hat sich noch ein weiteres Element als wichtig erwiesen: die Gruppendynamik. Bei unseren ersten Versuchen mit dem Psychodrama haben wir eine Gruppe von Kindern behandelt, erst in zweiter Linie haben wir Erwachsenengruppen behandelt. Wir haben allmählich gelernt, in der Gruppe eine Realität zu sehen, deren Wirkungen, wenn man sie kennenlernt, in therapeutischem Sinn nutzbar zu machen sind; sie können aber auch unerfreuliche Folgen haben, wenn man sie vernachlässigt oder wenn man sich ihrer unvorsichtig bedient. Im übrigen kann man die Behandlung einer Gruppe von Kindern oder Erwachsenen nicht mit der Behandlung durch eine Gruppe von Psychotherapeuten vergleichen. Im ersten Fall handelt jedes Gruppenmitglied im eigenen Interesse, was der Gruppendynamik einen spezifischen Charakter verleiht.

Die Komplexität der an der psychodramatischen Therapie, wie wir sie gerade geschildert haben (Spiel, Übertragungsfänomene, persönliche Dynamik der Patienten oder Gruppendynamik), beteiligten Faktoren hat uns bewogen zu versuchen, die Spezifität einer Technik zu präzisieren, die besonders für die Persönlichkeit des Kindes und des Jugendlichen geeignet ist, aber auch für Erwachsene, deren Ich keinen ausreichenden Schutz vor Affekten bietet. Wir nehmen eine der Position Morenos entgegengesetzte Stellung ein — für ihn hat das psychodramatische Erlebnis mehr Realitätswert als die Wirklichkeit. Dieser Versuch, auf dem Schauplatz des Psychodramas über das Menschliche hinauszugehen, definiert nach unserer Meinung ebenso die Philosophie Morenos wie seine gesamte Technik. Er wird es uns nicht übelnehmen, wenn wir ihm auf diesem Gebiet nicht folgen. Das bedeutet indessen nicht, daß wir mit Slavson (1950) einiggehen, wenn er das psychodramatische Handeln mit einem ständigen Übergehen zur Tat gleichstellt, was eine Verzerrung der Wirklichkeit durch die Projektion von Bildern bedeutete. Die konkrete Er-

fahrung zeigt, daß das nicht einmal bei den Schizophrenen geschieht. Wenn das Psychodrama sich auch immer mit lebendiger Realität abspielt, die sich jeweils verifizieren läßt, dürfen wir doch nicht vergessen, daß es sich um ein vollkommen originelles und deutlich abgehobenes Erlebnis handelt, und zwar ebenso dessen, was der Patient von der realen Welt wahrnimmt, als auch dessen, was er sich im Tagtraum vorstellen kann, und das ohne Rücksicht auf dessen Struktur. Diese Originalität ist es, die dem angemessen gehandhabten Psychodrama seinen reifungsfördernden Wert verleiht.

*Das Psychodrama als Ausdrucksmittel  
Der psychodramatische Ausdruck*

Vom Beginn seiner Veröffentlichungen über das Psychodrama an versichert Moreno, der Nutzen des Spiels liege darin, daß es dem Menschen ganz allgemein und dem Kranken im besonderen erlaube, seine Spontaneität wiederzufinden. Das Psychodrama wird also als ein Wiedererlernen dessen angesehen, was die Notwendigkeiten des Zusammenlebens jedem Menschen genommen haben. So erklärt Moreno, das Zeitalter des Wortes, symbolisiert durch die Couch des Psychoanalytikers, sei nun vorbei: Die Psychotherapie, wie sie das Psychodrama betreibe, studiere den Menschen beim Handeln, der sich dort in entscheidender Weise offenbare und verwirkliche. Wir haben andere Feststellungen gemacht.

*Die Fähigkeit der Kranken, sich dem psychodramatischen Spiel hinzugeben, erschien uns ganz am Anfang beunruhigend, so weit übertraf ihre Spontaneität manchmal diejenige der angeblich gesunden Probanden. Dagegen erschien uns ihr Verhalten streng determiniert durch eine Reihe von Faktoren, in denen wir genau das wiederfanden, was die Verbalisierungen des Patienten im Verlauf der psychoanalytischen Behandlung bestimmt.*

Die Übertragungsphänomene haben also immer eine ausschlaggebende Stellung in den Beziehungen der Patienten zu den Psychotherapeuten, und in zweiter Linie bestimmen sie auch die Beziehungen der Patienten untereinander. Das Spiel ist, in der gleichen Art wie das Sprechen, das Produkt der Antriebe und dessen, was man in der klinischen Psychoanalyse die Ich-Mechanismen nennt: in dieser Eigenschaft kann es von großem therapeutischem Wert sein. In dieser Hinsicht gibt es zwei Meinungen, die beide gleich falsch sind: diejenige der Forscher, die glauben, es sei ein Zeichen von nahe bevorstehender Genesung, wenn die Kranken

dank einer wiedergewonnenen Spontaneität spielen können, und diejenige der Kranken, die glauben, eine Rolle zu spielen bedeute, leben zu lernen.

Wenn man auch im dramatischen Ausdruck alle Dynamik des menschlichen Verhaltens wiederfindet, würden wir doch das Ergebnis unserer Erfahrungen vollkommen verfälschen, wollten wir die Spezifität dieses Therapieverfahrens nicht sehen. Tatsächlich spielt sich die Geschichte jedes Individuums in einer Entwicklungsreihe ab, in der die gestischen und mimischen Ausdrucksweisen die Gußform darstellen, in der sich die Verbalisierung vorprägt; man darf aber nicht vergessen, daß es sich um eine dialektische Entwicklung handelt, bei der Investition und Verbrauch nicht nach einer einfachen Formel ablaufen. Menschliche Gemeinschaften haben die Form des Ausdrucks, die das Sprechen begleitet, immer als unentbehrliches Kommunikationsmittel empfunden. Da nicht jedem möglich ist, das, was er sagen will, so zu sagen, daß unter allen Umständen das verstanden wird, was er meint, ist klar, daß der mimische und gestische Ausdruck der Gefühle, der manchmal eine rudimentäre Sprechweise begleitet, für alle ein taugliches und zuverlässiges Kommunikationsmittel ist.

*Dennoch könnten alle, die noch nie Psychodrama betrieben haben, glauben, die durch dieses Ausdrucksmittel implizierte Fiktion könnte ein Hemmnis sein, und das Wort Spiel enthalte ein Element des Lächerlichen. Schon bei unseren ersten Versuchen mit Erwachsenen (Depressiven und Hypochondern, die wenig geneigt waren, sich zu amüsieren) hat uns der alles umfassende Ausdrucksgehalt des Spiels, dem sie sich hingaben, von Anfang an beeindruckt.*

Sie waren alle sehr mißtrauisch, als wir ihnen die Methode erklärten, und alle waren selbst erstaunt über die Stärke des Gefühlserlebnisses, das sie gerade gehabt hatten. Wir haben diese Leichtigkeit des Zugangs und diese gestische Übereinstimmung in sehr verschiedenartigen Fällen gefunden, bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen, Patienten mit Neurosen oder Charakterstörungen und sogar bei Normalen. Auf die Psychotiker werden wir später noch einmal zurückkommen.

### *Die psychodramatische Kommunikation*

*Das Psychodrama ermöglicht es Personen, die durch nichts auf den Gebrauch der Sprache des Dramas vorbereitet sind, sich auf eine zutiefst lebensnahe Weise auszudrücken, die ihnen selber erstaunlich vor-*

*kommt. Man muß hinzufügen, daß diese Ausdrucksweise tatsächlich die Gruppe braucht, nicht nur die Gruppe derer, die durch ihr Spiel zur dramatischen Aufführung beitragen, sondern auch all jener, die den Gang der Handlung miterleben und das Publikum darstellen.*

Im gleichen Maß, in dem andere auf das Spiel des einen emotionell reagieren, verleiht dieser eine, ohne es zu wollen, dem, was er tut, diesen besonderen mitteilbaren Wert. Zunächst finden Kinder oder Erwachsene, denen ihre gewohnten verbalen, gestischen oder mimischen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, in der motorischen Begleitung, die ihnen in der psychodramatischen Sitzung leichtfällt, einen zusätzlichen Modus der emotionalen Kommunikation. Das Psychodrama erlaubt den Kranken, den besten Abstand zu wählen — nicht nur in dem in der klinischen Psychoanalyse herkömmlichen Sinn der Distanz zum Objekt, sondern auch im Sinn des allgemein üblichen Wortgebrauchs: Die Kranken wechseln ihren Standort, sie nähern sich den Therapeuten und den anderen Gruppenmitgliedern und entfernen sich von ihnen, und diese Bewegungen haben eine Bedeutung, die alle unmittelbar erkennen.

### *Die psychodramatische Beziehung*

*Das Psychodrama ist wegen der Möglichkeiten, die es den Kranken bietet, die mit dieser Methode behandelt werden, wegen der Bedeutung der emotionalen Faktoren, die es induziert, und wegen seiner Wirkungen auf die Therapiegruppe und die Zuschauer nicht nur ein privilegiertes Mittel des verbalen Ausdrucks, sondern es beansprucht alle Mittel des einzelnen in seiner Situation in der Gruppe.*

Die Erfahrung zeigt häufig, daß die Patienten von ihren ersten Psychodrama-Sitzungen an in einer Weise, die für die Ärzte nicht weniger überraschend ist als für die Patienten selbst, bestimmte Aspekte ihres unbewußten Lebens offenbaren. Im gewöhnlichen Dialog läuft alles wirklich so ab, als könne sich der Patient, der in der Lage ist, vor dem Arzt, dem er zu vertrauen glaubt, eine bestimmte Stellung einzunehmen, sich in keiner Weise aus dieser Stellung entfernen. Häufig beobachtet man Kranke, die mit Vertrauen und Klarheit ihre Schwierigkeiten aufdecken, so wie sie ihnen erscheinen, und die nach einigen Gesprächen nicht mehr wissen, was sie sagen sollen — das ist eine Funktion gerade dieser Schwierigkeiten, dieser Grenzen, die sowohl ihre Ausdrucksfähigkeit als auch ihre Möglichkeit des begrifflichen Erfassens umschließen. Jedes klinische Gespräch und jede psychotherapeutische Kur läuft im

Rahmen einer konkreten Beziehung zwischen dem Arzt und dem Kranken ab, und darunter spannt sich der Dialog wie ein Netz: Wenn ein Kind spielt und wir sein Spiel verstehen, kann es uns dennoch häufig einen grundlegend anderen Aspekt darstellen. So ist es z. B. bei dem kleinen Mädchen von fünf Jahren, das ständig spielt, es sei eine Katze. Dabei erklärt es uns, es wolle eine Katze sein, weil die Katze Mäuse frisst. Es läßt uns seine Phantasiebeziehung zum Bild der Mutter sehen, aber zugleich erklärt es, auf dem Schoß seiner Mutter sitzend, leidenschaftlich, es wolle immer ihr Baby bleiben. Es sagt nicht nur nicht, eine Mutter könne ihre Kinder fressen, sondern man könnte im Gegenteil das, was es sagen will, folgendermaßen zusammenfassen: Nicht die Mutter kann die Kinder fressen, sondern die Katze frisst die Maus. Dieser Aspekt der Verneinung ist seit Freud wohlbekannt, und man muß im Geist immer den fundamentalen Unterschied gegenwärtig haben, der zwischen dem besteht, was der Kranke sagen will, und dem, was er eben gerade nicht sagen kann. Es genügt jedoch nicht, von dem Unterschied zu sprechen, der zwischen dem Ausgedrückten und dem Virtuellen, zwischen dem begrifflich Gefaßten und dem Gelebten besteht, man muß auch untersuchen, wie dieser Hiatus zustande kommt. Wir wissen, daß die Abwehrmechanismen, die Reaktionsbildungen und insbesondere die Charakterabwehr ihn schaffen.

Das Psychodrama bringt uns genau mit diesen Reaktionsbildungen in Kontakt, deren Bedeutung dem Patienten nicht verborgen bleiben kann. Es trifft zwar zu, daß er in der Regel diese Realität erst akzeptiert, nachdem die Zuschauer sie schon lange bemerkt haben.

Wir wollen in diesem Zusammenhang den Fall eines Jugendlichen anführen, der schon im Alter von sechs Jahren von mehreren Kinderpsychiatern untersucht worden war. Sie einigten sich darauf, daß man bei ihm mit der Entwicklung einer Psychose rechnen müsse. Das Kind wurde mehrere Jahre lang einer psychoanalytischen Behandlung unterzogen, die wir hier nicht im Detail wiedergeben können. Die Behandlung entwickelte sich in klassischer Form. Die Elemente der ödipalen Identifizierung mit dem Vater wurden lange auf dem Weg über Phantasien von Autofahrten untersucht. Tatsächlich mußte für Henri das Bild des Vaters zugleich Befriedigung und Angst in seinen ödipalen Beziehungen verursachen; sein Vater, ein intelligenter und sehr charmanter Mann, aber vor der Mutter schwach, war das Opfer eines schweren Autounfalles geworden. Die Mutter des Kindes, Tochter eines Offiziers, der im Ersten Weltkrieg den Heldentod gestorben war, identifizierte sich dauernd mit diesem Vater, indem sie sich in ihren Phantasien in Gestalt



eines amputierten Helden sah. Im Fall einer so besonderen Struktur war es unvermeidlich, daß angsterregende prägenitale Beziehungen zur Mutter rasch zum Mittelpunkt der Behandlung wurden. Schematisch sah man sie sich im Rahmen der Übertragungsbeziehung manifestieren, wo das Kind sich vorsichtig und mit Schuldgefühlen der Brust der Analytikerin näherte. Zur gleichen Zeit, und diese Einzelheit ist nicht unwichtig, wurde Henri nach einer Nahrungsmittelvergiftung durch eine Mahlzeit, die ihm eine von ihm sehr gerühmte Lehrerin gereicht hatte, dazu gebracht, bestimmte Deutungen über die eingebilddete Gefahr der Einverleibung des mütterlichen Objekts anzunehmen. Tatsächlich wurden die Deutungen, obwohl dieses Material Gegenstand einer langen Deutungsarbeit auf der Basis der jüngsten, ins Gedächtnis zurückgerufenen Ereignisse gewesen war, mit Hilfe symbolischer Ausdrücke gegeben, die für die psychopathologische Struktur Henris charakteristisch, aber trotz allem anachronistisch waren. Während der letzten Phasen dieser psychoanalytischen Behandlung war die masochistische Beziehung Henris zu seiner Mutter Gegenstand eines systematischen Durcharbeitens, und das Kind, das sich inzwischen mitten in der Latenzperiode befand, konnte sich dennoch seiner sexuellen Erregung erinnern, die unter folgenden Umständen auftrat: Er machte seine Mutter nervös, indem er verrückt spielte, bis sie ihn voll Zorn an den Handgelenken packte. Trotz der Intensität der erlebten Beziehung, ebenso in der Realität mit seiner Mutter wie in der Übertragung bei der Analytikerin, entstand ein Phänomen der Isolierung, das es übrigens Henri erlaubte, im Zusammenleben mit seiner Mutter einen möglichen *modus vivendi* zu finden und in seinem Verhalten reale Fortschritte zu machen. Es entstand also eine neue Distanz zwischen einem gewissen Durcharbeiten der Mutter-Imago und der aktuellen Realität dessen, was Henris Mutter für ihn war. Diese Isolierung wurde von der Analytikerin mit Vorbedacht respektiert, denn eine andere Handlungsweise hätte das Kind in Regressionen gestürzt, die große Störungen hervorgerufen hätten. Einige Wochen später bat Henri um eine Unterbrechung dieser Behandlung. Dieses Bedürfnis nach Unterbrechung, das bei psychotischen Kindern häufig ist, wurde akzeptiert. Danach fiel Henri nicht wieder in seine früheren Verhaltensstörungen zurück, aber er blieb sonderbar, anders als die anderen, und beunruhigte seine Eltern durch seine mittelmäßige Anpassung in der Schule und einige ungewöhnliche Impulse. Er hat außerdem eine passive homosexuelle Haltung, die ihm unangenehme Abenteuer einträgt und seine Mutter ängstigt. Aus diesem Grund wurde später eine Behandlung durch Psychodrama unternommen. Von der ersten Sitzung an zeigte sich ein sehr

charakteristisches Phänomen. Henri erklärte uns, sein Vater habe sich einem größeren chirurgischen Eingriff unterziehen müssen, und seine Mutter habe gewollt, er solle vierzehn Tage länger in den Ferien bleiben. Er habe aber das unbezähmbare Bedürfnis empfunden, nach Hause zurückzukehren, habe einen Fluchtversuch gemacht und sei schließlich trotz der Mahnung seiner Mutter von dem Ort, wo er auf die Bitte seiner Eltern während der ganzen Zeit hätte bleiben sollen, während sein Vater in der chirurgischen Klinik war, zurückgekommen. Wir fragten Henri, wie seine Mutter ihn empfangen habe: »Sehr gut«, antwortete er. Wir schlugen ihm vor, diese Szene zu spielen. Beim erstenmal spielt er seine eigene Rolle. Die Psychotherapeutin, die die Rolle seiner Mutter spielt, empfängt ihn streng und macht ihm Vorwürfe wegen seines Ungehorsams. Henri stellt seine eigene Person sehr natürlich dar und macht einen lebensechten Gegenangriff. Befragt, was er über diese Szene denke, versichert er uns, das ganze habe sich überhaupt nicht so abgespielt. Seine Mutter habe ihn sehr freundlich empfangen. Wir bitten ihn nun, die Rolle seiner Mutter zu spielen. Er zeigt sie uns noch aggressiver als in der vorigen Szene; er weist darauf hin, daß seine unpassende Heimkehr mehr Arbeit machen werde, eine zusätzliche Belastung, die in einer so sorgenvollen Situation wirklich unnötig sei. Wir machen ihn darauf aufmerksam, daß sein Spiel ja nur bestätige, was sich in der vorigen Sequenz abgespielt habe. Henri scheint ärgerlich und sagt, er habe sich wirklich getäuscht. Wir beginnen also die gleiche Szene noch einmal in der gleichen Rollenverteilung. In der Rolle seiner Mutter erklärt Henri, trotz aller Unannehmlichkeiten, die seine Rückkehr bereite (zusätzliche Arbeit, Sorgen, ein Esser mehr am Tisch), sei er letzten Endes doch willkommen. Auf diese Weise will uns dieser Jugendliche sagen, seine Mutter sei die beste aller Mütter. Er *will* es glauben. Dazu braucht er eine ganze Organisation, die tatsächlich nichts anderes ist als ein Aufbieten seiner Abwehrmittel gegen die Angst, die das Verhalten seiner Mutter ihm einflößt. Henris Psychose manifestiert sich besonders in dieser Abwehrform.

*Diese Objektivierung der Abwehrmechanismen in dem, was ihnen gegenwärtig an Unbewußtem anhaftet, ist einer der spezifischen Vorteile dieser Therapiemethode.*

Die gerade erzählte Szene führt uns unmittelbar in die Erörterung der Bedeutung der Rolle in den psychodramatischen Methoden. Diese fordern vom Patienten, sich im dramatischen Spiel nacheinander und auf vielfältige Weise mit extrem verschiedenen Situationen zu identifizieren, deren Implikationen er auf verbaler Ebene nicht alle erfaßt.

Das Wort Rolle wird gewöhnlich für das Handwerk des Schauspielers gebraucht; dieser spielt eine Rolle, die er gelernt hat, weil diese Rolle geschrieben ist, wie dies auch für alle rechtlichen Urkunden gilt, die in »Rollen« eingetragen werden. Dieser Ursprung des Wortes »Rolle« bringt uns wieder in Berührung mit dem Problem, das schon ausführlich erwähnt worden ist und das uns den Kontrast gezeigt hat zwischen dem, was der Kranke von sich selbst glaubt (das, was »geschrieben steht«), und dem, was er in der psychodramatischen Situation lebt (was er spontan spielt).

Bei jeder Untersuchung der Rolle muß man die Arbeiten der heutigen Mikrosoziologie berücksichtigen. Moreno (1970) hat die ganze Bedeutung der übernommenen Rolle gezeigt. Diese Prämissen haben äußerst interessante Entwicklungen hervorgerufen. Der Begriff »Rolle« muß tatsächlich folgendermaßen definiert werden: Es handelt sich um die von einem Individuum in einer gegebenen Gruppe eingenommene Position. Diese Position wird einerseits bestimmt durch die Persönlichkeitsstruktur des Individuums, andererseits durch die Reaktion der Gruppe auf diese Struktur und schließlich durch die Reaktion des Individuums auf diese Gruppenreaktion. Es ist klar, daß ein bestimmtes Individuum in verschiedenen Gruppen verschiedene Rollen spielen wird, und es ist das Verdienst der mikrosoziologischen Methode, diese vielfältigen Aspekte der Persönlichkeit als Funktionen der verschiedenartigen Situationen zu untersuchen.

### *Die Verständnisebenen des Psychodramas*

Es scheint also, als könne man jedes Individuum in dieser Hinsicht auf vier verschiedenen Ebenen untersuchen und verstehen:

1. *auf dem Niveau seiner Persönlichkeitsstruktur, bestimmt durch die an seine eigene Biographie und an seine erlebte Vergangenheit gebundenen Wiederholungsphänomene,*

2. *auf der Ebene der Rollen, die das Individuum annehmen kann, weil es sich in einer Gruppensituation befindet,*

3. *auf der Ebene der strukturierenden Wirkung, die der Druck der verschiedenen Gruppen, in denen das Individuum lebt, auf dessen Verhalten ausüben; auf der Ebene der Struktur dieser Gruppen, die im Hinblick auf die Haltung des Gruppenführers und auf die Art der Gruppe (autoritär, demokratisch oder anarchisch) untersucht werden kann,*

schließlich 4. *auf der Ebene der wechselseitigen Beziehungen unter*

*diesen verschiedenen Individual- oder Gruppenstrukturen, wie wir sie gerade erwähnt haben.*

### *Psychodrama und Rollen*

Bei der verbalen Behandlung kann man nicht vergessen, daß der Kranke und der Arzt *per definitionem* auf ganz bestimmte Rollen festgelegt sind: Der Kranke kommt, um sich helfen zu lassen, der Arzt nimmt die Haltung ein, die er für die geeignetste hält, um seinem Patienten bestmöglich zu helfen, selbst wenn er (der Arzt) schweigt, wie es sehr häufig der Fall ist. Aber weder der eine noch der andere darf aus seiner Rolle ausbrechen, und man weiß ja auch, daß das Agieren gerade ein Versuch des Patienten ist, dies zu tun. In den Gruppentherapien verbaler Art kann eine analoge Situation entstehen, d. h., der Arzt hat eine vollständig festgelegte Rolle, und der Patient versucht im allgemeinen, ihn aus dieser Rolle herauszulocken, indem er sich nicht an die seine hält. Aber man weiß, daß diese Versuche vergeblich sind, wenn die Psychotherapie gut durchgeführt wird, und wieder ist jeder in gewisser Weise ein Gefangener seiner Rolle. Im Psychodrama ist die Methode anders, da wir von Anfang an den Kranken vorschlagen, fiktiv aus ihrer Rolle herauszutreten. Die Patienten sind übrigens zunächst überrascht, daß wir sie bitten, eine Person zu spielen, die nicht ganz ihre eigene ist, um so mehr, als die Ärzte bereit sind, selbst jede beliebige Situation zu spielen. Tatsächlich benützen die Kranken in den ersten Sitzungen diese Möglichkeit nur gemäßigt und nicht ohne ein gewisses Unbehagen. Das Ergebnis dieses fiktiven Rollenwechsels im Psychodrama hat zwei Aspekte: erstens den Umstand, daß der Patient mit Therapeuten Situationen durchspielt, die absolut anders sind als die gewöhnlich durch die Arzt-Patient-Beziehung definierten. Nach einem ersten Augenblick des Zögerns glauben die Patienten sich dieser Freiheit ganz leicht bedienen und eine große Befriedigung finden zu können. Dann aber geschieht es ganz rasch, daß sie nicht die gewünschten Gratifikationen daraus erlangen können, wie wir es in den Ausführungen sehen werden, die der Übertragung gewidmet sind.

Im Gruppenpsychodrama modifizieren die von jedem Patienten in der Gruppe übernommenen Rollen die Dauerrolle, die jeder Patient in bezug auf die Gruppe spielt. Es ist besonders interessant, die individuellen Positionen einerseits im Hinblick auf das zu untersuchen, was gespielt wird, andererseits im Hinblick auf das, was realiter in der Organisation

der Gruppe geschieht. So werden bestimmte Patienten, die Führerrollen spielen, von der Gruppe als abweichend angesehen. Es ist wichtig, hierauf sehr zu achten, denn in der Regel tritt einige Sitzungen später der abweichende Aspekt der Rolle des Kranken klar hervor, so daß manchmal die Einheit der Gruppe gefährdet ist.

Der zweite Aspekt der Rolle im Psychodrama ist zu beobachten, wenn wir den Kranken auffordern, eine Rolle zu übernehmen, die er sich spontan nicht ausgesucht hätte. So kommt es sehr häufig vor, daß wir einen Patienten, der uns eine Situation erklärt, die einen seiner Nächsten betrifft, bitten, um besser zu verstehen, was vor sich geht, die Rolle des anderen zu übernehmen, wie wir es z. B. schon im Fall Henris gezeigt haben, der die Rolle seiner Mutter zu spielen hatte. Es ist klar, daß dieser aus persönlichen und genau umschriebenen Gründen, gemäß seinen Identifikationsschwierigkeiten, diese Rolle niemals spontan übernommen hätte. Wir stürzen den Patienten damit in eine Situation, die für ihn ganz neu ist, in die er sich jedoch sehr schnell hineinversetzt, indem er eine Rolle annimmt, die weitgehend überdeterminiert ist. Man versteht, daß er die Fiktion, er sei seine Mutter, nur unter einer schreckenerregenden Form erleben kann. Wir haben jedoch gesehen, daß er den Zuschauern seine Mutter als eine gute Mutter darstellt, was übrigens dem Bild der Mutter entspricht, die er gern hätte. Wir haben gesagt, er sei in allen Positionen, die sich dem Anschein nach widersprechen, aufrichtig. Wir glauben, daß dieser Aspekt des Mutterbildes ohne eine lange Periode der Durcharbeitung, der Untersuchung von Widerstand und Abwehr niemals so direkt hätte erlebt werden können. Diese Abkürzung der Darstellung des Mutterbildes (einer Darstellung, die sich ganz im Gegensatz zu dem befindet, was Henri uns zeigen wollte) ist sicher einer der fruchtbarsten Aspekte der psychodramatischen Methode, aber zugleich auch der schwierigste. Es ist tatsächlich besonders interessant festzustellen, daß die Patienten nicht die Rolle frei darstellen können, die sie spielen wollen. Henri wollte gewiß die Rolle einer guten Mutter spielen. Als wir ihm zeigten, daß seine Mutter in der abgelaufenen Szene ihm gegenüber sehr kalt war, wollte er die Szene noch einmal aufnehmen und sie berichtigen, aber diesem bewußten Wunsch zum Trotz konnte er nicht dahin gelangen. Im Hinblick auf das, was Freud den ökonomischen Aspekt der Neurosen und Psychosen genannt hat, machen uns die Gegebenheiten der Mikrosoziologie verständlich, daß die Rolle, die ein Individuum in einer Gruppe spielt, weitgehend das Gleichgewicht zwischen Befriedigung und Frustration bestimmt, das diesen Aspekt kennzeichnet. Zugleich beeinflußt der soziale Aspekt des indivi-

duellen Verhaltens die Persönlichkeitsstruktur des Einzelwesens an sich. Wir können diese verschiedenen Ebenen also nicht streng trennen, und wir dürfen niemals vergessen, daß das tiefste Triebgleichgewicht durch die soziale Einfügung des Individuums ständig neu bestimmt wird. Nichtsdestoweniger ist *die Untersuchung der Diskrepanz zwischen der Rolle, die das Individuum in den Gruppen einnimmt, und den seinem Charakter eigenen Tendenzen für eine gut durchgeführte Psychotherapie sehr wichtig.*

Manche Individuen modifizieren ihre Rolle ganz gewandt, gemäß der Entwicklung des Gleichgewichts der Antriebe und der Abwehrmechanismen, der Befriedigungen und der Frustrationen. Diese Menschen sind in einer Einzelbehandlung vom Typus der Psychoanalyse einfach zu behandeln. Bei anderen dagegen zeigt sich ein beträchtlicher Abstand zwischen ihrer Rolle und ihren Charaktertendenzen, die sich in der Einzelbeziehung einer Psychotherapie manifestieren. Dies sind die Patienten, die wegen der ständig wieder auftretenden Charakterabwehr nach unserer Ansicht für die psychodramatische Behandlung gut geeignet sind.

### *Das Psychodrama und der Übergang zum Handeln*

Wenn man wirklich über die therapeutische Funktion der Übernahme einer Rolle nachdenkt, erinnert man sich, daß Moreno der Ansicht ist, das Spielen einer Rolle biete auf der therapeutischen Ebene beträchtliche Möglichkeiten. Wir haben schon gesagt, daß wir in dieser Hinsicht anderer Meinung sind. Indessen sehen wir im Psychodrama nicht ein bloßes Agieren, denn in diesem Fall würde es sich um einen absichtlichen Versuch des Patienten handeln, die Grenzen der Behandlung zu verletzen und sich Befriedigungen zu verschaffen, die ihm sein Analytiker nach seinem Gefühl versagt. Das Psychodrama bietet in Wirklichkeit andere Möglichkeiten. Von Anfang an wird deutlich, daß der gestische und mimische Anteil viel wichtiger ist, da diese Begleiterscheinungen des Sprechens ein wesentlicher Bestandteil dieses neuen Ausdrucksmittels sind. Die Handlung des Psychodramas ist außerdem mit dem Wort vermischt. Dieses ist direkter Art, während bei der klassischen Psychoanalyse der Kranke die Tendenz hat, sich als einen Redenden und Handelnden zu beschreiben; dadurch wird das Material mehr bearbeitet und überprüft. Im Psychodrama nehmen gewisse Gesten ihrerseits schließlich eine konventionelle Form an, deren Bedeutung untersucht werden muß. Sich setzen, herumgehen, so tun, als ob man aße, können durch ihren

Schein-Charakter eine andere Bedeutung annehmen, während andere Gesten ihren eigentlichen sozialen Wert behalten. Auch die Haltungen und Gesten des Psychotherapeuten müssen berücksichtigt werden. Schon die Tatsache, daß er spielt, ist sehr wichtig, da er damit die Gesten des Patienten aufwertet. Man wird veranlaßt, mit den Kranken eine gewisse Zahl von körperlichen Kontakten herzustellen. Einige sind recht banal und scheinen auf den ersten Blick kein Problem darzustellen. Wenn man die Begegnung zweier Menschen spielt (in einem Land lateinischer Kultur), gibt man sich die Hand. Diese sozial anerkannte Geste könnte als einfach gewohnheitsmäßig angesehen werden. Aber es gibt Patienten (selbst wenig gestörte), für die diese Geste eine große Bedeutung annehmen kann. Alle Psychoanalytiker kennen die Kranken, die ihnen vor oder nach der Stunde niemals die Hand geben, während diese automatische Geste bei einer zufälligen Begegnung ohne Schwierigkeit vollzogen wird. Man muß also dem Vollzug selbst der üblichsten physischen Kontakte Bedeutung beimessen. Aber es ergibt sich eine neue Schwierigkeit, die im scheinbaren Fehlen einer Grenze für diese körperlichen Kontakte liegt. Wenn auch manche von ihnen allgemein in der Öffentlichkeit üblich und zwischen Arzt und Patient nicht unangebracht sind, müssen doch andere erörtert werden.

Man muß zwei Möglichkeiten in Betracht ziehen: bestimmte physische Kontakte werden im allgemeinen simuliert (Wangenkuß, Ohrfeigen usw.). Der Kranke kann in der Lächerlichkeit dieser Scheinhandlung einen Widerstandsmodus finden. Aber bei vielen Patienten erleichtert die Scheinhaftigkeit der Geste ihre Ausführung keineswegs. Alle Ängste verbieten selbst die Nachahmung der Geste, die man ausführen möchte. Es gibt eine ganze Reihe von physischen Kontakten zwischen Psychotherapeuten und Kranken, die ein ganz anderes Gewicht haben. Häufig ist man veranlaßt, mit einem Patienten in Kontakt zu treten, indem man ihm die Hand auf die Schulter legt oder ihn beim Arm nimmt. Es handelt sich hier um sozial akzeptierte Gesten, die trotzdem stark von affektiver Bedeutung erfüllt sind. In vielen Fällen stellen sie für bestimmte Kranke eine wirkliche Befriedigung dar. Sie wird jedoch durch die Frustration ausgeglichen, die der fiktive Charakter des Spiels bewirkt.

*Ganz allgemein kann man wohl sagen, daß die Handlung im Psycho-drama, da sie niemals ein »acting-in« ist, sehr häufig beträchtliche Schwierigkeiten mit sich bringt, wenn eine gewisse Anzahl beängstigender Szenen gespielt wird, obwohl die Fiktion sie gewissermaßen ungeschehen macht.*



*Diese Verknüpfung der Verneinung und der wirklich gelebten Erfahrung des dramatischen Spiels ist gewiß eines der spezifischsten Merkmale des Psychodramas.*

Aus diesem Grund glauben wir nicht, daß diese Methode einer persönlichen Erziehung dienen kann. Eine Situation zu spielen, die man sehr fürchtet, bedeutet nicht, im Gegensatz zu dem, was manche Kranke glauben, daß man sich darin übt, keine Angst mehr zu haben. Ein Mann wird nicht deswegen leichter Arbeit finden, weil er mit einem Psychotherapeuten, der einen Arbeitgeber darstellte, Zwiegespräche gespielt hat, sondern weil der Kranke im Psychodrama herausbekommen kann, was das Bild eines phantasierten Arbeitgebers über die Verschiebungen seiner angsterregenden Affekte aussagt, und weil er in seiner Behandlung Fortschritte machen kann.

### *Psychodrama und Psychoanalyse*

Als Psychoanalytiker haben wir uns in unserem gesamten psychotherapeutischen Handeln die dynamischen Perspektiven bewahrt, die uns die Analyse gelehrt hat. Außerdem sind wir schon seit langem zu der Ansicht gelangt, daß zwischen der Praxis des Psychodramas und der Durchführung einer psychoanalytischen Behandlung nicht nur kein Widerspruch besteht, sondern daß man die Psychotherapie des dramatischen Ausdrucks nicht in allen ihren Aspekten und allen ihren Folgerungen verstehen kann, wenn man sich nicht der theoretischen Konzepte der psychoanalytischen Technik bedient. Dies sind die Gründe, warum wir zur Definition dieser Techniken die Begriffe psychoanalytisches Psychodrama und dramatische Gruppen-Psychoanalyse verwenden. Wir geben deshalb, wie man gesehen hat, auch nicht vor, die Psychoanalyse ermögliche das Verstehen aller Prozesse, die im Psychodrama zur Wirkung kommen. Darum ist die psychoanalytische Ausbildung, wenn sie uns auch notwendig oder jedenfalls höchst wünschenswert erscheint, allein nicht ausreichend, damit ein Psychotherapeut sich für fähig halten kann, am Psychodrama teilzunehmen.

### *Die Übertragung im Verlauf des Psychodramas*

*Gegenüber dem Spielleiter:* Diese Übertragung erinnert stark an diejenige, die man in der Psychoanalyse beobachtet, um so mehr, als die Be-

ziehungen zwischen dem Patienten und dem Leiter im wesentlichen verbaler Art sind, wenn sie auch auf Grund der Technik, nach der die Behandlung durchgeführt wird, besonderer Art sind. Aber die Anwesenheit der Gruppe von Therapeuten stellt das Bild des Rivalen dar, das die Geschichte der Phantasien unvermeidlich wiederherstellt, sei es in der bevorzugten Beziehung zum mütterlichen Objekt, sei es in der Dreiecksbeziehung, die die ödipale Situation kennzeichnet.

Aber die *Übertragung auf die Hilfstherapeuten* hat im Psychodrama eine große Ursprünglichkeit. Sie manifestiert sich auf vielfältige Weisen, die natürlich jeweils vom Einzelfall abhängig sind. Gehemmte Jugendliche weigern sich z. B. häufig, denjenigen zu wählen, der diese oder jene Rolle übernehmen soll, die für die Handlung notwendig ist. Noch nach vielen Sitzungen wissen sie die Namen der Psychotherapeuten nicht, die sie jedoch regelmäßig bitten, die Rolle dieser oder jener »Imago« zu spielen. Die markanteste Tatsache ist die, daß im allgemeinen bei jeder Sitzung ein Hilfstherapeut mit einer spezifischen Rolle betraut wird. Natürlich ist hier die Situation insofern eine ganz besondere, als die Übertragung auf die Hilfstherapeuten nicht nur von der Einstellung des Patienten, sondern auch durch die Reaktionsweise des Therapeuten bestimmt wird. Die Bedeutung der Übertragung auf die Hilfstherapeuten kann auch die Folge der spezifischen Situation der Gruppe von Therapeuten sein: Gemäß einer sehr verständlichen Dynamik kann der Patient eine stärker mit Schuldgefühlen belastete Übertragung auf den Spielleiter des Psychodramas dadurch abwehren, daß er eine Übertragung auf einen der Hilfstherapeuten herstellt, sei die Übertragungsenergie nun positiv oder negativ. In solchen Fällen kann die Unterscheidung zwischen Übertragung und Abwehr der Übertragung besonders schwierig sein.

*Die 'an die Gruppensituation gebundene Übertragung.* In den Gruppen versucht jeder Patient, die persönliche Aufmerksamkeit des oder der Psychotherapeuten zu erlangen; mit anderen Worten, sein Übertragungsverhalten hat die Tendenz, die Einheit der Gruppe zu zerstören. Ganz allgemein ist, wie es zahlreiche Arbeiten gezeigt haben (Foulkes [1957], Ezriel [1951]), die Übertragung eines Patienten auf einen anderen Patienten vor allem eine Folge der Gruppensituation. Die Gruppe bietet die Möglichkeit der Übertragungsverchiebung und des Widerstands. Die klare Erkenntnis dieses Umstands würde viele Diskussionen über das Agieren in der Gruppenpsychotherapie überflüssig machen; man würde dann verstehen, in welchem Maß das Gleichgewicht, das sich in den Gruppen manifestiert, von einem wirklichen gemeinsamen Nen-

ner getragen wird, der deutlich die gemeinsamen Phantasien der Gruppe angesichts mehr oder weniger wahrgenommener Antriebe (Ezriel) ausdrückt, den Nenner, auf den jedes Gruppenmitglied gemäß seiner eigenen Organisation reagiert.

Dieses reziproke Gleichgewicht spielt auch im Verlauf des Psychodramas seine Rolle, ebenso wie bei den verbalen Gruppentherapien. Häufig manifestieren sich diese dynamischen Wirkungen im Augenblick der Rollenverteilung in den Gruppen mit einem Schlag. Man muß sich hüten, die Dinge zu einfach zu beurteilen: Die wechselseitigen Wirkungen der Übertragung müssen einem im Geist immer gegenwärtig sein, wenn man versucht, das Verhalten der Kranken zu interpretieren.

### *Die Auflösung der Übertragungsneurose*

Die Schwierigkeit jeder Psychotherapie bei der Auflösung der Übertragungsneurose und bei der Vermeidung endloser Situationen ist bekannt. Beim Psychodrama besteht in dieser Hinsicht eine noch größere Gefahr als bei der Psychoanalyse. Die Abreaktionswirkung des therapeutischen Verfahrens und die anscheinend aktivere Mitarbeit des Therapeuten bringen sekundäre Krankheitsgewinne mit sich, die dazu führen könnten, daß die Übertragungsneurose sich verewigt. Das Problem ist um so komplexer, als man auch noch die Gegenübertragung der Therapeutengruppe berücksichtigen muß. Das ist wahrscheinlich einer der Gründe, warum man, wie bei jeder analytischen Therapie, die adäquaten Deutungen braucht, die zugleich die Übertragung und die Gegenübertragung im Auge haben.

### *Die Übertragungsdeutungen*

Es ist möglich und notwendig, im Verlauf des analytischen Psychodramas Deutungen zu geben. Die Deutungen, die die Übertragung betreffen, zeigen dem Kranken, wie und warum es nicht ausbleiben kann, daß er in der therapeutischen Situation Situationen der Vergangenheit wiederfindet, die er vergessen hat und die unbewußt geworden sind. In dem Psychodrama, das Moreno empfiehlt, werden Deutungen dieser Art nicht gegeben. Dieser Autor betont die Bedeutung der Handlung des Kranken *in situ* und die Bedeutung seiner Kreativität und schließt daraus, allein die Darstellung aktueller und vergangener, realer oder phan-

tasierter Situationen auf dem Schauplatz des Psychodramas habe therapeutischen Charakter.

In Wirklichkeit ist die Handlung des Kranken natürlich abhängig von dem, was er machen will oder machen soll, aber auch von den Modifikationen, welche die Übertragung auf den die Regie führenden Arzt, auf die Hilfstherapeuten und auf die anderen Kranken herbeiführen können.

Die Deutungen werden in manchen Fällen sehr erleichtert durch die Tatsache, daß der Begriff der Rolle eine gute Ausgangsbasis für das dynamische Verständnis der Übertragung bietet. Wie wir schon gesehen haben, bringt die Technik des Psychodramas oft eine Möglichkeit mit sich, dynamische Mechanismen mit einer Deutlichkeit zu verstehen, die die verbalen Therapiemethoden nicht zulassen. Das ganze Spiel, das sich in der Verteilung der Rollen, in dem Umstand, daß die Patienten sie übernehmen können oder auch nicht, und besonders darin äußert, welche Rollen sie den Therapeuten zuweisen, gestattet ein tiefes Verstehen der Übertragungsmechanismen, für die diese Rollen gleichsam ein experimenteller Beweis sind. Dieses Verstehen der Übertragung durch das Studium der — übernommenen und zugewiesenen — Rollen hat sich mehrfach in der Einzelanalyse als anwendbar erwiesen, wie es sich auch auf die zwischenmenschlichen Beziehungen anwenden läßt. Die Übertragung ist teilweise bestimmt durch den Umstand, daß der Psychoanalytiker fähig ist, alle Rollen zu übernehmen, die ihm sein Patient zuweist, daß er geeignet ist, sich mit allen Vorstellungen zu identifizieren, die der Patient auf ihn projiziert; gerade seine neutrale Haltung liegt der Dynamik zugrunde, die die Übertragung zustande kommen läßt.

### *Widerstand und Psychodrama*

Die Grundregel Freuds über die Zusammenhänge zwischen Übertragung und Widerstand läßt sich im Psychodrama wieder einmal verifizieren. Wenn dieses auch wirklich ein privilegiertes Ausdrucksmittel ist, so ist es doch für viele Kranke zugleich und unvermeidlich ein Mittel des Widerstands. Es stellt tatsächlich einen Kompromiß dar, der weder zugunsten des Sprechens noch des Handelns ausschlägt. Es entspricht den Regeln der Therapie, daß die Verwirklichung fiktiv und symbolisch bleibt und daß die dramatische Handlung auf diesen Rahmen beschränkt bleibt. Daher wird diese Situation tatsächlich sehr häufig zu einer Quelle des Widerstands: Wenn ein Patient einen Psychotherapeuten anschnauzt, ihn duzt oder beleidigt, verwirklicht er ohne allen Zweifel,

mindestens symbolisch, einen seiner aggressiven Antriebe, der sich bei einem Mann z. B. gegen die Vater-Imago richten kann. Die bemerkenswerte Tatsache ist unleugbar, daß der angesprochene Psychotherapeut diese Aggressivität akzeptiert und so darauf antwortet, als sei sie verwirklicht worden. Dennoch weiß der Kranke, daß diese Situation auf die psychodramatische Szene beschränkt ist und daß er sofort danach wieder die gesellschaftlichen Konventionen vorfindet, die gewöhnlich sein Verhältnis zu einem Arzt bestimmen. Die Klippe liegt darin, daß er sich mit dieser symbolischen Realisierung begnügt, daß er sie als ein Mittel zur Vervollkommnung ansieht und daß er außerhalb des Rahmens der Therapie vor jeder Verwirklichung zurückscheut.

Im Verlauf des Psychodramas kann man die Abwehrmechanismen, wie sie Anna Freud (1936) beschrieben hat, studieren. Dazu folgendes Beispiel: Bei Patienten mit Zwangscharakter beobachtet man ein Abstandnehmen von verbotenen Triebregungen durch eine Reihe von Verschiebungen, Isolierungen und Ungeschehenmachen. Solche Patienten schlagen die aggressivsten Themen vor und vertrauen sich dem Rahmen der dramatischen Fiktion an, um Abstand zu halten von Trieben und Phantasien, die sie nicht annehmen. Nun aber verzichten sie genau im letzten Augenblick — was man ihnen zeigen muß — oft darauf, die eine Gestalt zu verkörpern oder sich einer bestimmten anderen zu nähern: Es ist leicht, die Unwirksamkeit immer ausgeklügelterer Abwehrmechanismen wahrzunehmen — und sie den Betroffenen begreiflich zu machen. Man befindet sich hier in einer relativ günstigeren Situation als der, die man bei der klassischen Psychoanalyse beobachtet, wo die Schwierigkeit darin liegt, daß das vollkommene Verstehen der Motivationen für das Verhalten des Patienten manchmal sehr intellektuell bleibt und die Charakterabwehr unberührt läßt.

### *Die Gegenübertragung im Verlauf des Psychodramas*

1. *Die Gegenübertragung im eigentlichen Sinn* muß sowohl beim Spielleiter als auch bei den Hilfstherapeuten in ihren verschiedenen Aspekten untersucht werden. Der Spielleiter hat auf alle Fälle eine besondere Rolle inne. Der Patient oder die Patientengruppe versuchen zu ihm privilegierte Beziehungen herzustellen, und er muß diese Übertragung annehmen, ohne davon zu profitieren oder sich hinter die Technik des dramatischen Ausdrucks zu flüchten, um keine verbalen Deutungen geben zu müssen.

Ebenso muß die Gruppe der Therapeuten Gegenübertragungsreaktionen, die man besser Übertragungsreaktionen nennen sollte, gegenüber dem Leiter vermeiden. Wenn die Mannschaft eingespielt ist, kann man vielen Schwierigkeiten entgehen, wenn man den Therapeuten jeweils bei verschiedenen Patienten oder Patientengruppen verschiedene Funktionen gibt, so daß jeder einmal Spielleiter sein kann.

Wenn man versucht, die ideale Haltung des Therapeuten, der am Psychodrama teilnimmt, zu definieren, kann man zwei Punkte hervorheben: Er muß sich, wie jeder Therapeut, mit den heraufbeschworenen Situationen identifizieren und infolgedessen fähig sein, eine Haltung der Freiheit beizubehalten, die an die von Freud empfohlene freischwebende Aufmerksamkeit gemahnt.

Zugleich muß er alle Rollen und alle Situationen annehmen, die die aufeinanderfolgenden Projektionen der Patienten erfordern. Die Erfordernisse der Psychodrama-Therapie sind also dringlich und ein wenig widersprüchlich, da zugleich Präsenz und diskretes Zurücktreten notwendig sind.

Die tiefe Verlegenheit der Psychotherapeuten kann in bestimmten schwierigen Fällen, oder wenn sie unerfahren sind, zu einem technischen Verhalten führen, das dem Patienten schadet, wenn sie nämlich nicht für die Kranken spielen, sondern für die Gruppe der Psychotherapeuten, deren Billigung sie erlangen möchten.

Die ideale Haltung der Hilfstherapeuten wäre also folgende: auf der technischen Ebene müßten sie fähig sein, die verschiedenen Rollen, die von ihnen verlangt werden, mit größter Wahrhaftigkeit zu spielen; zugleich müßten sie in der Lage sein, den Patienten eine Grundlage für die Identifikation mit den verschiedenen »Imagines« zur Verfügung zu stellen, die eine Person auf sich vereinigen kann, damit ihre Phantasien und ihre Abwehrmechanismen zutage treten können.

Ganz allgemein und mehr als in jeder anderen Form der Psychotherapie spüren die Patienten die innerste Haltung der Psychotherapeuten. Der Psychoanalytiker ist trotz allem dadurch geschützt — oder er läuft Gefahr, sich in seinem Sessel zu schützen —, daß sein Patient ihn nicht sieht. In jeder Gruppenpsychotherapie ist er den Blicken des Kranken ausgesetzt (Grotjahn [1953]). Beim Psychodrama wird die Situation dadurch verschärft, daß er nicht passiv, unbeweglich und schweigend bleibt; er muß sich im Spielen manifestieren. Wir müssen daher die Auswirkungen der Haltung der Psychotherapeuten auf den Ablauf der psychodramatischen Behandlung untersuchen.

## *2. Folgen der Haltung der Psychodrama-Therapeuten für den Ablauf*

*der Behandlung.* Fenichel (1953) hat gesagt, der Psychoanalytiker dürfe niemals die Rolle seines Patienten spielen. Im Psychodrama muß er aber gerade spielen, und wir könnten seine Position definieren, indem wir sagen: er muß spielen, ohne das Spiel des Kranken zu spielen. Die Haltung der Psychotherapeuten besteht nicht darin, daß sie sich darauf beschränken, die von den Kranken gewünschten Szenen zu spielen. Sie müssen vor allem, obwohl sie ständig den Wünschen der Patienten und der Abwehr, die diese Wünsche hervorrufen, folgen, die Patienten mit ihrem Widerstand konfrontieren. Hier liegt die Kunst des Psychotherapeuten in der Schaffung wahrer dramatischer »Raffungen«, die seine Intuition beweisen und die im Ablauf der Heilung am fruchtbarsten sind. Die Haltung der Psychotherapeuten ist es ja, die die deutende Aktivität des Spielleiters ermöglicht. In Wirklichkeit begnügen sich die Psychotherapeuten weder damit, genau das zu spielen, was die Kranken fordern, noch damit, sich zu weigern, dies zu tun. Sie sind je nach den verschiedenen Situationen und Umständen gehalten, ihre Haltung nach den Forderungen der Kranken zu gestalten und auf dem Weg der psychodramatischen »Raffung« neue Verhaltensweisen einzuführen. Die dramatische Fiktion greift auch ein und bestimmt ihr Verhalten und beeinflusst dadurch den Ablauf des therapeutischen Prozesses. Es gibt tatsächlich Situationen, die einfach zu spielen sind und bei denen der Rahmen der therapeutischen Situation die Darstellung nicht behindert. Wenn z. B. ein Kranker möchte, daß eine Partie Tennis gespielt wird, oder wenn ein anderer sich wünscht, man solle eine Szene in einem Verkehrsmittel spielen, ist die Sache einfach, obwohl Kulissen und Utensilien fehlen. Wenn man dagegen aber, was in der Gruppentherapie häufig vorkommt, mit Situationen zu tun hat, die viel stärker vom Phantasieleben der Patienten durchtränkt sind, birgt die Haltung der Psychotherapeuten in der Verwirklichung der geplanten Szenen viel größere Schwierigkeiten. Es ist sicher, daß die verschiedensten Verhaltensweisen der Psychoanalytiker von den Patienten in ihre Phantasien einbezogen werden. Wenn man weiß, welche Bedeutung in der Phantasie der Kranken der Vorstellung von der Urszene zukommt, die als sexuelle Beziehung zwischen den Eltern erlebt wird, versteht man, daß es sehr oft angebracht ist, diese Vorstellung einzuführen, die zugleich mit den Schuldgefühlen wegen der sexuellen Neugier die Frustration mit sich bringt, von diesen privilegierten Beziehungen ferngehalten zu werden. Die auf die Psychotherapeuten verschobene Übertragungsenergie ist so stark, daß es genügt, wenn diese sich scheinbar von der psychodramatischen Szene zurückziehen und sich nebeneinanderstellen, daß die Kranken diese Haltung sofort im Sinn



der Urszene einordnen; ihr Spiel drückt dann die Folgen dieser Phantasie in der Persönlichkeitsorganisation aus. Man versteht, daß nach unserer Meinung die Psychodrama-Aufführung weit über jeden realistischen Rahmen hinausgehen muß. Es geht in Wirklichkeit darum, verschiedene Patienten emotionelle Situationen erleben und wiedererleben zu lassen. Unter diesem Gesichtspunkt zählt weniger der körperliche Aspekt des Therapeuten als seine Fähigkeit, direkt auf die Situation einzuwirken, nicht nur durch die realistische Darstellung von geplanten Szenen, sondern auch durch die systematische Weigerung, in die Richtung der Regressionen und Widerstände zu gehen, und schließlich auf Grund der innersten Einstellung, die die Rekonstruktion der erlebten Vergangenheit, die aktive Darstellung der Phantasiebilder und auch der Abwehrmechanismen erlaubt, durch die die Charakterstruktur jedes Patienten zum Ausdruck kommt.

### *Psychodrama und Regressionen*

Man könnte denken, daß das Psychodrama auf diesem Gebiet fast unüberwindliche Schwierigkeiten schafft. Viele Psychotherapeuten, die nicht praktisch Psychodrama betreiben oder es systematisch kritisieren, meinen allerdings, das Spiel sei schon an sich regressiv. Sie stellen sich vor, es handle sich um eine rein infantile Tätigkeit, die im Verhältnis zu den entwickelteren Verbalisierungen auf einem sehr archaischen Niveau läge; für sie ergibt sich daraus, daß jedes Psychodrama auf der Ebene des Agierens liegt und daß die ganze psychodramatische Aktivität in bezug auf die verbale Aktivität nur Widerstand ist. Wir haben gezeigt, daß das keineswegs so ist und das Spiel keinesfalls eine regressive Ausdrucksweise ist. Es würde nur dazu werden, wenn die Haltung der Therapeuten die Regressionen begünstigte. Es handelt sich da um eine Situation, die man sich leicht vorstellen kann, und die dann eintritt, wenn für diese Therapiemethode wenig begabte Psychotherapeuten nichts darin sehen als ein Spiel ohne Bedeutung.

Jedoch ermöglicht das Psychodrama wie jede analytische Psychotherapie gelenkte Regressionen im Verlauf der Behandlung und rechtfertigt ihre Untersuchung und Deutung. In vielen Fällen scheint es tatsächlich so, als erlaube die psychodramatische Handlung den Patienten, besser und leichter ihre regressiven Tätigkeiten und Forderungen auszudrücken. Wenn diese ungezwungener und vollständiger ausgedrückt werden, werden sie auch besser befriedigt. In diesem Sinn muß man ein gut Teil

der positiven Wirkungen aller körperlichen Kontakte verstehen, von deren Möglichkeiten, Grenzen und Bedeutung in einem früheren Abschnitt schon die Rede war.

Aber die Regression des Psychodramas kann auch eine Manifestation von Widerstand sein. Tatsächlich kommt es sehr oft vor, daß die Kranken regressive Betätigungen vorschlagen, um wegen der Schwierigkeiten, die die Übertragung verursacht, andere, weiter entwickelte Arten von Beziehungen zu den Therapeuten zu vermeiden. Man ist besonders erstaunt zu sehen, mit welcher Häufigkeit die Patienten, selbst die Jugendlichen und die Erwachsenen, Themen vorschlagen, bei denen zusammen gegessen wird. Dadurch drücken sie nicht nur ihre Phantasievorstellungen von den privilegierten Beziehungen unter Erwachsenen aus, sondern sie umgehen auch einen beunruhigenderen Kontakt mit den Therapeuten, die sich um sie kümmern.

Es ist interessant festzustellen, wie unter den gleichen Bedingungen auch die fehlangepaßte Gegenübertragung gewisser Psychotherapeuten sich im Psychodrama durch Aktivitäten regressiver Art offenbart.

Wenn man auch die Regressionen berücksichtigt, die sich im Psychodrama wie im Verlauf jedes beliebigen Therapieverfahrens ausdrücken, kann man sagen, daß diese Psychotherapie es ermöglicht, die Regression als Widerstand zu behandeln und sie nicht zu befriedigen, nach dem Muster des Psychoanalytikers, der dem Kranken nicht in die Regression folgt, die dieser ihm aufzwingen möchte. In der Tat hat das Spiel an sich keinen regressiven Charakter, und wir haben schon im ersten Kapitel nachdrücklich darauf hingewiesen, daß man nicht umhin kann, von der Intensität überrascht zu sein, mit der die Kranken in die dramatische Fiktion eintreten. Sie nehmen daran teil, ohne sich des spöttischen Aspekts zu bedienen, den die Fiktion zweifellos hätte, wenn sie sich in die Lage von Zuschauern im Theater versetzten oder in die von Erwachsenen, die duldsam zusehen, wie Kinder sich vergnügen, in deren Spiel sie nicht wagen würden, sich einzumischen.

#### *Einige technische Bemerkungen über die dramatische Gruppenpsychoanalyse*

Wir bezeichnen mit diesem Ausdruck eine Gruppenbehandlung, die einer Gruppe von Kranken vorbehalten ist und an der oft eine Gruppe von Psychotherapeuten teilnimmt. Unsere vielfältigen Erfahrungen haben uns veranlaßt, die Zahl der Teilnehmer auf maximal fünf oder

sechs zu begrenzen, welchen Alters sie auch sein mögen, mit zwei oder drei Psychotherapeuten verschiedenen Geschlechts. Einer der Psychotherapeuten spielt die Rolle des Spielleiters, der die Sitzung organisiert, das Spiel abbricht und es deutet. In vielen Versuchen sind diese Therapien mit einer Therapeutengruppe durchgeführt worden, die aus einem Mann und einer Frau bestand.

1. *Man fragt die Kranken, was sie spielen wollen.* Bei den Kindern werden die Psychodrama-Sitzungen immer wie ein wirkliches Spiel erlebt. Aber bei den älteren Jugendlichen und den Erwachsenen ergibt sich die Bearbeitung des Ausgangsthemas nicht sofort. Die Geschichte, die sich entwickelt, muß allgemein genug sein, um alle zu betreffen; indessen muß sie konkret genug bleiben, um nichts von ihrer Bedeutung zu verlieren.

Es ist für die Patienten manchmal nicht leicht, ein Thema vorzuschlagen. In manchen Fällen spricht niemand, in anderen reißt ein einziger Patient am Anfang jeder Sitzung das Wort an sich, was unweigerlich eine ganz besondere Gruppenwirkung hervorruft. Diese Person löst bei den anderen Kranken eine scheinbare Zwanglosigkeit aus; sie sind offenkundig nicht an der vorgeschlagenen Handlung interessiert, erklären sich jedoch zugleich vollkommen einverstanden mit dem, was sie kaum gehört haben. Diese passive Haltung ist ein charakteristischer Gruppenwiderstand und kann als aggressives »acting-in« in bezug auf die Psychotherapeuten angesehen werden. Es wäre ein Fehler, dem ablenkenden Kranken in seiner Haltung zu folgen, unter dem Vorwand, er bringe ja Material, denn wenn man dies täte, würde man jede Gruppenkohäsion zerstören. Es ist im Gegenteil wichtig, das auf diese Weise beobachtete Phänomen des Gruppenwiderstands als das implizit gestellte Thema zu betrachten und vorzuschlagen, man solle es dramatisch darstellen. Die Dramatisierung dieses Widerstands erbringt im allgemeinen ein sehr fruchtbares Material.

Die Bearbeitung von Träumen ist ein anschauliches Beispiel für die Gruppendynamik. Man kann sie häufig am Beginn der Behandlung verwenden.

2. *Wenn das Thema feststeht, bittet man jeden Patienten, eine Rolle nach seinem Belieben zu übernehmen,* dann bittet man die Gruppe, sich über die Rollen zu einigen, die die Psychotherapeuten übernehmen sollen. Bei dieser Rollenwahl muß man je nach dem Alter verschiedene Verhaltensweisen unterscheiden. Bei Kindern gibt es in den Therapiegruppen im allgemeinen einen passiv akzeptierten Führer. Er schlägt das Thema vor, und dieses wird mit Begeisterung akzeptiert. Bei Jugend-

lichen ist die Gruppenorganisation komplizierter. Die Interaktionen sind organisierter. Man kann besonders bei der Rollenverteilung sehen, wie manche Patienten die Rollen wählen, die die anderen ihnen nicht gern zuteilen möchten. Besonders können sie sich die Rollen nehmen, die andere ganz deutlich den Psychotherapeuten zugedacht hatten. Wie bei den Erwachsenen kann man in dieser Situation einen Ausdruck der Gruppensituation und der spezifischen Übertragung sehen, die sich hier organisiert.

3. *Wenn die Rollen verteilt sind, beginnt das Spiel.* Die Aufgabe der Psychotherapeuten ist nun komplex. Sie müssen die Sitzung beleben, zugleich müssen sie sich hüten, an Stelle der Patienten zu assoziieren. Sie müssen richtig spielen, wie wir schon gezeigt haben, sei es auch nur, damit das Spiel zum Ausdrucksmodus der Gruppe wird. Ohne sich den Anschein des Beobachtens zu geben, müssen sie aufmerksam registrieren, was vor sich geht; jede Haltung des Forschers, der Material sucht, muß verpönt sein. Zugleich müssen sie sich um die Gruppenkohäsion kümmern. Es kommt vor, daß die Gruppe im Verlauf der Sitzung die Neigung hat, sich zu spalten. Diese Teilung muß als bedeutsames Material angesehen und als solches gehandhabt werden.

Wir haben schon gesagt, was man im Psychodrama als »nicht das Spiel des anderen spielen« bezeichnet. Die Kranken können sich jedoch an die Stelle der Psychotherapeuten setzen, um den anderen die versagte Befriedigung zu geben. Diese Stellvertretung hat einen besonderen Wert und führt zu einer Neuorganisation der Gruppe.

4. *Der Psychotherapeut, der die Behandlung leitet, bricht die Sitzungen ab und kann Deutungen geben.* Manche Umstände erfordern zuweilen eine unmittelbare Reaktion. Das spezifische »acting-in« des Psychodramas kann oft durch die Haltung des Psychotherapeuten vermindert werden, und zwar in dem Maß, in dem er sich weigert, dem Kranken zu folgen. Dieser geht aus dem Spiel heraus, und sein Verhalten soll die Angst unterstreichen, auf die diese besondere Art des Widerstands zurückgeht. Im übrigen bildet die Gruppe selbst, wenn sie einen ausreichenden Status erreicht hat, ein Hindernis dagegen: Jeder Kranke reagiert auf solche Weise, daß das einzelne Gruppenmitglied daran gehindert wird, die von allen vereinbarte Regel zu verletzen.

Insgesamt haben die Deutungen aber die Tendenz, dieses Verhalten zu reduzieren. Sie werden im allgemeinen am Ende der Sitzungen gegeben. In diesem Zusammenhang ist es wesentlich, folgende Regeln zu beachten: Man gebe keine Deutung, die sich nicht auf die Gruppe insgesamt bezieht. Im Ablauf des gemeinsamen Dramas hat jeder seinen Anteil ge-

habt, der sich ganz nur durch das Verhalten der anderen erklären läßt. In den häufigen Fällen, bei denen einer der Kranken eine Gruppe polarisiert, ist es einfach, sich an diesen zu wenden, ihm sein Verhalten deutlich zu machen und den anderen zu zeigen, wie und warum sie dazu beigetragen haben. Wir müssen hier auf die Schwierigkeit hinweisen, die sich der Verwendung dessen entgegenstellt, was man von der erlebten Vergangenheit jedes einzelnen weiß. Es wäre absurd vorzugeben, man kenne sie nicht, um so mehr, als die Kranken dazu neigen, ihre Geschichte vorzubringen, um die Aufmerksamkeit der Therapeuten und der Gruppe auf sich zu lenken. Obgleich man sich also auf die Vergangenheit jedes einzelnen bezieht, ist es doch nicht weniger notwendig, streng auf das *hic et nunc* gerichtete Deutungen zu geben. Die Aufhebung der kindlichen Amnesie geschieht nicht im strengen Sinn des Wortes; an ihre Stelle tritt das Durcharbeiten der gemeinsamen Phantasie. Die Bezugnahme auf das Erlebte tritt oft erst sekundär ein, infolge der Assoziationen, die die Kranken spontan bringen.

5. *Allgemeiner Gang der Behandlung.* Die Entwicklung jedes Gruppenmitgliedes ist derjenigen sehr benachbart, die man bei der üblichen psychoanalytischen Psychotherapie beobachtet. Jedoch müssen wir auf eine gewisse Zahl von besonderen Merkmalen hinweisen. Die künstlich geschaffene soziale Situation zentriert notwendigerweise das Material auf den ödipalen Konflikt; viel schwieriger ist es, zur Durcharbeitung von Phantasien prägenitaler Art zu gelangen.

Eine Schwierigkeit der Gruppentechniken liegt im Zusammenhalt der Gruppenmitglieder in ihrer Entwicklung. Die Hüllenlosigkeit der im Psychodrama heraufbeschworenen gemeinsamen Phantasien erlaubt es, die Zusammensetzung der Gruppen so abzuwandeln, daß man sehr gut die Frustrationsreaktionen beobachten kann, die daraus resultieren können. Im Gegensatz zu dem, was man im allgemeinen in den verbalen Gruppen beobachtet, sind die Kranken nicht verpflichtet, alle zur gleichen Zeit gesund zu werden und sich »abnabeln« zu lassen. Das Ausscheiden eines genesenen Kranken stört die Gruppe nicht. Aber die Neuaufnahme von Kranken ist nur unter sorgfältig geprüften Bedingungen praktikierbar, so daß massive Ablehnungs- und Ausschließungsmechanismen vermieden werden.

Diese Bemerkungen erlauben uns, die Spezifität der dramatischen Gruppenpsychotherapien deutlich herauszustellen. Durch diese Methode wirkt man auf die sozialen Reaktionen der Individuen insofern ein, als sie gemäß der mit den Objektbeziehungen verbundenen Angst gestaltet sind. Die gemeinsamen Phantasien der Gruppe, die gemeinschaftliche

Durcharbeitung der unbewußten Phantasien jedes einzelnen sind im psychotherapeutischen Handeln ein äußerst nützliches Ziel.

Die dramatische Gruppenpsychotherapie bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen scheint zu guten Ergebnissen geführt zu haben, die wir hier nicht ausführlich analysieren können; das wird erst nach unerläßlichen katamnesticen Untersuchungen möglich sein.

Außer bei therapeutischen Gruppen im eigentlichen Sinn kann man diese Methode bei geschlossenen Gruppen oder sogar bei institutionellen oder natürlichen Gruppen anwenden, besonders wenn eine Behandlung der Zuschauer möglich ist.

### *Die psychotherapeutische Wirkung des Psychodramas auf die Zuschauer*

Jede Psychodrama-Aufführung bringt eine Wirkung auf die Gruppe mit sich, sowohl auf die Gruppe der Patienten als auch auf die der Ärzte. Bei den Psychotherapien der geschlossenen Gruppen könnte man die Gruppendynamik nicht vernachlässigen, die auf dem Weg über die wechselseitige Identifikation in einen Zustand der Gruppenkohäsion mündet. Aber anderswo kann das Psychodrama Wirkungen auf die Zuschauer haben, d. h. auf die mehr oder weniger strukturierte Gruppe derer, die scheinbar passiv dem Ablauf des Spiels beiwohnen. Dies kommt häufig vor bei bestimmten Explorationen mit Hilfe des Psychodramas, die zu diagnostischen Zwecken durchgeführt werden, oder bei bestimmten Gruppenpsychotherapien in Institutionen. Die Identifizierung im wahren Sinn des Wortes hat hier unleugbare Wirkungen. Dieses Phänomen hat zunächst seine Wurzel in der emotionellen Teilnahme der Zuschauer; Das Psychodrama kann aber noch packendere Identifikationswirkungen auslösen, weil es Probleme heraufbeschwört, die der ganzen Gruppe gemeinsam sind: das ist klar in institutionellen Gruppen, wo die persönlichen Probleme durch die Reaktionen, Schwierigkeiten, Frustrationen und Befriedigungen erlebt werden, die das Gemeinschaftsleben mit sich bringt.

Auch auf die Gefahr hin, schematisch zu werden, wollen wir zwei Arten von Wirkungen auf die Zuschauer unterscheiden:

1. *Bestimmte Teilnehmer fühlen sich veranlaßt, in die dramatische Handlung einzutreten.* Sie tun dies offensichtlich gemäß ihrem Wiederholungsverhalten und gemäß den Wirkungen der konkreten Situation, die betrachtet wird, aber auch gemäß ihrer Fähigkeit, sich mit den Per-

sonen und der Situation zu identifizieren. Sie übernehmen die Rolle und lehnen sie ab, einem dialektischen Widerspruch zufolge, der den symptomatischen Kompromiß des Augenblicks ausdrückt.

2. *Die Gesamtheit der Zuschauer nimmt emotionell am Psychodrama teil*, dessen Ablauf von Diskussionen gefolgt sein kann oder auch nicht.

Darum kann man von einer didaktischen Wirkung des Psychodramas sprechen, und in diesem Sinn haben wir es für nützlich gehalten, die Techniken des Rollenspiels zu untersuchen. Wie gesagt, handelt es sich keineswegs um eine Technik des Lernens. Aber der Ausdruck durch die Rolle ist verbunden mit den Schwierigkeiten, diese Rolle zu übernehmen, ob sie nun auf die reale Situation zurückzuführen sind oder auf die phantasierte. Nun erscheint die Beziehung zur Imago des anderen, die sich in der Rolle ausdrückt, als der wesentliche Reiz des Rollenspiels. Man kann seine eigene Haltung einem anderen gegenüber nur verstehen, wenn man fähig ist, sich mit ihm zu identifizieren, sei es durch direktes psychodramatisches Handeln, sei es durch Teilnahme als Zuschauer. Jede menschliche Situation bringt die Notwendigkeit einer interpersonellen Beziehung mit sich, und dieses Erlernen der Identifizierung mit dem anderen ist eine ständige Notwendigkeit. Die Abwehrhaltungen der Passivität gegenüber dem anderen oder der Identifikation mit dem Aggressor sind nur die beiden Flügel eines Doppelbildes, in dem jeder sich in der Aktion wiedererkennen muß.

In dieser Arbeit haben wir uns zum Ziel gesetzt, die theoretischen Konzepte und die dynamischen Grundlagen des Psychodramas, so wie es von Psychoanalytikern gehandhabt wird, stärker herauszuarbeiten. Wir haben vor allem die Techniken der dramatischen Gruppentherapie betont, aber wir verwenden auch oft das Einzel-Psychodrama, das der Behandlung eines einzigen Kranken vorbehalten ist, dem ein Team von »Psychodramatikern« beisteht. Indem wir diese verschiedenen Techniken untersucht haben, haben wir ihren didaktischen Wert gezeigt, und wir haben nebenbei den Nutzen der emotionalen Wirkungen auf die Zuhörer unterstrichen.

Beim Durchlesen dieser Arbeit wird der Leser aber verstanden haben, daß das Psychodrama, zumindest in bestimmten Fällen ein privilegiertes Ausdrucksmittel, uns nur durch die Verwendung von psychoanalytischen Konzepten verstehbar und handhabbar erscheint. Wir sind der Ansicht, daß eine psychoanalytische Ausbildung zum angemessenen Verständnis und zur angemessenen Handhabung des Behandlungsablaufs unentbehrlich ist.

Man könnte sich fragen, ob auch umgekehrt diese Praxis des Psycho-



dramas und der Gruppenpsychotherapie unsere klinische und theoretische Auffassung von der Psychoanalyse bereichert hat. Das trifft unbestreitbar zu in bezug auf die Erweiterung unseres Handlungsrahmens, die in der klassischen Psychoanalyse nicht möglich gewesen wäre, und in bezug auf die Kenntnisse auf dem Gebiet der Psychose, die wir auf diese Weise haben erwerben können.

Spezifischer für das Psychodrama gilt, daß es durch seine massiven Gegenübertragungswirkungen dazu führt, daß man sich vor der Verführung hütet, die man vielleicht auf die Kranken wirken lassen möchte; das hat zweifellos Rückwirkungen auf unsere Vorsicht als Psychoanalytiker.

Schließlich können bei den psychiatrischen Gemeinde-Diensten, wo die Psychoanalytiker häufig als Experten zu Rate gezogen werden, die Kenntnisse in Gruppenpsychotherapie und die Erfahrung im Bereich des Psychodramas für die didaktische Arbeit mit professionellen oder interprofessionellen Gruppen, mit deren Bildung man sie betraut, sehr nützlich sein.

#### *Literatur*

- Diatkine, R., Kestemberg, E. und Soccaras, F. (1950): Le transfert en psychothérapie collective, *L'Encéphale*, 3, 248—274.
- Ezriel, H. (1951): The Scientific Testing of Psycho-analytic Findings and Theory, *The British J. of Medical Psychology*, 24, 30—34.
- Foulkes, H. (1957): Conférence au 11<sup>e</sup> Congrès International de Psychothérapie de groupe, Zürich.
- Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, London.
- Grotjahn, M. (1953): Some aspects of counter-transference in analytic group psychotherapy. *Int. J. Psycho-an.*, 25, 95—101.
- Lebovici, S., Diatkine, R. und Kestemberg, E. (1952): Application de la psychanalyse à la psychanalyse de groupe et à la psychothérapie dramatique en France, *Evolution Psychiatrique*, 3, 397—412.
- (1958): Bilan de dix ans de thérapeutique par le psychodrame chez l'enfant et l'adolescent, *Psychiatr. Infant*, 1, 1, 63—180.
- Moreno, J. L. (1970): Les fondements de la Sociométrie, Presses Universitaires de France, Paris.
- Slavson, S. R. (1950): A Textbook in Analytic Group Psychotherapy, Columbia University Press, New York.

## ANALYTISCHE GRUPPENPSYCHOTHERAPIE MIT ÄLTEREN MENSCHEN

### *Einstellungen zu älteren Menschen*

»Was soll aus uns werden?« Diese Frage hört man oft von jungen Erwachsenen, ebenso von älteren Menschen, und sie zeigt oft die Angst vor dem Altwerden, begleitet von der Vorahnung des Verlusts der Vitalität, der Mobilität und der Potenz. Das ist die Folge der sehr schlechten Aussichten für den älteren Menschen.

Die moderne Wissenschaft hat die Lebensbedingungen verbessert, so daß die Langlebigkeit erheblich zugenommen hat. Es gibt immer mehr Achtzigjährige, und es ist nicht mehr ungewöhnlich, 90 Jahre alt zu werden. Ständige Fortschritte in den biologischen Wissenschaften haben zur Verlängerung des Lebens geführt, und der Tag ist nicht mehr fern, an dem es ziemlich häufig sein wird, daß Menschen hundert Jahre alt werden. Obwohl sie manchen erschreckend vorkommt, bietet diese Zunahme der Lebensdauer dem Individuum eine Möglichkeit fortdauernder Produktivität und Leistung. Es haben sich widersprüchliche Meinungen darüber gebildet, ob die Zunahme der Langlebigkeit ein Segen oder ein Fluch ist. Wird die Menschheit aus der Erfahrung dieser älteren Menschen einen Nutzen ziehen, oder wird der jüngeren Generation die Erhaltung nutzloser Menschen aufgebürdet? Die Antwort steht noch nicht fest; sie wird stark davon beeinflusst werden, was die Biologen, Sozial- und Wirtschaftswissenschaftler und Politologen tun werden, um die Nutzbarmachung dieses reichen Potentials zu fördern.

Die amerikanische Kultur, nicht allzu verschieden von der europäischen und der asiatischen, hat sich mit einer pessimistischen Aussicht für den alten Menschen entwickelt. Diese Wettbewerbsgesellschaft hat immer die Idee genährt, Fortschritt sei den Jungen vorbehalten. Der ältere Mensch wird immer mehr »kaltgestellt«, weil er für die Familie oder für den Betrieb nicht mehr produktiv ist. Bei den Kindern besteht die Tendenz, gegen die Eltern als »alte Trottel« zu rebellieren. Auf dem Arbeitsmarkt und in der Geschäftswelt müssen Akademiker und Angehörige anderer gelernter Berufe gewöhnlich mit 65 Jahren in den Ruhestand treten. Die Verbreitung dieser Einstellungen hat einen ungeheuren Einfluß ausgeübt und die alten Leute gezwungen, die Rolle pseudo-nutz-

loser Menschen zu akzeptieren; manchmal ist sogar vorzeitige Senilität die Folge. Eine Änderung der destruktiven Einstellung der Gesellschaft gegenüber der potentiellen Verfügbarkeit des alten Menschen kann vielleicht durch ein umfassendes Erziehungs- und Rehabilitationsprogramm zustande gebracht werden. Dieses Programm kann nicht nur Erziehung und Rehabilitation des alten Menschen beinhalten, so daß dieser maximal funktioniert, sondern es sollte auch der Öffentlichkeit klarmachen, wie man das verfügbare Potential ausnützen könnte. Dieses Programm ist schon in Form der »Golden Age-Clubs« begonnen worden, sowie durch mehrere Studien über wirtschaftliche, soziale, medizinische und psychologische Maßnahmen, um dem älteren Menschen zu helfen. Dieser Anfang kann weitergeführt werden unter der Führung jener, die den Mut haben und bereit sind, ihre Energien dem Verständnis für die Probleme und Werte dieser Altersgruppe zur Verfügung zu stellen.

### *Psychotherapeutische Hilfe*

Die Zunahme der Langlebigkeit hat viele Problembereiche in bezug auf die seelisch-geistige Gesundheit des alten Menschen bloßgelegt. Die wesentlichen psychischen Probleme des älteren Menschen scheinen eine Fortsetzung früherer Konflikte zu sein. Die Verschärfung der Konflikte in dieser Altersgruppe ist eine Folge der Auflösung früher Abwehrmechanismen, z. B. Reaktionsbildung, Kompensation usw. Während dieser Spätzeit des Lebens bringt der Prozeß des Alterns wachsende Gefühle der Abhängigkeit mit sich — infolge der kulturbedingten Einstellungen, die dazu geneigt machen, alte Leute aus ihrem früheren aktiven körperlichen und geistigen Leben zu entfernen. Diese Einschränkung der Aktivität ruft oft frühere Gefühle der Unzulänglichkeit wieder hervor oder reaktiviert sie. Wenn der ältere Mensch keine Ich-Stützung finden kann, zieht er sich entweder zurück und wird ein Einzelgänger oder er sucht sich körperliche Beschwerden als Mittel, um Kontakt zu anderen Menschen zu bekommen. Der abgesonderte Einzelgänger gerät oft in einen lethargischen Zustand, in dem er Symptome zeigt, die auch für die Senilität charakteristisch sind. Diese Symptome werden häufig wegen des Alters des betreffenden Menschen als organisch bedingte Verschlechterung des Zustands mißgedeutet.

Das Interesse an den psychischen Problemen der älteren Menschen ist gestiegen. Viele Forscher haben begonnen, in ihren Berichten über ihre Feststellungen den Ursprung derartiger Störungen zu betonen und auf

Methoden hinzuweisen, wie man diesen bis jetzt vernachlässigten Menschen helfen könnte. Die Methode der Bewältigung dieser psychischen Probleme hat sich im wesentlichen auf eine Veränderung der Umwelt beschränkt. Man hat versucht, dem alten Menschen zu helfen, beschränkte Aktivität zu akzeptieren und ihm bei begrenzten Unternehmungen mit Anleitung zur Hand zu gehen. Es gibt auch Berichte über Bemühungen, psychotherapeutische Techniken einzusetzen, um dieser Altersgruppe bei der Lösung ihrer emotionalen Probleme zu helfen. Psychotherapeutische Maßnahmen hat man sowohl in der Einzelbeziehung als auch im Rahmen von Gruppen ausprobiert. Die meisten dieser Gruppenbemühungen sind sozial orientiert; man versucht, den alten Leuten die Teilnahme an Gruppenbetätigungen, z. B. in »Golden Age-Clubs«, zu ermöglichen. Man hat auch im Rahmen von Institutionen Gruppentherapie angewendet. Eine Durchsicht der Literatur ergibt jedoch, ebenso wie mündliche Befragungen, daß Psychotherapie im Rahmen der gesamten therapeutischen Bemühungen nur eine geringe Rolle spielt. Linden (1953) hat verschiedene Übertragungsbeziehungen und ihre Verwendung in der Bestimmung der Diagnose und des Behandlungsfortschritts beschrieben. Goldfarb (1955) hat eine Art der Behandlung empfohlen, die große Ähnlichkeit mit Guidance und Beratung (Counselling) hat. Rosen hat (in einer Podiumsdiskussion der Eastern Society for Group Psychotherapy) auf die »Smith Remotivation Technique« hingewiesen, die man in Altenkrankenhäusern in Pennsylvanien ausprobiert hat. Diese Technik scheint eine weitere Form der Teilnahme an Gruppen-Aktivitäten zu beinhalten.

Der Autor hat mehr als ein Jahrzehnt in der Privatpraxis, in der Ambulanz eines allgemeinen Krankenhauses und in einem Psychohygiene- (Mental Health) Zentrum für ambulante Behandlung intensiv mit alten Menschen gearbeitet. Um wirksamere psychotherapeutische Verfahren und Techniken beurteilen und bestimmen zu können, wurden die Patienten dieser Altersgruppe in mehreren verschiedenen Milieus behandelt: in Einzelpsychotherapie, in einer gemischten Gruppe, in der auch junge Erwachsene waren, in einer Gruppe, deren Mitglieder mindestens 60 Jahre alt sein mußten und in einer kombinierten Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Die psychotherapeutische Erfahrung mit dieser Altersgruppe hat gezeigt, daß Übertragungsprobleme entstehen, die zeitraubend und schwer durchzuarbeiten sind. In der Einzelpsychotherapie ist die anfängliche Übertragung gewöhnlich negativ. Meistens erlebt der Patient den Therapeuten als »Kind«, von dem er gezwungenermaßen abhängig ist. Wenn sie am Anfang in eine Psychotherapiegruppe mit

jüngeren Menschen aufgenommen werden, übernehmen die meisten älteren Patienten die Rolle einer Elternfigur und müssen sich als »gute« Eltern beweisen. Diese starre Rolle macht die Entwicklung anderer Übertragungsbeziehungen zunichte und versetzt den älteren Menschen in eine Abwehrstellung. In dieser Umgebung kann sich der Patient Personen gegenübersehen, die er so erlebt, als versuchten sie, ihn zu zerstören, d. h. ihm seine rechtmäßige Rolle in der Gesellschaft wegzunehmen. Jede kritische Antwort wird als Ablehnung erlebt und führt oft zu feindseliger Aggression und/oder Absonderung. Auch Grotjahn (1955) berichtet von ähnlichen Erfahrungen. Er stellt die Theorie auf, die Altersneurosen seien eine Abwehr gegen Kastrationsangst, und das fortschreitende Alter zerbreche gewöhnlich die Illusion von der ewigen Jugend. Er betont ebenfalls, wie wichtig es sei, die Beziehung zwischen dem Patienten (als Vater oder Mutter) und dem als »Kind« erlebten Therapeuten durchzuarbeiten. Der Autor hat festgestellt, daß diese Phänomene und die damit zusammenhängenden stark negativen Wirkungen im Milieu einer homogenen Gruppe leichter durchzuarbeiten sind. Fortgesetzte Erfahrung hat also gezeigt, daß zwar in allen Arten von Behandlungsanordnungen — verschieden gute — Erfolge zu erreichen sind, daß man aber diese Patienten am besten erreicht, wenn man sie am Anfang in eine im Hinblick auf das Alter homogene Psychotherapiegruppe aufnimmt.

Eine wesentliche psychotherapeutische Kraft des Gruppenprozesses liegt darin, daß der Patient mit der Realität konfrontiert wird. Eine Gruppe mit begrenztem Altersspielraum hat den Vorteil, daß jedes Mitglied das Gefühl hat, unter seinesgleichen zu sein und nicht eine »gute« oder »böse« Elternfigur unter den jüngeren Leuten in der Gruppe oder ein unfähiger Vater oder eine unfähige Mutter, die sich in Einzelsitzungen auf das »Kind« stützen. Wenn der ältere Mensch von anderen akzeptiert wird, kann er auch die eigenen Bedürfnisse als etwas anderes als nur Schwäche annehmen. Er bekommt die Möglichkeit, andere Menschen zu akzeptieren und mit ihnen in interdependente Beziehungen zu treten. Er ist dann besser in der Lage, seine Bedürfnisse auszudrücken und sowohl von anderen zu nehmen als auch anderen zu geben. Dieser Vorgang hat eine Zunahme der Ich-Stärke zur Folge, und der Patient ist besser in der Lage, seine Bedürfnisse auszudrücken und außerhalb der therapeutischen Situation Befriedigung zu suchen.

Die im Rahmen der Psychotherapie-Gruppe auftauchenden Phänomene der multiplen Übertragung erlauben eine raschere Aufdeckung und Analyse erlebter überwältigender Angst, die auf verdrängten Konflikten beruht. Die Interaktion unter den Mitgliedern innerhalb der Gruppe lockt

die Manifestationen der charakteristischen Abwehrhaltungen hervor, die bei jedem Individuum zu Lebensschemata geworden sind und läßt sie leichter deutlich werden. Der Autor und Dr. Malcolm Marks (1966) haben über ihre Beurteilung der auslösenden Faktoren berichtet, die dazu führen, daß Patienten sich mit 60 Jahren oder später in Psychotherapie begeben. Aus diesem Bericht geht hervor, daß jeder Patient eine drohende Trennung oder den tatsächlichen Verlust einer wichtigen Figur erlebt hatte. Die reale oder phantasierte Drohung eines Objektverlusts reaktivierte meistens eine archaische Drohung, die während der infantilen oralen Phase der psychosexuellen Entwicklung erlebt worden war. Die erlebte oder vorweggenommene widrige Lebenssituation, die die Drohung hervorrief, konnte ganz verschiedener Art sein, z. B. Tod eines Elternteils, eines Ehe- oder Liebespartners, Verlust der Arbeit, Heirat eines Kindes. Die fortgesetzte Analyse der symbolischen Bedeutung des Trennungsobjektes brachte ans Licht, daß eine unbewußte, intensive orale Abhängigkeit vorhanden war. Es gab ein Erlebnis intensiver Angst, verbunden mit dem Vorgefühl der Vernichtung, die die Folge des Verlustes der Nahrungsquelle sein würde. Die Forscher stellten fest, daß die Intensität der Angst anscheinend mit dem Grad der Auflösung früher gebildeter Abwehrmechanismen zusammenhing. Diese älteren Menschen hatten ihr Leben lang Lebensschemata entwickelt, die dazu dienten, die angsterzeugende Drohung der Vernichtung durch Trennung zu mildern. Das Abwehrschema umfaßte viele verschiedene Verhaltensweisen. Manche dieser Menschen versuchten, ihr Bedürfnis nach Abhängigkeit zu befriedigen, indem sie eine fügsame, unterwürfige Haltung gegenüber »nährenden« Figuren entwickelten; manche projizierten ihre Abhängigkeitsbedürfnisse auf das nährnde Objekt; sie pflegten z. B. eine Bindung mit der Rationalisierung aufrechtzuerhalten, die Elternfigur könne unmöglich ohne sie existieren. Andere identifizierten sich mit dem helfenden Objekt; sie erlebten z. B. Befriedigung, indem sie Bedürfnisse erfüllten und manchmal sogar Erfüllung von Bedürfnissen aufzwingen, die sie auf das Kind-Objekt projiziert hatten. Wieder andere versuchten, durch Verleugnung mit dieser Drohung fertigzuwerden und übernahmen dabei eine Rolle vollständiger Unabhängigkeit und Hyperaktivität. Wenn diese Menschen sich dem Alter nähern, nimmt die Wirksamkeit ihrer Abwehrmechanismen gewöhnlich ab; das führt zu einer Neubelebung der frühen Bedrohung, zu einer Verschärfung der Angst und zum Auftreten damit verknüpfter Symptome.

Der Autor ist überzeugt, daß ein Umbau der Persönlichkeit des alten Menschen durch analytisch orientierte Gruppenpsychotherapie und in

einer spezifisch auf diese Altersspanne beschränkten Gruppe zustande gebracht werden kann. Diese Auffassung weicht auffallend ab von einer allgemein verbreiteten und sicherlich weniger optimistischen Ansicht, die die Psychotherapie bei diesen älteren Menschen betrifft. Auf Grund jahrelanger Erfahrung mit einer Psychotherapiegruppe dieser Art hofft der Autor, eine neue und produktive Methode der Lösung des Problems der rekonstruktiven Psychotherapie des alten Menschen zu demonstrieren, das bisher mit unangebrachtem Pessimismus betrachtet worden ist.

Beim Planen einer rekonstruktiven Psychotherapie-Gruppe glaubte der Therapeut, man solle psychoanalytische Verfahren verwenden. Vom Beginn der Behandlung an wurde nicht-autoritär vorgegangen. Es wurde kein Versuch gemacht, die Umwelt zu manipulieren oder die Reaktionen der Patienten in den Gruppensitzungen Einschränkungen zu unterwerfen. Der Therapeut förderte eine akzeptierende, psychotherapeutische Haltung gegenüber den Bedürfnissen und Konflikten der Gruppenmitglieder als Individuen in der Gruppenkonstellation. Der Behandlungsplan und die Anordnung der Therapie sahen folgendermaßen aus:

1. Anknüpfung psychotherapeutischer Beziehungen im Rahmen der Gruppe durch eine akzeptierende Haltung des Therapeuten und Übermittlung dieser Haltung an die Gruppenmitglieder.

2. Ich-Stärkung und Ich-Stützung durch das Angebot von Verständnis für gegenwärtige Schwierigkeiten und Konzentration auf das Positive.

3. Aktivierung von Übertragungsbeziehungen und die Mitteilung von Gefühlen und Assoziationen.

4. Widerstände werden in den Brennpunkt gerückt und analysiert.

5. Agieren wird in den Brennpunkt gerückt und analysiert.

6. Frühes konflikträchtiges Material wird durch Analyse und Deutung von Träumen und Übertragungsbeziehungen ans Licht gebracht, analysiert und durchgearbeitet.

7. Aufstellung und Erfahrung von neuen Werten und ähnlichen Erlebnissen innerhalb der Gruppe, die in Situationen der Außenwelt verwendet werden können.

Vor dem Eintritt in die Gruppe kann jeder Patient sich in Einzelsitzungen mit dem Therapeuten besprechen. Die Einzelsitzungen werden benutzt, um die alten Menschen kennenzulernen und um eine therapeutische Beziehung herzustellen. Die Patienten werden ermutigt, die wesentlichen Probleme zu besprechen, die dazu geführt haben, daß sie sich in Behandlung begeben haben: familiäre, soziale und berufliche Konstellationen und Beziehungen; Lebensschemata von der frühen Kindheit bis zur Gegenwart. Fragen in bezug auf Psychotherapie und den Gruppen-



prozeß können in aufklärender, nicht-bedrohlicher Weise erörtert werden. Diese informelle, empathische Atmosphäre begünstigt meist das Entstehen einer therapeutischen Beziehung, und der Patient kann für psychoanalytische Gruppenpsychotherapie motiviert werden. Obwohl diese Motivierung häufig in einer Sitzung bewerkstelligt wird, kann es günstiger sein, manchen Patienten längere Zeit hindurch Einzelsitzungen zu gewähren. Wenn der Patient Gruppenpsychotherapie als die Behandlungsmethode seiner Wahl akzeptiert hat, wird er einer Gruppe zugeteilt und aufgefordert, an den Gruppensitzungen teilzunehmen. Die Psychotherapiegruppen für diese Altersgruppe, bei denen der Autor Therapeut oder Kontrollanalytiker war, pflegten immer einmal in der Woche für eineinhalb Stunden zusammenzukommen. Es gab keine geplanten Vor-, Nach- oder alternierenden Sitzungen, d. h. Sitzungen ohne den Therapeuten. Wenn es jedoch gelegentlich vorkommt, daß der Therapeut bei einer der allwöchentlichen Sitzungen nicht anwesend sein kann, wird die Gruppe gebeten, sich ohne den Gruppenleiter zu treffen. Die gelegentlichen Sitzungen der Gruppe ohne den Therapeuten unterbrechen die Kontinuität des therapeutischen Prozesses nicht. Tatsächlich können sie eine weitere Dimension hinzufügen — manche Patienten fühlen sich vielleicht freier, positive oder negative Reaktionen auszudrücken, die sie vorher im Beisein des Therapeuten nicht in Worte fassen oder vielleicht nicht einmal erleben konnten.

Die psychotherapeutischen Ergebnisse des Umstands, daß man Menschen von über 60 Jahren im Rahmen einer psychoanalytischen Gruppe hat, sind im allgemeinen recht gut. Das gilt besonders, wenn die anfängliche Gruppenerfahrung in einer homogenen Altersgruppe erworben worden ist. In über einem Jahrzehnt der Erfahrung hat der Autor nur einen vollständigen Fehlschlag erlebt, und das geschah in den ersten Jahren der Arbeit mit Menschen dieser Altersgruppe. Eine spätere Beurteilung dieses therapeutischen Mißerfolgs hat ergeben, daß man die Ursache im damaligen mangelnden Wissen und Verständnis des Therapeuten suchen kann und nicht in der Unfähigkeit des Patienten, aus der Gruppenpsychotherapie Nutzen zu ziehen. Infolge seines Versuchseifers nahm der Therapeut den Patienten vorzeitig in die Gruppe auf, anstatt genug Einzelsitzungen mit ihm abzuhalten, um ein umfassenderes Verständnis zu gewinnen und eine gute therapeutische Beziehung herzustellen. Viele Beispiele von positiven therapeutischen Wirkungen lassen sich veranschaulichen. Der Autor will sich auf folgende Beispiele beschränken: 1. den therapeutischen Fortschritt eines Mannes von Anfang sechzig, der zwei Jahre lang in einer Gruppe war, und 2. den therapeutischen Prozeß

einer Gruppe, unter Einbeziehung der individuellen Psychodynamik, Gruppeninteraktion, Gruppenpsychodynamik, multipler Übertragung und psychotherapeutischer Veränderung.

### *Der ältere Mensch in der Gruppenpsychotherapie*

1. *Eine beispielhafte Fallgeschichte.* Carl ist ein männlicher Weißer Anfang sechzig, der die Therapie aufnehmen wollte wegen »Depressionen, Angst, Zittern. Mir macht der Umstand zu schaffen, daß ich zu meiner Ex-Frau zurückgehen möchte und daß wir uns wieder getrennt haben. Ich habe meine Arbeit verloren, ich werde nervös und komme aus dem Gleichgewicht . . . Als ich 52 war, habe ich mich in eine Witwe verliebt. Sie war 40 und hatte 2 erwachsene Söhne. Ich war viele Jahre Junggeselle. Sie drängte auf Heirat. Plötzlich zog sie sich zurück, und auf einer Reise lernte sie in Florida einen Mann kennen. Ich bin schwer darüber weggekommen . . . Wir kamen zusammen. Ich hatte das Gefühl, sie sei von einem anderen Mann abgestoßen und deshalb zu mir zurückgekommen. Sie wollte wieder heiraten . . . Meine Frau hat mich jetzt verlassen und hat einen anderen Mann.« Bei dem Patienten wurde eine reaktive Depression mit somatischer Symptomatologie diagnostiziert. Er hatte zwei Einzelsitzungen, dann wurde er in eine Psychotherapiegruppe aufgenommen. Während der ersten Monate der Therapie beschränkten sich Carls Reaktionen in der Gruppe hauptsächlich auf den Ausdruck der Reizbarkeit, Nervosität und Arbeitsunfähigkeit. Im weiteren Verlauf der Sitzungen wurde klar, daß eine wichtige sekundäre Motivation für das Verbleiben in der Therapie der Wunsch war, als »hilflos« abgestempelt zu werden. Er stellte einen Antrag an eine Versicherungsgesellschaft, um eine Rente wegen »absoluter Arbeitsunfähigkeit« zu bekommen und bat seinen Therapeuten um Bestätigung. Der Therapeut erbot sich, seine diagnostische Beurteilung vorzulegen, weigerte sich aber, Carls hoffnungslose Prognose zu bestätigen. Anfänglich reagierte Carl zwar mit heftigem Groll, aber er erlebte durch die optimistische prognostische Beurteilung des Therapeuten eine Ich-Stützung. Er begann, sich um Arbeitsmöglichkeiten zu kümmern, nahm Teilzeitarbeit an, was er in der Vergangenheit als unter seiner Würde angesehen hätte. Dann suchte er einen Neffen auf und redete ihm zu, sein Partner zu werden. Er übernahm eine Konzession in einem Erholungsort im Staate New York.

Nach den Sommerferien teilte Carl der Gruppe mit, daß die Partnerschaft mit seinem Neffen in Unfrieden auseinandergegangen war. Er

hatte sich nichts gefallen lassen und hatte seinen Verdruß über das ungeschliffene und ausbeuterische Benehmen seines Neffen geäußert. Als er in der Gruppe über dieses Erlebnis sprach, konnte er an seinem Neffen Züge sehen, die ihm früher nicht bewußt gewesen waren.

Ermutigt von der Gruppe ließ Carl sich als Anzeigen-Akquisiteur für eine Gewerkschaftszeitung anstellen. Infolge seiner neuerworbenen finanziellen Unabhängigkeit begann er mehr Ich-Stärke zu entwickeln und war in der Lage, mit einem unberechenbaren Vorgesetzten fertigzuwerden.

Als er während des Sommers in einer kleinen Stadt, ungefähr 50 Meilen von New York entfernt, bei seiner Schwester zu Besuch gewesen war, hatte Carl die 20 Jahre jüngere Witwe Mary kennengelernt und eine enge Beziehung zu ihr entwickelt. Es war interessant, daß auch Mary 2 Kinder hatte, allerdings waren sie jünger als die seiner Ex-Frau. Im Herbst besuchte er häufig seine Schwester, dadurch hatte er mehr Möglichkeiten, die Beziehung zu Mary zu pflegen. Er beschrieb der Gruppe, welche Befriedigung ihm seine sexuelle Beziehung zu Mary verschaffte, und daß er lebhaft Anteil an ihrem Alltagsleben und an ihren Problemen nahm. In den Gruppendiskussionen äußerte er Mitgefühl mit Mary und beschrieb die finanziellen Schwierigkeiten, die damit verbunden waren, daß sie sich und ihre zwei Kinder mit einem relativ geringen Einkommen durchbringen mußte. Die Kinder hatten emotionale Probleme gezeigt, und den älteren Jungen hatte man in Psychotherapie geschickt. Carl glaubte, auch Mary sei des Sohnes wegen in die Therapie gezogen worden. In dem Bestreben, Mary einen Gefallen zu tun und um ihr auf diese Weise unentbehrlich zu werden, kümmerte Carl sich immer mehr um die Kinder. Er hatte zwar am Anfang Reizbarkeit bei sich beobachtet, begann aber nun Zuneigung und Zärtlichkeit für sie zu empfinden. Er begann zu sehen, daß die Kinder einsam waren und nicht die Zuneigung von der Seite ihrer Mutter empfanden oder bekamen, die sie von ihr wollten. Er erwähnte auch, daß die Mutter kalt und ungeduldig wirkte und die Kinder oft als eine Last empfand. Während er die »Familien«-beziehungen beschrieb, begann Carl, die Persönlichkeit Marys und ihre Liebesfähigkeit kritisch zu mustern.

Mit fortschreitender Therapie fing Carl an, seine Beziehung zu Mary immer realistischer einzuschätzen. Er erkannte immer mehr ihr ungelöstes Bedürfnis nach Abhängigkeit, ihre Unreife und ihre emotionale Instabilität. Wenn er von seiner Beziehung zu Mary sprach, schilderte er ihre Versuche, ihn zu beherrschen und zu erniedrigen. Obwohl ihm allmählich klar wurde, daß andere Menschen ihn ausnützten, rationalisierte er weiterhin die mißbrauchende Haltung, die andere ihm gegen-

über einnahmen. Er schrieb Marys Verhalten ihrer »Nervosität, Unsicherheit und ihrem Mangel an Erfahrung bei der Handhabung der vielen sich überschneidenden Probleme zu, denen sie sich gegenüber sah«. Er sagte, sie wolle Sicherheit und eine Ehe mit einem Mann, der sie und ihre Kinder unterhalten könne. Er hatte ihr von seiner unzulänglichen Finanzlage erzählt und den zwischen ihnen bestehenden Altersunterschied mit ihr besprochen. Als die Gruppe nachdrücklich darauf hinwies, daß Carl wegen seines starken Bedürfnisses nach Zärtlichkeit und Angenommenwerden in dieser Beziehung gefangen sei wie in einer Falle, wehrte er sich anfänglich durch Verleugnung und Reaktionsbildung. Die Gruppe wiederum beharrte in ihrem Bemühen, Carl zu helfen, seine scharfe, realistische Wahrnehmung Marys als Person weiterzuentwickeln; die Prozesse des Durch- und Ausarbeitens gingen allmählich weiter, und Carl wurde sich seiner Übertragungsreaktion Mary gegenüber bewußt. »Ich behandle sie ebenso, wie ich meine Mutter zu behandeln pflegte. Ich habe ein warmes Gefühl für sie. Ich möchte, daß sie es gut hat, aber ich bin wütend auf sie, wenn sie mich kritisiert.« Infolge seines Verständnisses und seiner zunehmenden Ich-Stärke begann Carl Mary gegenüber eine selbstsicherere Rolle einzunehmen. Bei Gelegenheiten, wenn sie versuchte, ihn in Gegenwart von Freunden zu beherrschen und zu erniedrigen, pflegte er ihre Attacken zu parieren und sie zurechtzuweisen. Die Veränderung seines Verhaltens führte zu angsterregenden Situationen, aber er machte keine Anstalten, sich von Mary zu trennen. Sein Bedürfnis, von einer mütterlichen Figur gepflegt und beschützt zu werden, war noch stark, und die sexuelle Beziehung war zu befriedigend, als daß er sie ohne Ersatz hätte aufgeben können. Während der Gruppensitzungen versuchte er weiterhin, Marys Ambivalenz und ihr unberechenbares Benehmen ihm gegenüber zu rechtfertigen. »Sie hat mich sehr gern ... sie muß sich auf mich stützen ... sie steht sehr unter dem Einfluß ihrer Mutter und ihrer Freunde, die ständig von unserem Altersunterschied reden ... und daß aus unserer Beziehung nie etwas Rechtes werden wird, weil ich so wenig verdiene.« Er fragte, was in zehn Jahren sein würde, wenn er über 70 wäre und sie gerade 50 Jahre alt würde. Bei der Beurteilung der Situation sah er sich wieder einmal einer Frau gegenüber, die nicht zu haben war. Als die Beziehung andauerte, wurde Carl sehr kritisch in bezug auf ihre schlechten Manieren, ihre Eitelkeit, ihre materialistische Lebenseinstellung und ihre Entscheidungsunfähigkeit. Er bekam das Gefühl, sie werde von ihm nur auf Grund ihres Bedürfnisses nach sexueller Befriedigung angezogen. Er war der einzige Mensch, der jemals ihre Sexualtriebe befriedigt hatte. Während

der Gruppen-Interaktion wurden ihm die Eigenschaften klar, die zu einer guten Beziehung beitragen könnten, also seine Fähigkeit zur Zärtlichkeit, zu Güte, Rücksicht und Humor. Die Gruppenmitglieder, besonders die Frauen, betonten, sein Verhalten zeige ein Bedürfnis, sich an »attraktive blonde Frauen« zu binden, die ihn am Ende ablehnen würden. Zu dieser Zeit war die therapeutische Anleitung für Carl, Selbstachtung aufzubauen. Die Gruppe benützte seine Beziehung zu Mary, um seine Tüchtigkeit zu veranschaulichen, was wiederum sein Gefühl der Männlichkeit erhöhte.

Carls Ich-Stärke wuchs weiter, und es kam bald zu Zusammenstößen mit Mary. Er äußerte offen seinen Ärger, wenn sie versuchte, ihren Freunden sein Alter zu verheimlichen, wenn sie nicht preisgeben wollte, was er beruflich tat und was er verdiente, wenn sie Einwände gegen sein Interesse für seine Familie erhob und/oder übermäßig besitzergreifend wurde. Während der Gruppensitzungen konzentrierte er sich auf die Beurteilung der positiven und negativen Seiten sowie auf den zukünftigen Ausgang ihrer Beziehung. »Selbst wenn sie sich aus einer Laune heraus entschließt, mich zu heiraten, werde ich es nicht tun.« Ihm wurde immer mehr bewußt, welche Mutterrolle Mary symbolisch für ihn spielte, d. h. er erkannte die ambivalenten Gefühle gegenüber seiner Mutter wieder — starke Bedürfnisse der Abhängigkeit, gekoppelt mit intensiver Wut, weil er zum Dank für Annahme und Zuneigung seine eigenen Wünsche unterdrücken mußte. Infolge wachsenden Verständnisses und zunehmender Ich-Entwicklung begann er, sich Marys zu entwöhnen. Die Trennung war frei von der Angst und Depression, die er nach der Trennung von seiner Frau erlebt hatte. In den Gruppensitzungen äußerte er Mitgefühl für Mary und zeigte Verständnis für ihre Bedürfnisse. Er korrespondierte zwar weiter mit ihr, aber er lehnte ihre Einladungen zu Besuchen standhaft ab, selbst wenn sie an seine Zuneigung zu den Kindern appellierte. Während er seine Beziehungen zu Mary einschränkte, begann Carl eine Reihe sozialer Betätigungen, er besuchte gesellige Zusammenkünfte für Alleinstehende, er lernte mehrere Frauen kennen, die ihm gefielen, verabredete sich mit ihnen und besuchte sie. Er entwickelte die Fähigkeit, zu Frauen leicht eine Beziehung herzustellen und erhöhte und mehrte seine Ich-Stärke. Carls Wachstum und Entwicklung manifestierten sich auch in seinen beruflichen Unternehmungen. Er suchte sich zu verbessern und fand eine offene Stelle bei einem Stadtanierungs- und Entwicklungsprojekt. Er bereitete sich auf eine Qualifikationsprüfung vor, bestand sie und wurde sofort als Distriktsleiter mit einem relativ guten Gehalt und mit Aufstiegsmöglichkeiten angestellt. Eine Überprüfung des

analytischen Gruppenprozesses, d. h. dessen, was in der Einzel-Übertragung und in den multiplen Übertragungen wirksam war, brachte die Kräfte ans Licht, die Carls psychotherapeutischen Fortschritt ermöglicht hatten. Nachdem er seine anfängliche Angst durchgearbeitet hatte, die auf seinem Bedürfnis nach Angenommenwerden beruhte, interagierte Carl mit der Gruppe frei und spontan. Er erlebte die Gruppe in der Übertragung als seine Familie; Verständnis und Zuwendung der anderen Gruppenmitglieder befähigten Carl, nicht ihrer Meinung zu sein und sich durchzusetzen. Das waren Reaktionen, die er sich in seiner eigenen Kernfamilie nicht erlauben konnte. Er äußerte viele positive Gefühle für eine der Frauen (Gladys), in der er seine langmütige Mutter sah. Ein anderes weibliches Gruppenmitglied (Betty) provozierte seinen intensiven, verdeckten Groll, den er ursprünglich gegen seine stillschweigend fordernde Mutter empfunden hatte. Ein weiteres weibliches Gruppenmitglied, Ruth, identifizierte er mit seiner hilflosen Schwester, die unfähig war, irgendwelche Veränderungen zustande zu bringen. Die vierte Frau wurde symbolisch erlebt als seine verführerische, nicht verfügbare ehemalige Ehefrau, ebenso als seine Mutter, deren Zuneigung er ständig, aber erfolglos suchte. Die stärkste Beziehung multipler Übertragung hatte er zu einem männlichen Gruppenmitglied (Harry), in dem er seinen jähzornigen, ablehnenden Vater sah, manchmal auch seinen jüngeren Bruder, mit dem er in erfolglosem Wettstreit um die Zuneigung der Mutter gestanden hatte. Er erwartete von Harry eine ausbeuterische Anschauung von sexuellen Beziehungen zu Frauen, provozierte sie manchmal, und reagierte auf sie immer mit intensiver Feindseligkeit, die an die Gefühle gegenüber seinem Vater erinnerte, der die Mutter ausnützte.

Die Übertragungsbeziehung zur Therapeutin war eine starke, abhängige Bindung an die »Mutter«. Offene emotionelle Reaktionen waren auf positive Gefühle beschränkt, die extreme Dankbarkeit »für all die Hilfe« ausdrückten, die er bekam. Selbst wenn die Therapeutin versuchte, die negativen Gefühle zu provozieren und an die Oberfläche zu holen, die Carl abwehrte, war er unfähig, irgendwelche Feindseligkeit zu äußern. Mit der weiteren Entwicklung der Ich-Stärke wurde seine wachsende Fähigkeit, Gefühle auszudrücken, beharrlich Belastungen ausgesetzt. Nach einer Periode von einigen Monaten war er schließlich fähig, zu wagen, anderer Meinung zu sein als die Therapeutin. Es ergab sich einmal, daß die Therapeutin eine Bemerkung des Inhalts machte, Carl versuche seine Liebe zu Mary dadurch zu beweisen, daß er den Kindern »ein guter Onkel« zu werden versuche. Er reagierte mit heftiger Wut. Nach der Sitzung schrieb er einen Brief voller Entschuldigung-

gen. Auf der nächsten Sitzung entschuldigte er sich wieder. Die Furcht, von der nährenden Mutterfigur unabhängig zu werden, hatte eingesetzt, und er fing an, sich vor dem Verlust der Quelle möglicher Befriedigung seiner Abhängigkeitsbedürfnisse zu fürchten. Fortgesetzte Interaktion innerhalb der Übertragungsbeziehungen gab Carl Gelegenheit zu sehen, daß der Ausdruck von Wut die »Mutter« nicht zerstörte oder auch nur seine Beziehung zu ihr merklich änderte.

Carls hervorstechende Eigenschaften manifestierten sich in seinem Eifer, seine Gefühle zu erforschen, seiner Empfänglichkeit für in der Gruppe geäußerte neue Ideen und seiner Bereitschaft, diese Ideen zu prüfen. Er arbeitete seine Mutterbeziehung zu Mary durch. Er bewies seine Unabhängigkeit und Selbststeuerung und wurde sich positiver *und* negativer Gefühle bewußt und lernte, sie zu äußern. Vor allem zeigte er eine sich entwickelnde und zunehmende Fähigkeit zur Realitätsprüfung. Als Carl in der Gruppe davon sprach, hatte er das Gefühl, die Therapie helfe ihm, seine Depression zu überwinden und die ungelösten Mutterkonflikte zu verstehen, die Teil seiner Beziehung zu seiner Frau gewesen waren. Der Gruppentherapieprozeß befähigte ihn, neue und realistische Beziehungen zu Frauen herzustellen und förderte die Entwicklung von Selbststeuerung und Produktivität. Zur Zeit dieser Niederschrift äußerte Carl »ein neues Gefühl von Freiheit — er habe geistigen Auftrieb, ein Gefühl neugefundener Lebensfreude«.

Carls psychotherapeutischer Fortschritt ist keine Ausnahme, sondern typisch für die Wirkungen, die man in einer homogenen, auf eine Altersstufe beschränkten Psychotherapie-Gruppe erreichen kann. Die beschriebene Persönlichkeitsentwicklung und Charakteränderung sollte jedoch nicht als Hinweis genommen werden, daß die Gruppenpsychotherapie — selbst in einer homogenen Altersgruppe — ein Allheilmittel für alle Menschen über 60 sei, die an psychischen Störungen leiden. Wenn ein Patient in eine Gruppe eintritt, entsteht nicht automatisch eine psychotherapeutische Beziehung zwischen ihm und dem Therapeuten. Es ist höchst wichtig, ja unerläßlich, daß der Patient den psychotherapeutischen *Vertrag* versteht, der zwischen ihm und dem Therapeuten geschlossen wird. Dieser Vertrag umfaßt die vom Patienten investierte Zeit, Kraft und das verabredete Honorar (der Autor hat festgestellt, daß die Zahlung eines Honorars in Form von Geld nicht *immer* unerläßlich für den therapeutischen Fortschritt ist). Als Gegenleistung für das Wissen, die Bemühung und die Zeit, die der Therapeut einsetzt, um dem Patienten beim Herbeiführen heilsamer Veränderungen zu helfen, die ein konstruktiveres und erfüllteres Leben zur Folge haben, umfaßt



der Vertrag auch die Bereitschaft des Patienten, während des gesamten Behandlungsverlaufs an den Gruppentherapie-Sitzungen teilzunehmen. Obwohl es nicht unbedingt notwendig ist, jeden Aspekt des Gruppentherapieprozesses zu erklären, ist es sowohl gute Therapie als auch vorteilhaft für den Therapeuten, dem Patienten einige seiner möglichen Reaktionen in der Anfangsphase der Gruppentherapie zu erklären und ihn über sie zu beruhigen. Wie die Angehörigen aller Altersstufen kann auch der alte Mensch sich unbehaglich fühlen und meinen: »Ich passe nicht zu dieser Gruppe von Menschen«. Beim Eintritt in die Gruppe sollte man ihm klarmachen, daß es individuelle Unterschiede gibt, und daß manche Leute mehrere Sitzungen brauchen, bevor sie zu den anderen Gruppenmitgliedern »passen«. Es ist auch unerlässlich, daß der Patient die Wichtigkeit seiner Reaktionen auf andere Gruppenmitglieder versteht. Es ist eine gute Praxis von seiten des Therapeuten, außerhalb der Gruppe zur Verfügung zu stehen und ihr diese Verfügbarkeit auch wissen zu lassen, so daß der Patient sich an ihn wenden kann, wenn er unfähig ist, intensive, angsterregende Reaktionen in der Gruppensituation zu verbalisieren. Wenn der therapeutische Vertrag nicht geklärt und vom Patienten akzeptiert worden ist, besteht die große Wahrscheinlichkeit, daß ein Mangel an frühzeitiger Anpassung an und/oder Einstimmung auf den Gruppentherapie-Prozeß die Flucht des Patienten zur Folge hat. Die therapeutischen Wirkungen können auch, je nach den Bedürfnissen, Wünschen und Bestrebungen des einzelnen Patienten, verschieden sein. Manche Patienten treten in die Therapie ein mit dem ausschließlichen, begrenzten Ziel, ihre Angst zu vermindern, die sich in »Nervosität« und/oder »Depressionen« niederschlägt. Manche wollen Familienkonflikte mit dem Ehepartner und/oder den Kindern bereinigen, einige fühlen sich, obwohl sie über 60 sind, frustriert und wollen Persönlichkeitsveränderungen herbeiführen, die zu einer besseren Ausnutzung ihres Potentials und zur befriedigenden Erfüllung konstruktiver Bestrebungen führen sollen. Der therapeutische Fortschritt jedes Patienten wird in größerem oder geringerem Maß von seinen jeweiligen Zielen, von seiner Vorbereitung auf die Gruppenpsychotherapie und der Annahme des psychotherapeutischen Vertrags abhängig sein.

2. *Profil einer Therapiegruppe.* Vielleicht lassen sich die möglichen Wirkungen von Gruppenpsychotherapie mit positiven und negativen Manifestationen bei alten Menschen am besten veranschaulichen, wenn man einen Überblick über die Geschehnisse in einer solchen Gruppe von Anfang an und über ein paar Jahre hin gibt. Die Gruppe, von der ich

spreche, war homogen in bezug auf die Altersstufe; sie wurde 1956 begonnen und war der Anfang eines gerontologischen Programms in einem kommunalen Gesundheitszentrum. Die Patienten wurden von Ärzten, Verwandten, Fürsorgeverbänden und anderen geschickt, die etwas von diesem neuen psychotherapeutischen Programm gehört hatten. Die einzigen Voraussetzungen und/oder Einschränkungen bezogen sich auf das Alter (der Patient mußte mindestens Mitte Fünfzig sein), und der Patient mußte bereit sein, Gruppenpsychotherapie als Behandlungsform zu akzeptieren. Die Gruppe wurde als eine stets offene Gruppe konstituiert und existierte bis zur Zeit dieser Niederschrift (jederzeit konnten Patienten eintreten und/oder ausscheiden und/oder ihre Therapie beenden). Einige Zeit nach ihrer Konstituierung wurde die Gruppe Teil eines Ausbildungsprogramms. Der Autor, der erste Therapeut, hat die Gruppe etwa drei Jahre lang geführt. Die Gruppe hat seitdem mehrere Therapeuten gehabt, von denen jeder, mit einer Ausnahme, ein Jahr oder mehrere Jahre bei der Gruppe geblieben ist. Der Autor hat den Kontakt zu dieser Gruppe immer aufrechterhalten, gewöhnlich in seiner Eigenschaft als Kontrollanalytiker. Zur Zeit dieser Niederschrift haben alle Gruppenmitglieder, die von Anfang an teilnahmen, wiederum mit einer Ausnahme, die Therapie abgeschlossen. Eins der Mitglieder der ersten Gruppe ist neun Jahre dabei geblieben. Das mag zwar als eine lange Zeit erscheinen, aber der Patient Jack hat weiter signifikante Fortschritte gemacht, was die aufgewendete Zeit und Mühe rechtfertigt.

Die Patienten, von denen die Rede sein soll, schließen die acht ursprünglichen Mitglieder ein, die während der ersten Monate der Bildung dieser Gruppe eintraten. Alle diese Patienten waren Freiwillige, geschickt vom Arzt, von einem Freund, Verwandten oder von einem Fürsorgeverband. Sie repräsentierten einen Querschnitt durch die sozio-ökonomische Mittelschicht der Bevölkerung. Unter den beruflichen Bereichen waren vertreten: Collegeprofessor, Buchhalter, Ingenieur, Krankenschwester, Geschäftsfrau, Fensterputzer. Alle Gruppenmitglieder waren im Geschäfts- oder Berufsleben aktiv gewesen oder waren es noch. Wie erwähnt, war die Auswahl von Patienten für die Gruppe nur durch das Alter und durch die Bedingung beschränkt, daß der Patient die Gruppentherapie als Methode der Hilfeleistung akzeptieren mußte. Ursprünglich ging der Altersbereich von Mitte Fünfzig bis Mitte Sechzig. Jeder der Patienten wurde vor dem Eintritt in die Gruppe psychologisch getestet und körperlich durchuntersucht.

Die Gruppe begann mit vier Mitgliedern — zwei Männern und zwei Frauen — Bill, Jack, Mabel und Hilda.

*Bill* war Anfang Sechzig, arbeitslos und zweimal geschieden. Über das Scheitern seiner ersten Ehe war sehr wenig zu erfahren. Die zweite Heirat wurde von jemand arrangiert (höchstwahrscheinlich von einer Heiratsvermittlung), und er nahm sie mit dem Gedanken an, diese Frau werde für ihn sorgen. Die zweite Ehe endete, als die Frau seine vollständige Abhängigkeit von ihr nicht mehr akzeptieren konnte. Er hatte früher ein Fenster-Reinigungsgeschäft gehabt, konnte es aber, nachdem er einige seiner Kunden verloren hatte, nicht mehr selbständig weiterführen, und er konnte sich auch keine andere Beschäftigung suchen. Frühere depressive Episoden waren mit Elektroschock-Therapie behandelt worden. Er wurde von seinem Sohn zur Behandlung geschickt; dieser glaubte, der Vater werde vielleicht durch Psychotherapie aktiver werden. Die Ergebnisse der psychologischen Tests zeigten Senilitätsmerkmale mit einem Befund von organischer Psychose, und die Prognose lautete: »... er wird bald so hilflos sein, daß er in einem Altersheim beaufsichtigt werden muß.«

*Jack*, Ingenieur bei einer Stadtverwaltung, war ein kinderloser Witwer, der mit etwa 55 Jahren wieder geheiratet hatte. Diese zweite Ehe hatte er geschlossen, nachdem sein Arzt ihm gesagt hatte, seine akuten Bauchbeschwerden würden besser werden, wenn er »sich zu einem Psychiater in Behandlung begeben oder diese Frau heiraten« würde. Die Ehe war gekennzeichnet durch ständige Streitigkeiten, und als Jack zur Behandlung kam, hatte er sich von seiner zweiten Frau getrennt. Der klinisch-diagnostische Eindruck während des ersten Gesprächs war der einer »Angstreaktion bei einer passiv-aggressiven Persönlichkeit«. Die Ergebnisse der psychologischen Tests wiesen jedoch auf das »Vorhandensein einer paraniiden, schizoiden Störung (hin) ... Qualität und Grad der intellektuellen und emotionalen Schädigung weisen auch auf die Möglichkeit einer organischen Störung hin, die, wenn es sich nicht um eine Läsion handelt, durch Gefäßveränderungen bedingt sein könnte.«

*Mabel*, eine Hausfrau Ende Fünfzig, arbeitete bei ihrem Ehemann in einem Fabrikationsbetrieb mit. Sie hatte zwei Söhne, einer war Mitte Zwanzig, der andere Ende Dreißig. Ihr älterer Sohn war zweimal geschieden und war am Anfang der Gruppenbehandlung der Mutter zum drittenmal verlobt. Mabel war etwa 20 Jahre vor der Gruppentherapie ein Jahr lang in Psychotherapie gewesen. Als junge Mutter hatte sie bei der Handhabung von Messern Angst bekommen. Der Gedanke, sie könnte ihre Kinder verletzen, war so stark geworden, daß sie sich in Behandlung begeben hatte. Die Gründe, warum sie jetzt Psycho-

therapie suchte, waren vaginale Regungen, verbunden mit Sexualangst und Schuldgefühlen in Gegenwart von männlichen Wesen, gleichgültig welchen Alters, welcher Hautfarbe und Rasse. Die klinische Diagnose lautete: »Angstzustand; passiv-aggressive Persönlichkeit«. Die Ergebnisse der psychologischen Tests wurden interpretiert als »Borderline-Schizophrenie am Rand eines psychotischen Schubs«, mit »schlechter« Prognose.

*Hilda* war Mitte Sechzig; sie arbeitete als Oberbuchhalterin für eine Gewerkschaftsorganisation. Sie war seit über 20 Jahren geschieden und hatte ein lebendes Kind, eine 33jährige Tochter. Ihr Eheleben war von Konflikten belastet gewesen und endete schließlich mit der Trennung von ihrem Mann, den sie als Psychopathen bezeichnete. Etwa vor 20 Jahren hatte sie einen zehnjährigen Sohn verloren, der aus einem Fenster eines Wohnhauses fiel und zu Tode stürzte. *Hilda* hatte seit 1944 immer wieder Psychotherapie-Sitzungen in einer psychosomatischen Klinik in einem allgemeinen Krankenhaus gehabt. Sie suchte zu dieser Zeit die Behandlung auf, weil sie Asthmaanfälle hatte und sich auch abgesondert fühlte und unfähig war, enge Beziehungen zu anderen Menschen herzustellen. Sie freute sich darauf, bald mit der Arbeit aufzuhören und hoffte, sie werde im Ruhestand diesen Teil ihres Lebens genießen können. Sie hatte heftige Konflikte und offenen Streit mit ihrer Tochter, die nach ihrer Meinung selbstzerstörerische Tendenzen hatte. Eine klinische Exploration führte zu der Diagnose: »passiv-aggressive Persönlichkeit, psychophysiologische Reaktion (Asthma)«. Ihre Reaktionen bei den psychologischen Tests deuteten auf »Borderline-Schizophrenie mit paranoiden Trends« hin.

*Bill* verließ die Gruppe nach einigen Sitzungen. *Agnes*, *Joan* und *Henry* traten bald danach in die Gruppe ein. *Lila* kam ein paar Monate später in die Gruppe.

*Joan* war eine Hausfrau Mitte Fünfzig. Sie war zu Hause als eines von vielen Kindern aufgewachsen. In Joans früher Jugend wurde die Mutter krank und überließ *Joan* die Verantwortung für das Aufziehen der Brüder und Schwestern. *Joan* fühlte sich überwältigt von dieser Belastung und fühlte sich verpflichtet, die Mutterrolle zu übernehmen; sie konnte niemals irgendwelche Kindheitsgefühle und -wünsche befriedigen. Das beständige und fortgesetzte Gefühl, »geben« zu müssen, während sie niemals »empfangen« erlebte, führte zu starkem Ressentiment. Sie hatte einen Sohn von etwas mehr als dreißig Jahren, der sich verlobt hatte und in naher Zukunft heiraten wollte. Sie erlebte den Sohn als ihr einziges Besitztum, das nur ihr allein gehörte, und seine Heirat bedeutete

für sie einen vollständigen Verlust und voraussichtlich Trostlosigkeit. Dieser Verlust hatte Depressionen und Selbstmordversuche zur Folge. Die psychologischen Tests ergaben folgende Beurteilung: »Die Patientin scheint zur Zeit in einem gefährdeten Gleichgewicht zu stehen, in dem sie Unterstützung sucht, um sich den Kontakt mit der Realität zu erhalten, wobei sie es aber schwierig findet, diese Unterstützung zu akzeptieren.«

*Agnes* war eine kinderlose verheiratete Frau Mitte Fünfzig, die ihren Beruf als staatlich geprüfte Krankenschwester beibehalten hatte. Sie war das jüngere von zwei in Rußland geborenen Zwillingmädchen. Die Eltern scheinen die ältere Schwester vorgezogen und Agnes mehr oder weniger sich selbst überlassen zu haben. Als Teenager wurde Agnes in die Vereinigten Staaten zu Verwandten geschickt. Sie machte eine Ausbildung als Krankenschwester; sie interessierte sich für avantgardistische Aktivitäten und nahm selbst daran teil; sie führte, wie sie es selber nannte, ein »Boheme-Leben«. Sie lebte vor der Heirat eine Zeitlang mit ihrem Mann zusammen. Eigentlich wollte sie nicht heiraten. Sie fühlte sich aber von ihrem Mann zur Ehe gezwungen; er drohte, er werde sich umbringen, wenn sie ihn nicht heirate. Sie war als »passiv-aggressive Persönlichkeit« diagnostiziert worden und war von 1948 bis 1953 in Psychohygiene-Polikliniken (mental health clinics) oder in Privatpraxen zeitweilig in Psychotherapie gewesen. Sie wollte sich zu diesem Zeitpunkt in Behandlung begeben, weil sie sich nicht auf ihre Arbeit konzentrieren konnte, weil sie »Gefühle der Depression ... Minderwertigkeitsgefühle« empfand, und wegen einer Panikreaktion, die sie in Verbindung brachte mit einer Unfähigkeit, mit ihrem Mann in Beziehung zu treten oder mit ihm sexuelle Befriedigung zu erlangen. Ein 1948 durchgeführter Rorschach-Test ergab: »Obwohl die paranoiden Tendenzen stark sind, besteht noch genug Kontakt zur Realität, um eine psychotische Absonderung zu verhindern. Die gegenwärtige Tendenz der intellektuellen Aktivität ist offenbar zwanghafter Art. Die Angst kann manchmal bis zur Panik ansteigen, ist aber im allgemeinen durch neurotische Abwehrmechanismen ziemlich gut beherrscht.«

*Henry* war ein verheirateter Mann mit zwei verheirateten Töchtern. Sein Lebenslauf offenbarte ein lebenslanges Muster des sehr fügsamen Verhaltens. Er hatte das Gefühl, durch Nachgiebigkeit könnte er vielleicht eine Befriedigung seines Bedürfnisses nach Abhängigkeit erreichen. Im Mittelpunkt seiner Ehe stand seine Frau, die nicht nur die Familie beherrschte, sondern anscheinend auch in seinem Geschäft die treibende Kraft gewesen war. Die einzigen Gefühle der »Zulänglichkeit« hatte er

in der Beziehung zu seinen Kindern erlebt, als sie noch klein waren. Als die Töchter heirateten und ihre eigene Individualität und Selbständigkeit entwickelten, hatte Henry das Gefühl, überhaupt keine Steuerungsfunktion oder Macht mehr zu haben. Das einzige Gefühl von Ich-Stärke schien für Henry aus der Abhängigkeit seiner Kinder von ihm und aus ihrer Fügsamkeit ihm gegenüber zu resultieren. Er war Einzelhändler gewesen, hatte aber wegen seiner Angstreaktionen im Umgang mit weiblichen Kunden sein Geschäft verkaufen müssen. Er fühlte sich durch jede aggressive Handlung eingeengt, und das führte zu überwältigenden Gefühlen panischer Angst. Die am Anfang durchgeführte psychiatrische Exploration ergab die Diagnose: »Involutionssyndrom mit depressivem Zustand«. Die Prognose hieß »mit Vorsicht«, und seine Aufnahme in die Behandlung war fraglich; sie hing davon ab, ob man ihn für diese Altersgruppe annehmen konnte. Er hatte zwar noch keine Psychotherapie hinter sich, hatte aber 1954 und 1955 zwei Serien von Behandlungen mit Elektroschock durchgemacht. Nach der letzten Reihe von 5 Elektroschock-Behandlungen hatte er Gedächtnisstörungen. Er hatte sich um Behandlung beworben, weil er seit 1954 unter Depressionen litt und wegen seiner Unfähigkeit, mit Frauen umzugehen. Die Ergebnisse der psychologischen Tests zeigten das »Vorhandensein eines Bildes schwerer Depression, in der Involutionsszüge und/oder verdrängte sexuelle Probleme wichtige Rollen spielen. Zusätzliche Symptomatologie ist vorhanden. Der Patient scheint im gegenwärtigen Zeitpunkt stützende Behandlung dringend nötig zu haben, ebenso Beruhigung und Hilfe beim Wiederverdrängen des beunruhigenden sexuellen Materials.«

*Lila* war eine Jungesellin im 60. Lebensjahr und arbeitete als College-Professorin. Die klinische Diagnose nach der psychiatrischen Erst-Exploration lautete: »reaktive Depression (Persönlichkeit in der Involution), passiv-aggressive Persönlichkeit«. Sie hatte sich vorher wegen einer Behandlung an zwei andere Institutionen gewandt, war aber auf Grund ihres Alters abgewiesen worden. Sie bemühte sich um eine Behandlung, weil sie Kreativitätsprobleme erlebte und unfähig war, eine Ehe mit einem Mann zu schließen, den sie seit 20 Jahren kannte. Sie gab an, sie habe ihr Leben lang, seit sie erwachsen sei, heiraten wollen. Sie war aber immer unfähig, sich diesen Wunsch zu erfüllen, weil sie sich ihrem alten Vater verpflichtet fühlte. Nach dem Tod ihres Vaters, zwei Jahre vor Behandlungsbeginn, hatte sie einen Zustand des »vollständigen Verlusts« erlebt. Sie fühlte sich vollkommen allein und war unfähig, eine Ehe zu schließen.

Eine nachträgliche Beurteilung der Sitzungen zeigte einen konsisten-

ten und kontinuierlichen Gruppentherapie-Prozeß. Der Behandlungsverlauf war jedoch bei jedem Patienten, der in die Gruppe eintrat, verschieden. Schon in der anfänglichen Haltung und mit Bezug auf den Gruppenfortschritt schwankten die Reaktionen zwischen großer Begeisterung und Hoffnungslosigkeit. Der Gruppentherapieprozeß war dem in heterogenen Erwachsenengruppen einer jüngeren Altersstufe sehr ähnlich. Die erste Sitzung begann mit Schweigen; jeder schaute um sich und wartete, daß ein anderer anfinde. Der Therapeut schwieg und erlaubte den Patienten, die Initiative zu ergreifen. Nach ein paar Minuten begann man sich einander vorzustellen, und die Gruppenmitglieder befragten einander und erklärten ihre Gründe für den Eintritt in die Behandlung.

*Hilda* war die einzige, die vorher schon Erfahrungen mit Gruppenpsychotherapie gemacht hatte; sie hatte sich speziell um diese Form der Behandlung bemüht. Sie hatte ihre Informationen aus Vorträgen über Psychohygiene (mental health) bezogen, die sie regelmäßig zu besuchen pflegte. Sie berichtete der Gruppe, daß sie früh das Gefühl gehabt hatte, abgelehnt zu werden, was sie auf Minderwertigkeits- und Unzulänglichkeitsgefühle zurückführte. Sie schilderte ihre Unfähigkeit, um irgendetwas zu bitten, weil sie das Gefühl hatte, dies würde nur ihre Unzulänglichkeiten zeigen und wiederum Ablehnung zur Folge haben. Während des Zusammenlebens mit ihrem Mann mußte sie ihm immer etwas »geben«, und sie war nie fähig, für sich selbst etwas zu fordern. Wie schwerwiegend ihre Unfähigkeit war, sich Abhängigkeit von irgend jemandem zu gestatten, manifestierte sich in ihrer Unfähigkeit, ihren Mann zu veranlassen, zu arbeiten und sie und die Kinder zu ernähren. Als sie fortfuhr, ihr lebenslänglich bewahrtes Schema der Beziehungen zu schildern, schrieb sie ihre Hauptschwierigkeit ständigen und beharrlichen Gefühlen der vorweggenommenen Ablehnung zu und einer Unfähigkeit, mit Menschen auf einer informellen, persönlichen Basis in Beziehung zu treten. Sie hatte das Gefühl und sie hoffte, die Gruppensituation werde ihr Gelegenheit geben, die Gründe für ihr Zurückweichen vor persönlichen und emotionalen Bindungen zu erfahren und zu überwinden. Sie trat mit großer Begeisterung in die Gruppe ein und übernahm schon in der ersten Sitzung die Rolle des *Hilfstherapeuten*. Sie war allen gegenüber höchst hilfsbereit. Sehr nachdrücklich klärte sie Fragen in bezug auf Wert und Techniken der Psychotherapie; sie bot den Gruppenmitgliedern, die unter intensiver Angst litten, Unterstützung und Rat an; sie bohrte und fragte und brachte Probleme im Zusammenhang mit Kindheitserlebnissen. Die Reaktionen der Gruppenmitglieder



ihr gegenüber wurden sehr ambivalent — diejenigen, die Antworten brauchten, schauten zu ihr auf als zu einer Quelle der Weisheit, nahmen ihr aber ihre autoritäre Art übel.

Hilda versorgte und fütterte ständig andere, konnte aber nicht um direkte Hilfe für sich selbst bitten. Direkt um Hilfe zu bitten hätte bedeutet, daß sie ein Bedürfnis nach Abhängigkeit zugegeben hätte, was für sie Schwäche bedeutete und sie wiederum der Ablehnung ausgesetzt hätte. Die Frustration, die sie empfand, weil sie andere nicht um Hilfe bitten oder Hilfe von ihnen annehmen konnte, provozierte eine Verschlimmerung eines bereits bestehenden asthmatischen Zustands. Da Hilda unfähig war, sich während der vor auszusehenden Dauer der Behandlung von ihrer Familie oder von Freunden helfen zu lassen, war ihr Arzt gezwungen, sie zum Zweck einer medikamentösen Spezialbehandlung ins Krankenhaus einzuweisen. Als sie in die Gruppe zurückkam, konzentrierte sich der Therapeut auf ihr Problem der Verleugnung ihres »Abhängigkeitsbedürfnisses«. Als sie aufgefordert wurde, zu diesem Reaktionsmuster zu assoziieren, sprach Hilda von einem lebenslang sich wiederholenden Verhaltensmuster, das Kindheitserlebnisse verstärkte, die »bewiesen« hatten, daß sie sich auf niemand als sich selbst verlassen konnte. Da sie in ihren Bemühungen, diesen Konflikt durchzuarbeiten, beharrlich blieb, erlebte sie keine weiteren akuten Asthma-Anfälle, und der Abbau ihrer starren »Selbstgenügsamkeit« ging langsam aber stetig voran. Nach einigen Monaten ängstlicher Vorsicht, ob die anderen Gruppenmitglieder sie wohl als Person akzeptieren würden, äußerte sie schließlich den Wunsch nach sozialem Kontakt unter den Gruppenmitgliedern nach der Gruppensitzung. Die Äußerung dieses Bedürfnisses und Wunsches führte zur Erkenntnis und Durcharbeitung ihrer Selbstgenügsamkeit als einer Reaktionsbildung auf Abhängigkeitsbedürfnisse. Die anderen Gruppenmitglieder begannen, sie zu akzeptieren und mit ihr in Beziehung zu treten wie mit einer Gleichgestellten und nicht mehr wie mit einer »Stimme der Autorität«.

Hildas Beziehungen zu Personen außerhalb der Gruppe zeigten, wie berichtet, eine Entwicklung zur emotionalen Reife. Die Beziehung zu ihrem erwachsenen Kind wurde eine Beziehung zwischen Mutter und Tochter, wobei jede der beiden fähig war, die jeweilige Rolle der anderen zu akzeptieren und zu respektieren. Im Sommer war Hilda zum erstenmal fähig, Urlaub zu nehmen und ihn auch zu genießen. Sie unternahm eine Kreuzfahrt im Pazifik und berichtete bei der Rückkehr, sie habe geselligen Umgang pflegen und Freundschaft mit anderen Passagieren schließen können. Bei der Arbeit wurden ihre Beziehungen zu

Arbeitskollegen immer befriedigender, und die Furcht vor dem näher-rückenden Ruhestand verschwand.

Mabels erste Reaktion auf den Eintritt in die Gruppentherapie war äußerst ambivalent. Sie äußerte Widerstreben und Zweifel über ihre Fähigkeit, ihre Sexualangst mit »Fremden« zu erörtern. Sie befürchtete auch, anstatt daß ihr geholfen würde, würden ihre »vaginalen Regungen« durch die Männer in der Gruppe provoziert werden. Zugleich drückte sie einen starken Wunsch aus, dem Therapeuten zu gefallen, indem sie akzeptierte, »... was Sie für mich für das Beste halten«. Während der Einzelsitzungen vor dem Eintritt in die Gruppe deuteten ihre offenkundigen Reaktionen und ihre non-verbale Kommunikation an, sie habe das Gefühl, sie könne durch irgendwelche magischen Mittel der Erörterung ihrer Konflikte ausweichen und ihre Probleme passiv lösen. Diese Hypothese hätte sich beinahe als gültig erwiesen, als Mabel in die Gruppe eintrat. Ihre Probleme und Konflikte wurden ihr unbewußt. Sie schilderte sich selbst als eine erfolgreiche Geschäftsfrau, die zwar »nicht intelligenter«, aber viel stärker und tüchtiger sei als ihr Mann. Kindheitserlebnisse wurden auf eine Weise beschrieben, die auf emotionale Mangelserlebnisse und ungerechtfertigte Forderungen schließen ließen, z. B. der Umstand, daß die Mutter ihr die ganze Haushaltstätigkeit überlassen hatte. Wenn irgend jemand in sie drang und nach ihren Problemen fragte, pflegte sie zu antworten: »Wenn ich sie wüßte, würden sie mir nicht zu schaffen machen, und ich wäre nicht hier.« Am Anfang ihrer Erfahrungen in der Gruppe fuhr Mabel fort, alle persönlichen Bedürfnisse zu verleugnen und übernahm die Rolle der »guten Mutter«, die sich ständig stützend verhielt und andere ermutigte, ihre Probleme zu offenbaren. Nach relativ kurzer Zeit begannen Gruppenmitglieder, ihre Fassade einer hingebungsvollen, »vollkommenen Ehefrau und Mutter« in Zweifel zu ziehen. Diese Konfrontation durch die Gruppe rief intensive Angst hervor und hatte zur Folge, daß sie ihre Rolle der »guten Mutter« in der Gruppe änderte. Ihr starres Festhalten am »keine-Probleme-Haben« verschwand; sie fing an, andere Gruppenmitglieder um Hilfe zu bitten und auch auf emotionaler Ebene mit ihnen zu interagieren. Sie entwickelte eine starke Geschwister-Übertragungsbeziehung zu Agnes und berichtete, wenn sie mit Agnes rede, habe sie das Gefühl, sie seien »zwei kleine Mädchen, die Heimlichkeiten austauschen«. Sie empfand starke Feindseligkeit gegen Jacks passiv-aggressives Verhalten und identifizierte ihn mit ihrem »schwachen Ehemann«. Jacks Impotenz verstärkte die Übertragungsbeziehung zu ihm. Sie sprach über gelegentliche sexuelle Beziehungen mit ihrem eigenen Mann und erklärte beharr-

lich, das komme so selten vor, weil sie ihn nicht »erschöpfen« wolle. Im weiteren Verlauf der Therapie begann Mabels Auffassung, der Therapeut sei der einzige, der helfen könne, dahinzuschwinden, und sie war in der Lage, sich auf andere Gruppenmitglieder zu verlassen und zu ihnen in Beziehung zu treten. Wenn auch sporadisch, so stellte sie doch beharrlich die exklusive Abhängigkeit der anderen Patienten vom Therapeuten in Frage und betonte, andere Gruppenmitglieder könnten auch Hilfe und Einsicht bieten. Ihre Beziehungen und Reaktionen in der Gruppe lösten Assoziationen an frühe Kindheitserlebnisse aus: wie die Mutter alle Kinder vollständig beherrscht habe, was sich offenbar bis in die Gegenwart fortsetzte. Obwohl sie die jüngeren männlichen Geschwister in der Kindheit versorgt hatte, konnte sie sich nicht erinnern, vor ihrer Heirat jemals ein nacktes männliches Wesen gesehen zu haben. Alle Männer in ihrem Leben, beginnend mit dem Vater und einschließlich ihrer Brüder und ihres Mannes, waren in ihrer Vorstellung schwach und untüchtig. Sie beschrieb die Promiskuität ihres dreimal geschiedenen Sohnes, dessen Verhalten ihr als ein Agieren ihrer eigenen unbewußten sexuellen Triebe und Phantasien klar wurde. Mabel konzentrierte sich auf ihre psychosexuelle Entwicklung und begann ihre starken Abhängigkeitsbedürfnisse ihrer Mutter gegenüber durchzuarbeiten. Ihre Träume fingen an, ihre Konflikte zu zeigen, und ihre Assoziationen wiesen hin auf die Abhängigkeitsbedürfnisse im Konflikt mit starker Rivalität und Feindseligkeit gegenüber der autoritären Rolle, die die Mutter im Elternhaus der Patientin gespielt hatte. Während Mabel fortfuhr, ihre kindliche Rolle gegenüber ihrer Mutter durchzuarbeiten, wurde ihre Beziehung ihrem Mann und ihren Kindern gegenüber realistischer. Der Fortschritt, der aus Mabels beharrlichen therapeutischen Bemühungen resultierte, manifestierte sich in zwei wichtigen Vorfällen, die sich etwa 24 und 30 Monate nach ihrem Eintritt in die Gruppe ereigneten. Eines Abends kam Mabel mit einem Gefühl der Erheiterung und Erregung in die Sitzung. Sie sprach zwar selten, aber ihre gelegentlichen Reaktionen waren kräftig und wirksam. Sie berichtete dann von einem Traum, und während sie zu dem Traum assoziierte, erzählte sie, sie habe in der vergangenen Woche bei zwei Gelegenheiten einen sexuellen Orgasmus erlebt. Es war das erstmal in ihrem Leben, nach 40 Jahren Ehe mit dem gleichen Mann, daß sie einen sexuellen Orgasmus erlebt hatte. Mehrere Monate später zeigte Mabel während einer Gruppensitzung Angst und war unfähig, auf die Gruppen-Interaktion zu achten. Auf Befragen sagte sie, ihre Mutter sei im Krankenhaus, und sie mache sich große Sorgen wegen ihrer Gesundheit und solle sie nach der Gruppensitzung besu-

chen. Bei der nächsten Zusammenkunft berichtete Mabel, daß sie nach der vorigen Sitzung ins Krankenhaus gegangen sei, und dort habe man ihr gesagt, ihre Mutter sei gerade gestorben. Sie sprach von ihrem Schmerz über den Tod ihrer Mutter und zeigte ihn auch, aber sie sagte, sie sei nicht übermäßig deprimiert und habe keine Überreaktion der Angst. Sie beschrieb dann, daß sie den Tod ihrer Mutter als etwas hingenommen habe, das dem natürlichen Lauf des Lebens entspreche, was sie noch ein paar Monate vorher nicht hätte tun können.

Jack nahm am Anfang in der Gruppe eine Position des Widerspruchs ein. Er beschrieb seine Lebenslage als ein Bild vollkommener Anpassung. Wenn jedoch andere Gruppenmitglieder emotionale Stützung bekamen, reagierte er mit starkem Verdruß. Fragen nach dem Grund seiner Teilnahme an der Gruppe provozierten eine feindselige Antwort des Inhalts, er habe seine Geschichte schon mehreren Leuten einzeln erzählt, und es sei nicht nötig, sie in der Gruppe zu wiederholen. Er »glaube nicht an Bekenntnisse« und er werde die traumatischen Erlebnisse seines Lebens nur offenbaren, wenn der Therapeut ihn überzeuge, daß es für ihn von Wert sei. Während der ersten zwei Monate waren seine Bemühungen, abgesehen von denen, alle persönlichen Probleme zu leugnen, darauf gerichtet, Arbeitsmöglichkeiten für Bill vorzuschlagen und den anderen Gruppenmitgliedern in ziemlich herablassender Art Ratschläge zu geben. Versuche, Bill zu provozieren, hatten negative Reaktionen von seiten der anderen Gruppenmitglieder zur Folge. Wenn man ihm sein Benehmen vorhielt, leugnete er alle Feindseligkeit und betonte, er versuche nur zu helfen. Er pflegte dann die negativen Reaktionen als Anlaß zu benutzen, um sich abzusondern, wobei er sagte, er brauche ja nicht zu reden, und lange Zeit schwieg. Wenn der Therapeut und andere Gruppenmitglieder diese Passivität in den Brennpunkt der Betrachtung stellten, leugnete Jack, daß er sie einsetze, um die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Zugleich leugnete er jeden Wunsch nach Hilfe für sich selbst. Seine fortgesetzte Feindseligkeit und aggressive »Hilfe« dienten Bill als Rechtfertigung, um sich aus der Gruppe zurückzuziehen. Als Jack das Gefühl hatte, Bill aus der Familie »vertrieben« zu haben, reagierte er mit Schuldgefühlen und Reue. Als jedoch neue Mitglieder hinzukamen, wurde er wieder feindselig gegen Joan und Henry wegen ihrer Methode, andere durch ihr passives Verhalten zu beherrschen.

Beständige Konzentration auf seinen Widerstand führte dazu, daß Jack seine Schwierigkeiten mit seiner zweiten Frau erörterte. Er sprach ausführlicher über die gastrointestinalen Reaktionen, die eintraten, wenn seine sexuelle Zulänglichkeit in Frage gestellt oder angezweifelt wurde,

z. B. wenn sein Tanzen im Vergleich mit dem seines Stiefsohns ungünstig abschnitt, worauf seine Frau ihn stehen ließ, um mit ihrem Sohn zu tanzen. Er berichtete, seine Frau sage zu ihm, er habe ihrem 28jährigen Sohn gegenüber keine väterlichen Gefühle. Als Jack begann, seine Erlebnisse preiszugeben, fingen die anderen Gruppenmitglieder an, positiv auf ihn zu reagieren. Der Umstand, daß Jack sich seiner Furcht vor Bedrohung durch das »Weibliche« bewußt wurde und darüber sprechen konnte, befreite ihn von einiger Angst, und er begann, sich mit einer Witwe zu treffen, die er schon seit einer Reihe von Jahren stillschweigend bewundert hatte. Nach einigen weiteren Monaten strengte er ein Verfahren an, um seine Ehe mit seiner zweiten Frau zu annullieren, und er stand das Verfahren auch durch. Nach der Annullierung wurde die Beziehung zu der Witwe ganz »romantisch«, und nach einigen Monaten mit Verabredungen kam eine Verlobung zustande. Am Anfang seiner Verabredungen mit seiner »neuen Liebe« hatte Jack einen Traum, in dem er »einen Drachen hatte steigen lassen«. Er assoziierte das plötzliche Aufsteigen des Drachens mit dem Erleben sexueller Erregung und zeitweiliger Erektionen. Dieser Traum und seine Assoziationen zu verwandten Erlebnissen ließen in Jack erste Hoffnungen aufsteigen, die Gruppentherapie könnte ihm bei der Bewältigung seiner sexuellen Probleme helfen.

Jacks Starrheit nahm ab, und er begann, dem Therapeuten gegenüber Gefühle des Wettstreits wahrzunehmen und auszudrücken. Er assoziierte diese Gefühle mit in der frühen Kindheit erlebten Gefühlen seinem Vater gegenüber. Die Gruppe stellte weiterhin seine Passivität und ihre Bedeutung in den Mittelpunkt, und er erinnerte sich häufiger an Träume und berichtete sie auch, dabei stellten sich Assoziationen zu seiner Vergangenheit ein. Während er gerade zu einem Traum assoziierte, bemerkte er plötzlich, »ich habe nie vorher daran gedacht, aber mir fällt plötzlich ein, daß ich etwa im zehnten Jahr meiner Ehe erfuhr, meine (erste) Frau könnte niemals Kinder bekommen, und gleich danach, während des Verkehrs, hatte ich plötzlich das Gefühl »es hat ja doch keinen Zweck!«. Der vorweggeahnte Mißerfolg der Leistung hatte Gefühle des »es hat ja doch keinen Zweck« ausgelöst und damit die Übernahme der passiven Rolle. Durch spätere Träume und Assoziationen wurde klarer, daß Jack die Passivität als ein ungefährliches Mittel entdeckt und benutzt hatte, seine feindselige Aggression auszudrücken.

Sein ganzes Verhalten änderte sich weiterhin. Er beschränkte seine Reaktionen nicht mehr auf *objektive* oder *intellektuelle* Erwiderungen. Er ließ seiner Phantasie freieren Lauf und interagierte mit anderen auf

einem wirksamen emotionalen Niveau. Sein Verhalten und dessen Bedeutung wurden durch Interaktion, Träume und Assoziationen sinnvoller. Das Verhaltensmuster der Passivität und sein Einsatz als aggressives Beherrschungsmittel wurde deutlich und wurde von der Gruppe in den Brennpunkt gestellt. Jack wurde fähig, sein Verhalten genau zu prüfen und ein bedeutsameres Verständnis seiner Verhaltensweisen zu gewinnen. Mit einem Nachlassen seiner Besorgnisse und seiner Selbstschutzhaltung wurde er freier in der Beschreibung der Beziehung zu seiner neuen Verlobten. Seine neugewonnene »offene« Haltung brachte eine geschärfte Wahrnehmung mit sich und ermöglichte ihm die Erkenntnis, daß er wieder einmal eine Beziehung fügsamer Unterordnung entwickelt hatte, die ihrerseits intensiven Groll gegen die Frau hervorrief. Er brachte sein Verhalten in dieser Beziehung in Zusammenhang mit früheren frustrierenden Bemühungen, der Mutter zu gefallen und sie zu gewinnen, indem er versucht hatte, ihr jeden Wunsch zu erfüllen und jeder ihrer Erwartungen zu entsprechen. Er löste seine Verlobung und fing an, sich andere Frauen zu suchen und sich mit ihnen zu verabreden.

Durch seine positiven Beziehungen innerhalb der Gruppe entwickelte Jack zunehmend mehr Ich-Stärke, ergänzt und verstärkt durch seine sich erweiternden sozialen Beziehungen außerhalb der Gruppe. Er arbeitete seine ängstlichen Gefühle vorausgeahnter Isolierung durch und war in der Lage, seine Arbeit mit wenig Angstgefühlen aufzugeben. Nach diesem Akt war er zum erstenmal fähig, die New Yorker Gegend zu verlassen und den Winter in Florida zu verbringen. Im Frühling kam er in die Gruppe zurück und setzte seine Bemühungen fort, seine ungelösten Konflikte mit der Mutter und damit zusammenhängende feindselige, aggressive, rivalisierende Gefühle gegenüber Vater und Bruder durchzuarbeiten. Es war auch bemerkenswert, daß er während dieser Zeit gelegentlich Erektionen hatte und aufrechterhalten konnte, und daß er gelegentlich mit gewissem relativem Erfolg versuchte, mit den Frauen, mit denen er ausging, Geschlechtsverkehr zu haben.

*Bill* wurde von den anderen Gruppenmitgliedern als »das hilflose Kind der Familie« erlebt. Zur ersten Sitzung wurde er von seinem Sohn gebracht. Er saß gewöhnlich wie betäubt da und schien nichts von allem wahrzunehmen, was um ihn herum vor sich ging. Auf Fragen reagierte er gewöhnlich mit Stillschweigen. Gelegentlich murmelte er spontan etwas vor sich hin, etwa des Inhalts, er habe nichts zu sagen oder er wisse nicht, was er sagen solle. Diese Reaktionen waren gewöhnlich plötzlich und unerwartet und hatten die Wirkung, Aufmerksamkeit zu erregen und alles andere, was sich gerade ereignete, zum Stillstand zu

bringen. Die Frauen übernahmen Mutterrollen, boten ihm vollständiges Mitgefühl und Stützung an und ermutigten ihn, über seine Probleme zu sprechen. Er beschrieb etwas unzusammenhängend seine erste und zweite Ehe und deren Trennungen und schob die Schuld für alle seine Schwierigkeiten auf sein Geschäft. Er hatte eine Zeitlang in Groß-New York gewohnt, behauptete aber, er könne sich nicht von einem Ort zum anderen bewegen. Später widersprach er dieser Aussage und sagte, er könne reisen, wisse aber nicht, in welche Richtung er wolle. Er schilderte, daß er isoliert in seinem Zimmer sitze und nicht hinaus könne, wenn nicht sein Sohn ihn hole. Mit Ermutigung der Gruppe fuhr er fort, die Realität seiner Lage zu erörtern und zu klären. Er offenbarte, daß er sich durchaus von einem Ort zum anderen bewegen konnte und daß es Leute gab, mit denen er gesellig verkehren könnte. Seine »Unfähigkeit« war ein Abwehrmechanismus, den er entwickelt hatte, um andere dazu zu veranlassen, seine starken Abhängigkeitsbedürfnisse zu befriedigen. Als die Gruppe seine eingeschränkte Existenz besser kennenlernte, ermutigten ihn die Mitglieder, eine Teilzeitarbeit anzunehmen und dadurch ein gewisses Gefühl der Unabhängigkeit von seinem Sohn zu erleben. Die Frauen ermutigten ihn durch Schmeichelei und Verführung, Jack übte mit herablassender Miene Druck aus, und der Umstand, daß die anderen Patienten Bills passive Rolle nur mangelhaft akzeptierten, ließ in ihm ein bedrohliches Gefühl entstehen, er könne die Beziehung der Abhängigkeit zu seinem Sohn verlieren, das schließlich zum Ausscheiden aus der Gruppe führte. Das anfängliche mangelnde umfassende Verständnis des Therapeuten für Bills passiven Abwehrmechanismus mag auch zu Bills Rückzug beigetragen haben.

Infolge ihres Versuchs, ihre Selbstmordideen zu agieren, trat Joan an die Stelle Bills, als Brennpunkt einer *Dringlichkeitsreaktion*. Die Erfahrung, die der Therapeut mit Bill gemacht hatte, befähigte ihn jedoch, mit der Lage besser fertigzuwerden, und er konnte eine anfängliche Panikreaktion sowohl bei den Gruppenmitgliedern als auch bei Joan verhindern. Die Intervention des Therapeuten hatte eine positive Wirkung. Anstatt Joan mit dem Gedanken zu plagen, ihre Selbstmordideen seien »schlecht« oder »närrisch«, interagierte die Gruppe sowohl emotional als auch analytisch und entwickelte multiple Übertragungsreaktionen. Hilda und Henry identifizierten sich mit ihr, Agnes trat zu ihr in eine Beziehung wie zu einer Schwester. (Agnes schrieb sich die Schuld für den Selbstmord ihrer eigenen Schwester zu.) Mabel übernahm eine stützende, mütterliche Rolle; Jack übernahm eine sachliche, hilfsbereite Rolle, die sein Ressentiment gegen die Ausnutzung von passiv-aggressiv-



vem Verhalten manifestierte. Die Erfahrung der emotionalen Unterstützung von seiten der Gruppe befähigte Joan zum Interagieren und zur Preisgabe assoziierten Materials. Unter der konzentrierenden Lenkung des Therapeuten half die Gruppe Joan verstehen, daß sie ihre Selbstmordversuche als Methode benützte, um die Heirat ihres Sohnes zu verhindern. Die Suizidversuche hörten auf, und ihr Verhalten änderte sich, sowohl in den Gruppensitzungen als auch außerhalb. An die Stelle von Joans Traurigkeit trat allmählich Lächeln, und sie begann gesteigerte Tätigkeit in Haushalt und sozialen Beziehungen zu schildern. Während der Sommerferien der Gruppe (der Therapeut war auch im Urlaub), begann Joan eine Behandlung bei einem Einzeltherapeuten in der Nähe ihrer Wohnung. Sie konnte zu dem neuen Therapeuten eine positive therapeutische Beziehung herstellen, und als die Gruppe im Herbst wieder zusammentrat, beschloß sie, bei ihm zu bleiben.

*Agnes* trat mit einem Gefühl vollständiger Hilflosigkeit in die Gruppe ein und äußerte, sie sei unfähig, zu irgendeinem Gruppenmitglied eine Beziehung herzustellen. Sie berichtete eifrig von Vorfällen, die zu bestehenden Gefühlen der »Depression« beitragen. Sie versuchte, die Gruppe zu monopolisieren, indem sie von einem Leben der Frustration und Traurigkeit berichtete. Sie offenbarte frühe Rivalitätsbeziehungen zu einer älteren Schwester. Da Agnes von beiden die »Hübschere« und »Aufgewecktere« war, verhielt sich die Mutter der Schwester gegenüber übermäßig beschützend. Sie beschrieb auch, welche starke Gefühle des Abgelehntwerdens sie erlebt habe, als sie aus ihrem Heimatland (Rußland) in die Vereinigten Staaten geschickt worden und so von ihrer Familie getrennt worden sei. In einem Versuch, das fortgesetzte Erlebnis der Versagung und Ablehnung in jeder Abhängigkeitsbeziehung abzuwehren, entwickelte Agnes eine Rolle der »Pseudo-Selbständigkeit«. Ihre Bemühungen um diese »Selbständigkeit« hatten zwei Richtungen genommen: Sie hatte versucht, eine berufliche Stellung zu erlangen, die ihr finanzielle Sicherheit verschaffte, und zugleich hatte sie gegen die Sitten und Konventionen der Gesellschaft rebellierte und nach ihrer eigenen Aussage ein »Boheme-Leben« geführt.

In der Gruppe zog sie weiterhin die Aufmerksamkeit auf sich, indem sie angsterregende Vorfälle beschrieb; sie war aber unfähig, ihre sexuellen Probleme mit ihrem Mann oder ihre starken Schuldgefühle auf Grund des Selbstmords ihrer Schwester zu offenbaren oder zu erörtern. Joans Selbstmordversuche provozierten ihre ohnehin schon intensive Angst und hatten zur Folge, daß sie während der ersten Wochen unfähig war zu interagieren. Joan bot das Objekt für eine Schwesterübertragung,

und Agnes' Hauptsorge war, wie man Joans Tod verhindern könne. Als es Joan besser ging, nahm Agnes' Angst ab, und sie konnte zu anderen Gruppenmitgliedern eine Beziehung herstellen. Zwar hatte Agnes am Anfang bekundet, sie könne mit anderen nicht auf einer Konversations-ebene in Beziehung treten, aber die zunehmende Interaktion der Gruppenmitglieder führte dazu, daß Agnes sich offenere Reaktionen gestattete. In der Interaktion mit den Gruppenmitgliedern begann sie, über ihr Unabhängigkeitsbedürfnis zu sprechen. Sie erinnerte sich an frühe Konflikte unter den Eltern und den Aufschrei der Mutter, daß die finanzielle Abhängigkeit vom Vater das einzige Band sei, das die Ehe zusammenhalte. Die intensive Rivalität Agnes' mit ihrer Schwester wurde besprochen, und die Gruppe half ihr, herauszubringen und zu erkennen, was ihre Schuldgefühle in bezug auf den Selbstmord ihrer Schwester bedeuteten. Ihre Interaktionen in der Gruppe brachten ans Licht, daß Agnes zwar jahrelang das Bett mit ihrem Mann geteilt hatte, daß aber ihr Unabhängigkeitsbedürfnis die Heirat 10 Jahre lang hinausgeschoben hatte. Die Hochzeit fand erst statt, als ihr Mann mit Selbstmord gedroht hatte, falls sie sich weiterhin weigern würde. Die Verleugnung ihrer Abhängigkeit von ihrem Mann wurde völlig unwirksam, als Agnes sich der Drohung gegenüber sah, ihn zu verlieren. Agnes bemühte sich, an der Gruppe teilzunehmen, aber ihre Konflikte in bezug auf ihre Abhängigkeitsbedürfnisse vereitelten weiterhin jede freie Interaktion innerhalb der Gruppensitzung.

Agnes' therapeutischer Fortschritt in der Gruppe ging sehr langsam vor sich. Ihr Verhalten war bezeichnend für jemanden, der sich beklagt und zugleich Hilfe ablehnt. Ihr Benehmen in der Gruppe war gewöhnlich das eines launischen, anspruchsvollen Kindes, das die ausschließliche Aufmerksamkeit der Mutter (des Therapeuten) suchte und beharrlich verlangte. Die multiplen Übertragungsbeziehungen zu den anderen Gruppenmitgliedern waren Beziehungen zu Geschwistern; in ihnen trat ständig starke Rivalität zutage. Reaktionen, die Befriedigungserlebnisse anzeigten, kamen nur vor, wenn Agnes die Aufmerksamkeit des Therapeuten ganz für sich in Anspruch nehmen konnte. Wenn jemand anders beachtet wurde, erlebte Agnes Gefühle des Abgelehntwerdens und reagierte oft mit intensiver Feindseligkeit. Diese Reaktionen waren oft von Anschuldigungen begleitet, sie bekomme keine Hilfe, weder vom Therapeuten noch von anderen Gruppenmitgliedern; dann drohte sie, durch den Austritt aus der Gruppe alle abzulehnen. Nachdem der Therapeut den Anstoß dazu gegeben hatte, begannen die anderen Gruppenmitglieder, sich auf die Übertragungsbeziehungen zu konzentrieren, die Agnes'

Reaktion manifestierten. Als ihr bewußt wurde, daß sie Gefühle des Abgelehntwerdens erlebt hatte, als sie begann, sie zu verstehen und sie zu frühen Erfahrungen mit ihrer Mutter in Zusammenhang zu bringen, konnte Agnes Frustrationstoleranz entwickeln. Der Umstand, daß die Gruppe auf ihre Angst reagierte und nicht auf ihre Feindseligkeit, löste eine Veränderung der Beziehungen Agnes' in der Gruppe aus und ermöglichte die Entwicklung einer »Kinderfreundschaft« mit Mabel.

Zwar bestanden weiterhin Gefühle der Geschwisterrivalität gegenüber der Gruppe, aber Agnes erlebte weiterhin, daß sie von anderen Gruppenmitgliedern akzeptiert wurde. Sie begann, ihre Beziehung zu ihrem Mann zu beschreiben und zu erörtern und sagte, er habe jede mögliche Anstrengung gemacht, sie zu befriedigen. Seine Bemühungen schienen jedoch immer vergeblich zu sein. Sexuell empfand sie ihn als unzulänglich, und sie war nicht abgeneigt gewesen, ihm ihre Gefühle mitzuteilen. Intellektuell hielt sie ihn für unterlegen, und sie stellte beharrlich negative Vergleiche zwischen ihm und ihren »intellektuellen« Freunden an. Seine einzige Eigenschaft war nach ihrer Schilderung seine körperliche Kraft, die er als junger Mann gehabt hatte. Sein Beruf erforderte das Heben schwerer Gegenstände, und er hatte weit über 100 Pfund ohne große Mühe heben können. Mit zunehmendem Alter hatte seine Körperkraft etwas abgenommen, wodurch er in ihren Augen noch negativer dastand. Sie leugnete ihre Abhängigkeit weiterhin und behauptete, die Beziehung werde nur wegen immer wiederkehrender Erkrankungen in den letzten paar Jahren fortgesetzt (er litt an einer Erkrankung der Herzkranzgefäße), und er sei sehr auf sie angewiesen. Mit Hilfe der Gruppe konnte Agnes die Ähnlichkeit zwischen der Beziehung zu ihrem Mann und der zu ihrer Schwester erkennen, ebenso, daß ihre eigenen Abhängigkeitsbedürfnisse und ihre Unfähigkeit, sie zu akzeptieren, zur Bildung von Beziehungen führte, in denen sie erleben konnte, daß andere von ihr abhängig waren. Jedoch beschwor ein drohender Verlust des anderen Menschen die zugrundeliegende Angst herauf, die mit ihren eigenen verleugneten Abhängigkeitsbedürfnissen zusammenhing. Die bewußte Erkenntnis und das teilweise Verstehen ihrer Beziehungen zu anderen Menschen, gekoppelt mit der Stützung, die das Angenommensein durch die anderen Gruppenmitglieder bedeutete, waren für Agnes höchst wichtig. Einige Monate später erlitt der Ehemann einen Herzanfall, der zum Tod führte. Dieses Trauma löste zwar bei Agnes eine reaktive Depression aus, sie dauerte aber nicht sehr lange und führte nicht, wie sie es erwartet hatte, zu vollständiger Invalidität.

*Henry* trat mit einer Miene der Niedergeschlagenheit in die Gruppe

ein; er machte sich bemerkbar, indem er äußerte, er sei vollkommen unfähig, beruflich oder gesellschaftlich zu funktionieren. Er wandte sich ständig an den Therapeuten und bat, er solle ihm sagen, was zu tun sei. Als er vom Therapeuten kein »Rezept« bekam, wandte er sich an die Gruppe und bat fortwährend um eine Beurteilung seines Problems und seiner Fortschritte. Er identifizierte sich offenkundig mit Joans Hilflosigkeit, und es gelang ihm, die Angst der Gruppenmitglieder in bezug auf ihre eigenen Abhängigkeitsbedürfnisse zu provozieren. In Reaktion auf ihre eigenen Ängste ergriffen einige Gruppenmitglieder verschiedene Abwehrmaßnahmen. Hilda ermutigte ihn, sich auf Kindheitserlebnisse zu besinnen und machte ein paar oberflächliche Vorschläge im Hinblick auf Arbeitsmöglichkeiten. Jack wurde Henry gegenüber äußerst feindselig. Er schlug erniedrigende Beschäftigungen vor, die Henry annehmen könnte, »damit er etwas zu tun hätte«. Mabel versuchte, ihn unter ihre Fittiche zu nehmen, als sei er ein kleines, hilfloses Kind. Sie ermutigte und stützte, beriet ihn in bezug auf Arbeitsmöglichkeiten und versuchte, ihn vor Jacks Feindseligkeit zu schützen.

Am Anfang suchte Henry die Aufmerksamkeit, die die Frauen der Gruppe ihm schenkten, und »badete« sich in ihr. Auf Jacks Feindseligkeit reagierte er mit Schmollen und dem Ausdruck von Gefühlen der vollständigen Niederlage. Er suchte auch in passiver, unselbständiger Weise beim Therapeuten nach Unterstützung und äußerte sein Bedürfnis, vor Jack geschützt zu werden. Er nahm weiterhin die Aufmerksamkeit und Besorgnis an, die andere Gruppenmitglieder ihm gegenüber zeigten, er sagte auch, daß er sie zu schätzen wisse, und er funktionierte weiterhin so, daß er sich selbst Niederlagen beibrachte. Als man sich auf seine Beziehung zum Therapeuten konzentrierte, wurde die latente Bedeutung seiner Reaktionen deutlicher. Offenkundig suchte er zwar Hilfe, aber sein wiederholtes Versagen stellte einen Versuch dar, die Tüchtigkeit und Zulänglichkeit der Vaterfigur herabzusetzen und zu leugnen. Wenn die Gruppe Henry nach seinen Tätigkeiten fragte, war er immer bereit, seine Unfähigkeit zu beschreiben, irgendeine Unternehmung zu Ende zu führen und Erfolg zu haben. Er beschrieb seine Frustration in der Ehe und seine Unfähigkeit, jemals sexuelle Befriedigung zu erleben. Seine Frau herrschte über seine Handlungen, sie hatte immer die endgültigen Entscheidungen in bezug auf alle Unternehmungen innerhalb oder außerhalb des Heims getroffen. Als die Kinder kamen, begann er ein gewisses Gefühl seines eigenen Wertes zu erleben — wenigstens die Kinder waren von ihm abhängig, und so konnte er zeitweilig eine gewisse »Machtstellung« einnehmen. Als die Kinder heranwuchsen

und sich selbständig machten, begann sich Henrys »Machtgefühl« aufzulösen. Als die Kinder heirateten und selber Familien gründeten, begannen Henrys Abwehrmechanismen gegen seine eigenen Abhängigkeitsbedürfnisse unwirksam zu werden, was die Vorahnung überwältigender Angst zur Folge hatte. Als die Gruppe sich auf Henrys Passivität konzentrierte und sie explorierte, war er bereit, sich an jede Hilfsquelle zu hängen. Wenn jedoch ein Bereich möglicher Erfolge untersucht wurde, zeigte er sich stark irritiert und begann, sich zurückzuziehen. Eines Tages fragte Jack ihn, wieviel Geld er auf der Bank habe, worauf er mit starker Angst und abrupter Feindseligkeit reagierte und sagte: »Ich bin hierher gekommen, um Hilfe bei meinen Schwierigkeiten zu bekommen, nicht um meine Bankauszüge vorzuzeigen!« Auf weitere Fragen erfuhr man, daß Henry eine relativ große Geldsumme hatte ansammeln können, daß er aber fürchtete, wenn dies bekannt würde, würde man ihn auffordern zu geben, und er würde seine Rolle der Abhängigkeit in der Gemeinschaft verlieren.

Nachdem Henry »preisgegeben« hatte, daß ihm Erfolge möglich waren, begann sich die Gruppe auf seine Passivität als Hindernis auf dem Weg zur Entwicklung einer dominanten, zur Selbstbehauptung fähigen Rolle zu konzentrieren. Die Art seiner Interaktionen mit Jack begann, sich zu verändern. An die Stelle offenkundiger Passivität traten aggressive Ausbrüche. Er begann, für Jacks herausfordernde Bemerkungen Vergeltung zu üben und verlor so seine Rolle als das »Baby« der Gruppe.

Zwar manifestierten sich in Henrys Verhalten und in seinen Träumen weiterhin starke Abhängigkeitsbedürfnisse, aber er begann doch, Initiative und aktive Aggressivität zu zeigen. Nach mehreren Jahren der Arbeitslosigkeit beschaffte er sich eine Stellung und behielt sie fünf Monate lang erfolgreich bei. Er erlebte Erfolg bei der Arbeit und verließ die Stelle nur, weil der Arbeitgeber seine Unkosten herabsetzen mußte.

Der Umstand, daß Henry akzeptiert wurde und die Unterstützung, die er in der Gruppe erlebte, verstärkt durch erfolgreiche Betätigung in seiner Umwelt, führte zur Entwicklung größerer Ich-Stärke. Dies ermöglichte ihm eine aktivere Teilnahme in der Gruppe und auch Aktivität außerhalb. Er begann in seiner Ehe eine beherrschendere Rolle zu spielen und wurde durch Erlebnisse der Befriedigung belohnt, und nicht durch eine Wiederholung früherer Frustrationen.

Lila kam mit sehr viel Eifer und Angst in die Gruppe. Sie erwartete, sie werde aus den Erfahrungen anderer viel »lernen«, aber sie war sehr besorgt, ob die anderen Gruppenmitglieder ihre Probleme akzeptieren

würden. Ihr Eintritt in die Gruppe erfolgte zu einem Zeitpunkt, als die Gruppenmitglieder untereinander schon eine integrierte therapeutische Arbeitsbeziehung gebildet hatten. Die multiplen Übertragungs-Interaktionen waren zu dieser Zeit positiv, und Lilas Reaktion auf die erlebte »Offenheit« und »Freundlichkeit« der Gruppe hatte zur Folge, daß sie sich »völlig wohl« fühlte.

Während der zweiten Sitzung, an der sie teilnahm, konnte sie sowohl ihre positiven Gefühle gegenüber allen Gruppenmitgliedern äußern als auch negative Reaktionen auf spezifisches Verhalten. Sie brachte auch das Gefühl zum Ausdruck, sie könne ihre Probleme ohne große Besorgnis berichten, und sie hatte das Gefühl, die anderen Gruppenmitglieder würden ihr Hilfe anbieten. Sie brachte dann eine Zusammenfassung ihrer Lebensgeschichte. Sie beschrieb Erlebnisse und Konflikte aus der Kindheit und aus ihrem Erwachsenen-Leben. Bei der Beschreibung ihrer Kindheitserlebnisse betonte sie ihr Bedürfnis und ihre Versuche, den Idealen und Forderungen ihrer Mutter zu entsprechen. Zurückhaltend war sie nur in bezug auf ihre beruflichen Verhältnisse. Lilas Wunsch, den Gruppenmitgliedern etwas zu geben und eine Beziehung zu ihnen zu schaffen, führte dazu, daß sie sofort in den »Kreis der Gruppe aufgenommen wurde«. Nach einigen weiteren Sitzungen begann sie, ihre spezifischen Bedürfnisse zu äußern — »Ich möchte, daß Sie (die Gruppe) mir helfen«. Die offene Äußerung von Bedürfnissen und Wünschen verstärkte die positiven Reaktionen der Gruppe. Der Therapeut stellte diese Interaktion in den Brennpunkt und ermutigte andere Gruppenmitglieder, ihre Wünsche offen und spezifischer zu äußern.

Lila setzte ihre aktive Teilnahme innerhalb des psychotherapeutischen Gruppenprozesses fort. Typischerweise lieferte die Gegenwart anderer Gruppenmitglieder, die Patienten waren (wie in jeder Gruppe der analytischen Psychotherapie), Lila eine Gelegenheit, multiple Übertragungsbeziehungen herzustellen. Interaktionen deckten die beständige Haltung des übermäßigen Behütens einer Mutter gegenüber ihrem einzigen Kind auf, ebenso die wirksame Lösung früher Abhängigkeitsbedürfnisse. Obwohl Lila eine Ausbildung und beruflichen Erfolg hatte erringen können, hatte sie sich nie als eine adäquate Person erlebt, die in einer interpersonellen Beziehung gut funktionieren könnte. Sie suchte heterosexuelle Beziehungen, schützte sich aber vor jeder Dauerbindung, indem sie sich an die Situation des Lebens im Elternhaus klammerte. Als ihre Mutter starb, benützte sie die Notwendigkeit, für ihren alternden Vater zu sorgen, als Abwehr gegen das Eingehen auf eine eheliche Beziehung. Auf den Tod ihres Vaters und den Verlust ihres Abhängigkeits-Objekts rea-

gierte sie mit intensiver Angst und sie begann, sich auf sich selber zurückzuziehen. Da sie in den multiplen Übertragungsbeziehungen arbeitete, konnte Lila ihre starken Abhängigkeitsbedürfnisse durcharbeiten und begann, außerhalb der Gruppensituation gegenseitig befriedigende Beziehungen aufzubauen. Nachdem sie 18 Monate in der Gruppe gewesen war, entwickelte sie eine Beziehung zu einem Mann. Sie hatte das Gefühl, diese Beziehung sei für beide befriedigend, und ihre Beziehungen zu Kollegen wurden bedeutungsvoller. Sie erlebte auch das Gefühl, in ihrer Arbeit etwas zu leisten. Bald danach verließ sie die Gruppe und sagte, nach ihrem Gefühl habe sie das Ziel erreicht, um dessentwillen sie in die Gruppe eingetreten sei. Die anderen Gruppenmitglieder sahen sie zwar nicht gern gehen, gaben aber zu, daß sie nun selbständig weiter wachsen und reifen könne. Ihr Bedürfnis, andere zu füttern, um ihre eigenen Abhängigkeitsbedürfnisse abzuwehren, war aufgelöst worden, und sie war nun in der Lage, interdependente, gegenseitig befriedigende Beziehungen herzustellen.

### *Reflexionen über den therapeutischen Gruppenprozeß*

Eine Analyse des psychotherapeutischen Gruppenprozesses zeigt, daß der Therapeut in der auf ihn konzentrierten Anfangsphase imstande war, sowohl Stützung zu bieten als auch eine Figur darzustellen, mit der die Patienten sich identifizieren konnten. Auf Stichworte des Therapeuten hin ahmten die Patienten ihn anfänglich nach und begannen dann, spontan miteinander zu interagieren. Je mehr dieser Prozeß sich fortsetzte, desto mehr begann die intellektuelle Fassade der Gruppe abzubrockeln. Obwohl die Patienten sich dessen nicht bewußt waren, manifestierten sich die Wirkungen emotionaler Bindungen in ihren Interaktionen. So bekam der Therapeut geeignete Gelegenheiten einzugreifen, indem er individuelle und Gruppenwiderstände in den Brennpunkt rückte.

Das Verständnis für die Psychodynamik jedes einzelnen Patienten wuchs nur relativ langsam. Nach Bills Ausscheiden und dem Eintritt von Henry, Joan und Agnes wurde das Verständnis für das Verhalten jedes Einzelnen dem Therapeuten bewußter zugänglich. Im Lauf der Zeit wurde deutlich, daß jeder Patient auf seine Weise lebenslang gewohnte neurotische Verhaltensschemata agierte. Der Therapeut verhielt sich weder nachsichtig noch ablehnend und akzeptierte das Recht jedes Mitglieds auf seine eigenen Gefühle und Wünsche. Infolgedessen begann die Starre abzunehmen, was dazu führte, daß die Patienten sowohl sich



selbst als auch andere in der Gruppe akzeptieren konnten. So wurden die Gruppenmitglieder fähig, mit mehr Vertrautheit zueinander in Beziehung zu treten; sie untersuchten intimere Einzelheiten aus ihrem Leben und boten einander nicht intellektuelle, sondern emotionale Unterstützung.

Es manifestierten sich sehr verschiedenartige Abwehrmechanismen, aber die vorherrschendsten und beharrlichsten waren Passivität, Verleugnung (von Abhängigkeitsbedürfnissen), emotionale Distanziertheit und Depression. Nach sorgfältiger Prüfung stellte sich auch heraus, daß der häufigste auslösende Faktor, der den Patienten in die Therapie führte, der tatsächliche oder vorausgeahnte Verlust der Abhängigkeitsfigur war. Sobald die Patienten anfangen, miteinander zu interagieren, begann der Therapeut, die Bedeutung und Wirksamkeit der Abwehrmechanismen in den Brennpunkt zu rücken. Dadurch, daß sie Joans Selbstmordversuch durcharbeiteten, erkannten und verstanden die Gruppenmitglieder zum erstenmal, daß Verhaltensweisen die Folge unbewußter Bedürfnisse und Triebe sein können. Sie erkannten auch den Prozeß, durch den diese unbewußten Kräfte bewußt gemacht werden können. Sie bemerkten und benützten weiterhin Stichworte des Therapeuten; sie boten zwar Ich-Stützung, begannen aber auch, ihre eigenen Interaktionen und Träume zu sondieren und zu analysieren — ebenso die der anderen. Dieses Vorgehen ermöglichte und verstärkte die fortwährende Entwicklung von Ich-Stärke, was wiederum den psychotherapeutischen Gruppenprozeß ausmachte. Die anfängliche Schulklassenatmosphäre der Gruppensitzungen verschwand, und der Therapeut war nicht mehr der Lehrer, sondern wurde zu einem Objekt für Übertragungsbeziehungen. Die emotionelle Interaktion wurde spontaner, und in den Beziehungen der Patienten untereinander manifestierten sich multiple Übertragungen.

Die Analyse der multiplen Übertragungsreaktionen der verschiedenen Patienten offenbarte ein Agieren neurotischer Verhaltensmuster als Versuch, mit ungelösten Abhängigkeitsbedürfnissen fertigzuwerden. Hildas Bemühung um äußerste Selbstgenügsamkeit, d. h. ein ständiges Angebot, ohne jemals irgendetwas von jemand zu erbitten oder anzunehmen, war symptomatisch für eine Reaktionsbildung. Obwohl ihr Leben voll von Aktivität und Verantwortung war, hatte sie niemals Gefühle der persönlichen Nähe oder der emotionalen Befriedigung erlebt. Mabel versuchte erfolglos, ihr Bedürfnis nach Abhängigkeit von der mächtigen Mutterfigur zu verleugnen, indem sie sich ständig als »Hausherrin« aufführte. Sie äußerte keine Wünsche oder Gedanken für sich selber, war aber dadurch vollständig frustriert, daß ihre Bemühungen von anderen, be-

sonders von ihrem Mann und ihren Söhnen, nicht richtig oder freundlich akzeptiert und genützt wurden. Die frühe Angst und Befürchtung, ihre Kinder mit einem Messer zu verletzen, waren mit Inzest-Schuldgefühlen verbunden, die durch Verzerrung zu einem Gefühl der Macht über diese jungen Menschen geworden waren. Als der älteste Sohn, nachdem er zwei Ehen hinter sich hatte, eine dritte Ehe eingehen wollte, wurden Mabels starke Sexualtriebe reaktiviert. Im Unbewußten erlebte sie das Verhalten des Sohnes als eine Spiegelung ihrer eigenen „beherrschten« sexuellen Bedürfnisse, von denen sie fürchtete, sie könnten in unbeherrschtem promiskuoßem Verhalten ausbrechen. Diese sexuellen Bedürfnisse manifestierten sich in ihren „sexuellen Regungen“ in Gegenwart jedes beliebigen männlichen Wesens, ganz gleich, welchen Alters oder welcher Art (z. B. kleiner Kinder und Tiere). Agnes wählte einen Beruf und ein frühes „Boheme-Leben«, um der Welt ihre Unabhängigkeit zu zeigen und um sie sich selber ständig neu zu bestätigen. Als jedoch der abgewiesene Freier mit Selbstmord drohte, heiratete sie ihn, um dieses Abhängigkeitsobjekt nicht zu verlieren. Jack leugnete zwar ständig und nachdrücklich alle Bedürfnisse, verwendete aber fortwährend passiv-aggressive Mittel, um andere zu manipulieren, so daß sie etwas für ihn taten. Henrys bedrückendes Gefühl vollkommener Unzulänglichkeit zur Zeit seines Behandlungsbeginns war dadurch ausgelöst worden, daß seine Kinder nicht mehr von ihm abhängig waren. Diese Kinder waren die einzigen Menschen, über die er jemals Macht gehabt hatte, und sie stellten geeignete Objekte für eine Reaktionsbildung dar. Die starken Angstreaktionen der anderen Gruppenmitglieder lassen sich ebenfalls auf eine derartige Auflösung und/oder ein Versagen früherer Abwehrmechanismen zurückführen.

Das von den Patienten am häufigsten geäußerte Gefühl war das der Depression. Man kann fragen — warum eine depressive Reaktion? Eine Exploration früherer Lebensschemata zeigt, daß die Depression schon immer dagewesen war. Weitere Beobachtung zeigt, daß zwar jeder Patient (in größerem oder geringerem Maß) an verschiedenen Unternehmungen aktiv beteiligt gewesen sein mag, es hat aber den Anschein, als ob keiner dieser Menschen auf Dauer irgendeine emotionale Befriedigung erlebt hätte. Es scheint so, als hätten diese Menschen niemals wirkliche Befriedigung erfahren und als hätten sie ihre orale Abhängigkeit niemals aufgelöst. Keiner dieser Patienten hat anscheinend seine starken Abhängigkeitsbedürfnisse erkannt, und keiner hat gemerkt, welch unangemessene, frustrierende Mittel er verwendet hat, um diese Bedürfnisse zu befriedigen. Ein Blick auf die Lebensgeschichte zeigt, daß ursprüng-

liche Kindheits-Abhängigkeit (mit oder ohne Förderung von außen) die Illusion genährt hat, die Mutter (der Vater) sei eine Quelle unbegrenzter Befriedigung. Man kann ferner feststellen, daß die Versagung dieser Bedürfnisse in den weiteren Jahren der Kindheit meistens als Ablehnung durch die allmächtige Figur erlebt wurden, und nicht als Grenzen der Eltern. Das Kind, unfähig, Eigeninitiative zu entwickeln und potentielle Quellen der Befriedigung zu erforschen und dann Befriedigung zu erleben, verstärkte und verewigte die verzerrte Anschauung, in der die Elternfigur als einzige mögliche Quelle der Befriedigung erschien. Da das Bedürfnis nach fortgesetzter Abhängigkeit sich verstärkte, und in dem Bestreben, die Befriedigung wiederzugewinnen und/oder zu behalten, entwickelte das Kind verschiedene Abwehrmechanismen. In manchen Fällen führte weitere Versagung zu Ressentiment und kann dann, bei einem Versuch, sich Selbstbefriedigung zu verschaffen, zur Introjektion der allmächtigen Figur geführt haben. Mißerfolge in dieser neuen Rolle scheinen dazu geführt zu haben, daß Groll und Feindseligkeit sich nach innen, gegen die introjizierte Elternfigur, richteten. So erlebt das Individuum einen Verlust seines Selbstvertrauens, ein erniedrigtes Selbstbild und Selbstablehnung. Der ältere Mensch benimmt sich oft, wie man es bei Jugendlichen mit ähnlicher Charakterstruktur sehen kann, in einer Weise, die zur selbst herbeigeführten Niederlage führt, was der Autor »Niederlage durch Unterlassung« (defeat by default) genannt hat. Die Vorahnung des Mißerfolgs und die drohende Frustration führen zu einem Vermeiden von Initiative. Die bewußte Wahrnehmung von Abhängigkeit, wie diese Menschen sie erlebten, war ein Zeichen von Schwäche, etwas, was ein »Erwachsener« nicht haben sollte. Diese durch die Abhängigkeit symbolisierte Schwäche wurde daher abgelehnt, und der einzelne erwartete auch, daß andere sie ablehnen würden. Die Abhängigkeitsbedürfnisse mußten mit Hilfe von Reaktionsbildung und anderen Abwehrmechanismen verdrängt werden. Man sieht auch, daß manche Patienten versuchten, die Abhängigkeitsbeziehung aufrechtzuerhalten, indem sie eine Umkehrung der Rollen vornahmen, d. h. das abhängige Individuum versuchte, bei einem »kranken« und/oder »alternden« Elternteil, einem Geschwister, einem untüchtigen Ehepartner oder anderen Menschen eine »nährende« Rolle zu spielen.

Im Fortgang des Alterungsprozesses zwingen meistens die Herabsetzung der physischen Aktivität (die auf biologischen Veränderungen beruht), die Wandlung von Familien- und Sozialbeziehungen und die kulturbedingten Einstellungen zu alten Menschen diese, der Realität ins Gesicht zu sehen. Diejenigen, die versucht haben, ihre Abhängigkeitsbe-

dürfnisse durch die Entwicklung einer Beziehung der vertauschten Rollen zu verleugnen, verlieren irgendwann die »nährende« Figur durch den Tod (wie es Jack geschah, als seine Frau starb), oder sie fürchten den Verlust der Objektbeziehung zur »nährenden Figur« (wie wir es am Beispiel Joans gesehen haben, als ihr Sohn heiraten wollte). Dieser Objektverlust, ob tatsächlich oder vorweggenommen, ruft häufig die latenten Gefühle des Verlassenwerdens und der Vernichtung auf den Plan, die ihrerseits zu überwältigender Angst und/oder einer Panikreaktion führen. In anderen Fällen kann der alte Mensch starke Abhängigkeitsbedürfnisse nicht länger durch übertriebene körperliche Betätigung verbergen und beginnt deswegen, die Wirkungen der frühen schwachen Ich-Entwicklung wieder zu erleben. Die Depression und die damit einhergehende Neigung zur Absonderung, manifestiert durch Impotenz, abnehmende berufliche und soziale Aktivität, werden zu einer weiteren Abwehrmaßnahme, um die brüchige Ich-Struktur einzukapseln und vor den als destruktiv erlebten äußeren Kräften zu schützen. Der ältere Mensch ist nicht mehr in der Lage, sich erfolgreich der Bedrohung entgegenzustellen, die er als von außen kommend erlebt; er muß also neue Methoden der Selbstbewahrung suchen und entwickeln. Da er der zeitweiligen Wirksamkeit früherer Abwehrmechanismen beraubt ist, ist seine letzte Zuflucht der Rückzug in ein Gehäuse der Apathie. Das starke Ressentiment und die feindselige Aggression, die aus den Verlassenheitsgefühlen resultieren, wenden sich gegen die introjizierte Elternfigur.

Die wichtigsten therapeutischen Kräfte und Vorteile des psychotherapeutischen Gruppenprozesses sind die multiplen Übertragungsbeziehungen und -interaktionen und die Konfrontation der Patienten mit Realitätsfaktoren. Die zusätzlichen Vorteile der Begrenzung der Gruppenkonstellation in bezug auf den Altersspielraum liegen für den alten Menschen darin, daß jeder Einzelne erleben kann, wie es ist, unter seinesgleichen zu sein. Der Umstand, daß es von anderen angenommen wird, befähigt das Individuum, seine Konflikte als eine Manifestation ungelöster frühkindlicher Bedürfnisse zu akzeptieren und in ihnen nicht nur eine Manifestation von Schwäche zu sehen. Der Mensch kann auch eine Fähigkeit entwickeln, andere zu akzeptieren und zu ihnen auf einer Basis der Gegenseitigkeit in Beziehung zu treten. Er erlernt angemessene Methoden, sein Bedürfnis, Hilfe anzunehmen und anderen Hilfe zu geben, zum Ausdruck zu bringen. Dieses Geben, Nehmen und Teilen bringt eine zunehmende Entwicklung von Ich-Stärke mit sich, und läßt den Menschen sich selbst als Individuum erleben. Die Ich-Grenzen werden flexibler und seine Mobilität wird weniger eingeschränkt; daraus

folgt eine Veränderung des Selbstbildes. Das Gewährwerden seiner selbst als einer Einheit in der rekonstruktiven Psychotherapiegruppe scheint für den alten Menschen ein vollständig neues Erlebnis zu sein. Mit dem Gewinn von Ich-Stärke und der Wandlung seines Selbstbildes wird der Patient befähigt, seine Bedürfnisse angemessen auszudrücken, und er sucht nun außerhalb der therapeutischen Konstellation Befriedigung. Diese Situation wird veranschaulicht durch Henrys Wandlung von vollständiger Fügsamkeit und Unterwürfigkeit zu einer Lage, in der er fähig war, an der Versammlung einer Bruderschaftsorganisation teilzunehmen und zum erstenmal seine Mitgliedsrechte zu fordern.

Gruppenpsychotherapie ist kein Allheilmittel zur Behandlung aller psychischen Probleme alter Menschen und sollte auch nicht als ein solches angesehen werden. Obwohl sich die Gruppenpsychotherapie bei dieser Altersgruppe als höchst wirksam erwiesen hat, hat sie auch ihre Grenzen, die sich auch in der beschriebenen Gruppe gezeigt haben. Ein eindeutiger therapeutischer Mißerfolg war Bill. Es fragt sich, ob die Tatsache, daß Bill von der Gruppenpsychotherapie keinen Nutzen hatte, auf eine falsche Auswahl, auf die emotionelle Reaktion der anderen Patienten auf ihn oder darauf zurückzuführen ist, daß er prognostisch ein sehr schlecht geeigneter Kandidat für Psychotherapie war. Der Autor ist der Meinung, daß die ersten beiden Faktoren und möglicherweise auch der dritte beteiligt waren. Der Therapeut ließ es zu und billigte damit vielleicht auch unabsichtlich, daß die Gruppe von Bill forderte, er solle seine Abhängigkeit von seinem Sohn aufgeben. Der Therapeut tat auch nichts, um den Sohn daran zu hindern, Bill aus der Therapie zu nehmen (es wurde keine Nachuntersuchung vorgenommen, wobei man Bill hätte ermutigen können, in die Gruppe zurückzukehren oder eine Einzeltherapie zu beginnen). Es ist auch möglich, daß Bills fehlende Teilnahme an irgendwelchen Betätigungen in der Außenwelt ihm das Gefühl gegeben hat, anders als die anderen und darum in der Gruppe ein Einzelgänger zu sein. Wenn das so war, mag es ratsam sein, solche (gesellschaftlich isolierte) Patienten in Aktivitätsgruppen wie »Golden Age«, »Gruppen für soziale Rehabilitation« oder in Tagesstätten für ältere Menschen unterzubringen. Die Teilnahme an täglichen Unternehmungen zusammen mit anderen Menschen kann dem gesellschaftlich isolierten Individuum dazu verhelfen, Gefühle des Angenommenseins, der Ermutigung und der Anerkennung für seine Bemühungen zu erleben. Bei fortgesetzter Betätigung wird der ältere Mensch vielleicht anfangen, Befriedigung über seine Leistungen zu empfinden und das Gefühl der völligen Nutzlosigkeit und Frustration abzulegen oder mindestens zu verringern.

Die psychoanalytische Behandlung des älteren Menschen durch Gruppenpsychotherapie hat eine Fülle von Beweisen dafür geliefert, daß diese Methode, mit seltenen Ausnahmen, umstrukturierende psychische Veränderungen bewirken kann. Der Grad der Veränderung ist meistens verschieden, und wir müssen anmerken, daß Erfahrungen mit dieser Altersgruppe im Vergleich mit jungen Erwachsenen zeigen, daß der Grad des psychotherapeutischen Fortschritts nicht ausschließlich vom Alter abhängt. Menschen, die mit fünfundsechzig Jahren und später Gruppenpsychotherapie begonnen und sie bis in ihre Siebzigerjahre fortgesetzt haben, zeigten Persönlichkeitsveränderungen, die von einer erfolgreichen Umstrukturierung zeugten. Andererseits gibt es die seltene Ausnahme, wo die Therapie ohne merkbare Veränderung beendet wird (z. B. Bill). Es gibt auch einige Patienten, die verschiedene Grade der Veränderung zeigen; sie schwanken zwischen einem Zustand der Funktionstüchtigkeit und fast völliger Hilflosigkeit; sie scheinen mehr oder weniger lebenslänglich Psychotherapie zu brauchen. Wir vermuten, daß für diese letztere Gruppe typische Individuen in ihrer Frühentwicklung (höchstwahrscheinlich im ersten Lebensjahr) traumatische Erlebnisse der affektiven Aushungerung und des Zuwendungsmangels erlebt haben, und daß die mangelhafte ursprüngliche Ich-Bildung *fixiert*, wenig wandlungsfähig und vor allem nicht auf die Dauer zu ändern ist. Diese Menschen, ob jung oder alt, werden höchstwahrscheinlich immer auf einem Niveau der oralen Abhängigkeit funktionieren; sie brauchen ständige »nährende« Objektbeziehungen und Ich-Stützung, damit sie überhaupt auf einem lebensfähigen Niveau funktionieren können. Ihre Bedürfnisse oraler Abhängigkeit können nicht gestillt werden, und der Verlust von »nährenden« Objektbeziehungen wird als eine überwältigende Bedrohung einer sehr brüchigen Ich-Struktur erlebt. Agnes (aus der im Vorhergehenden beschriebenen Gruppe) kann als Beispiel für das affektiv ausgehungerte und an Zuwendungsmangel leidende Individuum gelten. Solange sie sich erinnern konnte, hatte die Mutter die ältere Schwester vorgezogen und Agnes ständig Zuwendung verweigert und sie abgelehnt. Man darf annehmen, daß der Affektmangel von Geburt an bestanden und schon in der ursprünglichen Ich-Entwicklung eine Verzerrung bewirkt hat. Obwohl Agnes während ihrer Psychotherapie gelegentlich Hilfe und Stützung erlebte, schien kein bleibender positiver Effekt einzutreten. Wenn ihre Abhängigkeitsbedürfnisse und -forderungen befriedigt wurden, fühlte sie sich »besänftigt« und konnte relativ tüchtig funktionieren. Die Schwelle ihrer Frustrationstoleranz lag jedoch niedrig, und wenn ihre Forderungen nicht sofort erfüllt wurden, reagierte sie mit starker Feind-

seligkeit und Drohungen. Sie gab auch die Behandlung mehrmals auf, als sie sich »gut« fühlte; der Verlust der notwendigen Ich-Stützung, die ihr das psychotherapeutische Erlebnis verschaffte, führte dann zu einer Verschlechterung ihres Funktionierens, wodurch sie sich gezwungen sah, wieder zur Psychotherapie zurückzukehren.

### *Zusammenfassung*

Wir rekapitulieren: ein Jahrzehnt der Erfahrungen mit älteren Menschen hat signifikante Beweise für die Wirksamkeit psychoanalytisch orientierter Behandlung dieser Altersgruppe durch Gruppenpsychotherapie geliefert. Eine wirksame psychotherapeutische Beziehung läßt sich in relativ kurzer Zeit herstellen. Wenn man am Anfang der Behandlung den Altersspielraum dieser Gruppe begrenzt, kann man meistens destruktive Übertragungsbeziehungen vermeiden, die durch die Anwesenheit jüngerer Menschen (»Kinder«) gefördert werden. Der ältere Mensch muß sich nicht als »Elternfigur« verteidigen, sondern kann sich zu Gleichgestellten in Beziehung setzen. Eine derartige Konstellation ermöglicht den Gruppenmitgliedern zusätzliche Identifikation untereinander und erleichtert die Wahrnehmung individueller und wechselseitiger Reaktionen in multiplen Übertragungsbeziehungen. Initialreaktionen isolierter Individuen werden ersetzt durch emotionelle Interaktion mit anderen, die zum Zustandekommen eines psychotherapeutischen Prozesses innerhalb einer funktionierenden Gruppe führt. Diese Veränderungen, die mit einer Nachahmung des Therapeuten beginnen, entwickeln sich schon bald darauf spontan. Manifestationen der Ich-Stärkung und der umstrukturierenden Psychotherapie sind im offenkundigen Verhalten, in Übertragungs-Interaktionen sowie auch in Träumen zu beobachten, die die Patienten erzählen und zu denen sie assoziieren. Die wichtigsten psychotherapeutischen Kräfte in der Gruppenpsychotherapie sind: die Möglichkeit zur Entwicklung von multiplen Übertragungen und die Konfrontation der Patienten mit Realitätsfaktoren. Die Interaktionen im Gruppenpsychotherapie-Prozeß haben die Tendenz, das Bewußtwerden der Dynamik der jeweiligen Störungen bei den einzelnen Gruppenmitgliedern zu aktivieren. Die Bewußtmachung und das Durcharbeiten innerhalb der multiplen Übertragungsbeziehungen ermöglichen eine heilsame Modifikation von »eingefahrenen« Haltungen und Reaktionsweisen. Die meisten emotionalen Probleme älterer Menschen scheinen eine Weiterführung früher Konflikte zu sein. Die Verschärfung dieser



Konflikte ist meistens eine Folge der Auflösung früherer Abwehrmechanismen, z. B. Reaktionsbildung, Kompensation usw. Die Ergebnisse der mit alten Menschen gemachten Erfahrungen in der Gruppenpsychotherapie stellen signifikante Beweise dar für den Wert dieser Technik zur Vermeidung von psychischen Krankheiten, sowie als Hilfe für Menschen mit emotionalen und psychischen Problemen.

### *Literatur*

- Busse, E. W. (1955): Treatment of the non-hospitalized, emotionally disturbed person, *Geriatrics*, 11, 173—179.
- Ebaugh, F. G. (1956): Age introduces stress into family, *Geriatrics*, 11, 146—150.
- Fink, R., Shapiro, S., Goldenson, S. et al. (1969): The filter-down process to psychotherapy in a group practice medical care program, *Amer. Public Health*, 59,2, 245—257.
- Goldfarb, A. I. (1955): Psychotherapy with aged persons; patterns of adjustment in a home for the aged, *Ment. Hyg., N. Y.* 39, 609—621.
- Gronewald, T. W. (1956): Involutional psychotic reactions, *J. Lancet* 76, 8—10.
- Grotjahn, M. (1955): Analytic psychotherapy with the elderly, *Psychoan. Rev.* 42, 419—427.
- Kahn, E., Fisher, C. und Liebermann, L. (1969): Dream recall in the normal aged, *J. Amer. Ger. Soc.*, 17, 12, 1121—1126.
- Kopits, I. (1970): Observations on 750 geropsychiatric patients, *J. Amer. Ger. Soc.*, 18, 5, 353—364.
- Krasner, J. D. und Marks, M. (1966): The psychoanalytic treatment of the elder person via group psychotherapy. II. Anxiety reaction precipitated by threat of separation or object loss. Presented at the annual conferences of the American Group Psychotherapy Association, Philadelphia, Pa.
- Linden, M. E. (1953): Group psychotherapy with institutionalized senile women. Study in gerontologic human relations, *Int. J. Group Psychother.* 3, 159—170.
- (1955): Transference in gerontologic group psychotherapy, *Int. J. Group Psychother.* 5, 61—80.
- (1956): *Geriatrics*; in Slavson, S. R.: *The Fields of Group Psychotherapy*, 129—152 (International Universities Press, New York).
- Pfeiffer, E., Vervoerdt, A. und Wang, H. S. (1968): Sexual behavior in aged men and women. I. Observation on 254 community volunteers, *Arch. Gen. Psychiat.*, 19, 6, 753.
- Stern, K., Smith, J. M. und Frank, M. (1953): Mechanisms of transference and counter-transference in psychotherapeutic and social work with the aged, *J. Geront.* 8, 328—332.
- Wayne, G. J. (1955): Modified psychoanalytic therapy in senescence, *Psychoan. Rev.*, 42, 419—427.

## GESAMTLITERATUR-VERZEICHNIS

- Ackermann, N. (1954): Some Structural Problems in the Relations of Psychoanalysis and Group Psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 4, 4—131.
- Alnaes, R. (1963): Soziometrie und Gruppenanalyse, *Acta psychiatr. scand.*, 39, Suppl., 169.
- Balint, M. und E. (1963): *Psychotherapeutische Techniken in der Medizin*, Hans Huber, Bern und Ernst Klett, Stuttgart.
- Battagay, R. (1958): Group Therapy with alcoholics and analgesic addicts, *International Journal of Group Psychotherapy*, 8, 428.
- (1961): Die Verstärkerwirkung der therapeutischen Gruppe, *Praxis der Psychotherapie*, 6, 9.
- (1963): *Gruppenpsychotherapie und klinische Psychiatrie*, Karger, Basel und New York.
- (1964): Zur Ausbildung von Gruppenpsychotherapeuten, Arbeit mit analytischen Selbsterfahrungsgruppen, *Schweiz. Archiv Neurol. Neurochir. Psychiatr.*, 93, 346.
- Benedetti, G. (1964): *Der psychisch Leidende und seine Welt*, Hippokrates, Stuttgart.
- Berne, E. (1960): Psychoanalytic versus Dynamic Group Therapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 10, 98—103.
- Beukenkamp, C., Mullan, H. und Berger, M. M. (1958): Training in Group Psychotherapy, Symposium, *American Journal of Psychother.*, 12, Nr. 3.
- Binswanger, L. (1942): *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*, Max Niehans, Zürich.
- Boenheim, C. (1963): About the expansion of group psychotherapy in mental hospitals, Ref. 3. Int. Kongreß Gruppenpsychotherapie, Mailand, 18. bis 21. Juli 1963.
- Bour, P. (1961): Psychothérapie de groupe et psychodrame à l'hôpital psychiatrique, *Ann. Méd. Psych.*, 119, 849.
- Brack, E. (1962): Bifokale Gruppentherapie von Schizophrenen, *Zeitschrift für Psychosomat. Med.*, 8, 133.
- Busse, E. W. (1955): Treatment of the non-hospitalized, emotionally disturbed person, *Geriatrics*, 11, 173—179.
- Diatkine, R., Kestemberg, E. und Soccaras, F. (1950): Le transfert en psychothérapie collective, *L'Encéphale*, 3, 248—274.
- Durkin, H. (1964): *The Group in Depth*, International Universities Press, New York.
- Ebaugh, F. G. (1956): Age introduces stress into family, *Geriatrics*, 11, 146—150.

- Ezriel, H. (1950): A Psychoanalytic Approach to Group Treatment, *British Journal of Medical Psychology*, 23, 59—74.
- (1951): The Scientific Testing of Psycho-analytic Findings and Theory, *British Journal of Medical Psychology*, 24, 30—34.
- Fenichel, O. (1941): Problems of Psychoanalytic Technique, *The Psychoanalytic Quarterly*, New York.
- (1945): *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*, Norton, New York.
- Fink, R., Shapiro, S., Goldenson, S. et al. (1969): The filter-down process to psychotherapy in a group practice medical care program, *Amer. Public Health*, 59, 2, 245—257.
- Fort, J. P. (1955): Psychodynamics of Drug Addiction and Group Psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 5, 150.
- Foulkes, S. H. (1957): Conférence au 11<sup>e</sup> Congrès International de Psychothérapie de groupe, Zürich.
- (1964): *Therapeutic Group Analysis*, Allen and Unwin, London, International Universities Press, New York 1965.
- Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen, *Internationaler Psychoanalytischer Verlag*, London.
- Freud, S. (1914): *Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten*, *Gesammelte Werke*, Band X.
- (1917): Die Libidotheorie und der Narzißmus, in: *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, *Gesammelte Werke*, Bd. XI.
- (1921): *Massenpsychologie und Ich-Analyse*, *Gesammelte Werke*, Band XIII.
- Fried, E. (1955): Effect of Combined Therapy on Productivity, *International Journal of Group Psychotherapy*, 5, 425.
- Friedemann, A. (1957): Gruppentherapie und Gruppendiagnostik an Kindern, *Zeitschrift für Diagnost. Psychol. und Pers. Forsch.*, 5, 295.
- (1959): *Gruppenpsychotherapie*, in: *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Bd. 4, Urban und Schwarzenberg, München/Berlin.
- (1963): *Gruppenpsychotherapie in Zusammenarbeit mit Ärzten*, Ref. 3. Int. Kongr. Gruppenpsychother., Mailand, 18.—21. Juli 1963.
- Gabriel, B. (1939): An Experiment in Group Treatment, *American Journal of Orthopsychiatrie*, 9, Nr. 1.
- Ganzarin, R., Davanzo, H. und Cizaletti, J. (1958): Group Psychotherapy in the Psychiatric Training of Medical Students, *International Journal of Group Psychotherapy*, 8, 137.
- von Gebattel, V. E. (1959): Die phobische Fehlhaltung, in: *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*, Band 2, Urban und Schwarzenberg, München/Berlin.
- Genevard, G. (1961): La psychothérapie analytique de groupe, *Med. et Hyg.*, 19, 375.
- Glatzer, H. (1926): Handling Narcissistic Problems in Group Psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 12, 438—455.
- Goldfarb, A. I. (1955): Psychotherapy with aged persons; patterns of adjustment in a home for the aged, *Mental Hygiene*, N. Y. 39, 609—621.
- Greenson, R. (1967): *The Technique and Practice of Psychoanalysis*, International Universities Press, New York.
- Grinberg, C., Langer, M. und Rodrigué, E. (1960): *Psychoanalytische Gruppentherapie*, Ernst Klett, Stuttgart.

- Gronewald, T. W. (1956): Involutional psychotic reactions, *Journal Lancet*, 76, 8—10.
- Grotjahn, M. (1953): Some aspects of counter-transference in analytic group psychotherapy, *International Journal of Psychoanalysis*, 25, 95—101.
- (1955): Analytic psychotherapy with the elderly, *Psychoan. Revue*, 42, 419—427.
- Guggenbühl-Craig, A. (1956): *Erfahrungen mit Gruppenpsychotherapie*, Karger, Basel/New York.
- Harris, C. E., Brown, L. E. und Cawte, J. E. (1960): Problems of developing a groupcentered mental hospital, *International Journal of Group Psychotherapy*, 10, 408.
- Horwitz, L. (1964): Transference in Training Groups and Therapy Groups, *International Journal of Group Psychotherapy*, 14, 202.
- Hulse, W. C. (1958): Training for Group Psychotherapy in the USA and abroad, *International Journal of Group Psychotherapy*, 8, 257.
- Johnson, J. A. (1963): *Group Therapy*, McGraw-Hill, New York/Toronto/London.
- Joray, R. (1961): *Bandenbildung und Bandendelikte*, *Psychologische Praxis*, Heft 28, Karger, Basel/New York.
- Jung, C. G. (1936): *Das Unbewusste im normalen und kranken Seelenleben*, Rascher, Zürich.
- Kahn, E., Fisher, C. und Liebermann, L. (1969): Dream recall in the normal aged, *American Journal of the Geriatric Society*, 17, 12, 1121—1126.
- Kemper, W. (1959): *Psychoanalyse und Gruppen-Psychotherapie*, *Zeitschrift für Psychother.*, 9, 125.
- (1964): Zum Problem der Ausbildung von Gruppenpsychotherapeuten, *Zeitschrift für Psycho-somat. Med.*, 10, 191.
- Kielholz, P. (1959): *Klinik, Differentialdiagnostik und Therapie der depressiven Zustandsbilder*, *Documenta Geigy, Acta Psychosomatica*, 2, Basel.
- (1961): The present state of out-patient treatment of depressive states, *Psychosomatica*, 2, Nr. 1.
- (1964): *Erfahrungen in der Schweiz*, in: Laubenthal, F., *Sucht und Mißbrauch*, Georg Thieme, Stuttgart.
- Kielholz, P. und Bategay, R. (1964): Aktuelle Probleme der Medikamentensucht in der Schweiz, *Praxis*, 53, 447.
- Kopits, I. (1970): Observations on 750 geropsychiatric patients, *American Journal of the Geriatric Society*, 18, 5, 353—364.
- Krasner, J. D. und Marks, M. (1966): The psychoanalytic treatment of the elder person via group psychotherapy. II. Anxiety reaction precipitated by threat of separation or object loss. Presented at the annual conferences of the American Group Psychotherapy Association, Philadelphia, Pa.
- Kubie, L. (1958): Some Theoretical Concepts... Relation between Individual and Group Psychotherapies, *International Journal of Group Psychotherapy*, 8, 3—19.
- Lebovici, S., Diatkine, R. und Kestemberg, E. (1952): Application de la psychanalyse à la psychanalyse de groupe et à la psychothérapie dramatique en France, *Evolution Psychiatrique* 3, 397—412.
- (1958): Bilan de dix ans de thérapeutique par le psychodrame chez l'enfant et l'adolescent, *Psychiatr. Infant*, 1, 63—180.

- Lévy-Bruhl, L. (1927): Die geistige Welt der Primitiven, M. F. Bruckmann, München.
- Lewin, K. (1963): Feldtheorie in den Sozialwissenschaften, Hans Huber, Bern und Stuttgart.
- Lindemann, E. (1960): Die soziale Organisation der Lebewesen, Ref. 10. Lindauer Psychotherapiewoche (2.—7. Mai 1960). Zit. in: Battegay, R., Münchner Med. Wochenschrift, 102, 1566.
- Linden, M. E. (1953): Group psychotherapy with institutionalized senile women. Study in gerontologic human relations, International Journal of Group Psychotherapy, 3, 159—170.
- (1955): Transference in gerontologic group psychotherapy, International Journal of Group Psychotherapy, 5, 61—80.
- (1956): Geriatrics; in Slavson, S. R.: The Fields of Group Psychotherapy, 129—152 (International Universities Press, New York).
- Meyer, J. E. (1962): Katamnestiche Untersuchungen an jugendlichen Fortläufern, Zeitschrift für Psychother., 12, 49.
- Moreno, J. L. (1954): Die Grundlagen der Soziometrie, Westdeutscher Verlag, Köln-Opladen.
- (1959): Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, Georg Thieme, Stuttgart.
- Muchow, H. H. (1959): Sexualreife und Sozialstruktur der Jugend, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg.
- Mullan, H. und Rosenbaum, M. (1962): Group Psychotherapy, The Free Press of Glencoe, New York.
- Mullan, H. und Sangiuliano, R. (1961): Group Psychotherapy and Alcoholics, the Phenomenology of Early Group Interaction, Ref. 5. Int. Kongr. für Psychotherapie, 21.—26. August 1961, Wien.
- Nagelberg, L. und Rosenthal, L. (1955): Validation of Selection of Patients for »Activity Group Therapy« through the Rorschach and other Tests, International Journal of Group Psychotherapy, 5, Nr. 4.
- Napolitani, F. (1961): Report on a Psychiatric-therapeutic Community Self-administered by Patients, in: The 3rd World Congress of Psychiatry, 4.—10. Juni 1961, 107, University of Toronto Press, McGill, Montreal.
- Pfeiffer, E., Vervoerd, A. und Wang, H. S. (1968): Sexual behavior in aged men and women. I. Observation on 254 community volunteers, Arch. Gen. Psychiat., 19, 6, 753.
- Pinsky, S., Glasgow, D., und Louvier, A. (1964): Differential use of groups in development of milieu therapy programme, 6. Int. Kongr. Psychother., London, 24.—29. August 1964.
- Powdermaker, F. B. und Frank, Y. X. (1953): Group Psychotherapy, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Preuss, H. G. (1966): Wirkungs- und Indikationsbereich der analytischen Gruppenpsychotherapie (Gruppentherapie versus Einzeltherapie) in: Preuss, H. G.: Analytische Gruppenpsychotherapie, Urban und Schwarzenberg, München/Berlin/Wien.
- Racamier, P.-C. L. (1963): Indication du psychodrame analytique et des actions sociothérapeutiques dans les psychoses, Ref. séminaire int. de psychothérapie de groupe, Lausanne, 2.—5. Oktober 1963, in: Pratique de la psychothérapie de groupe, Editrice Universitaria Firenze (im Druck).

- Rangell, L. (1954): Psychoanalysis and Dynamic Psychotherapy, *Journal of the American Psychoanalytic Assoc.*, 2, 152—166.
- Sager, C. (1960): Concurrent Individual and Group Psychotherapy, *American Journal of Orthopsychiatry*, 33, 225—241.
- (1964): Interaction and Insight in Combined Treatment. Symposium, *International Journal of Group Psychotherapy*, 14, 403.
- Schill, de S. (1959): *Mental Health Groups. An Effective Form of Low-cost Psychoanalytic Therapy*, American Mental Health Foundation Inc., New York, N. Y.
- (1969): *Introduction to Psychoanalytic Group Therapy*, 6. revidierte Auflage, American Mental Health Foundation, New York.
- Schindler, R. (1958): Ergebnisse und Erfolge der Gruppenpsychotherapie mit Schizophrenen nach den Methoden der Wiener Klinik, *Wien. Zeitschrift für Nervenheilkunde und deren Grenzgebiete*, 15, 250.
- (1961): Der Gruppentherapeut und seine Position in der Gruppe, *Praxis der Psychotherapie*, 6, 1.
- Schultz, J. H. (1953): Grundsätzliches zur Suchtfrage, *Zeitschrift für Psychother.*, 3, 97.
- (1956): *Das autogene Training*, 9. Aufl., Georg Thieme, Stuttgart.
- Schwartz, E. und Wolf, A. (1962): *The Psychoanalysis of Groups*, Grune and Stratton, New York.
- Slavson, S. R. (1943): *Einführung in die Gruppentherapie*, Hogrefe, Göttingen 1956.
- (1944): Some Elements in Activity Group Therapy, *American Journal of Orthopsychiatry*, 14, Nr. 4.
- (1945): Differential Methods of Group Therapy in Relation to Age Levels, *The Nervous Child*, 4, April 1945.
- (1946 a): *Recreation and the Total Personality*, Association Press, New York.
- (1946 b): *Group Psychotherapy Today*, in: *Current Psychiatric Treatment of Personality Disorders*, hrsg. v. Bernhard Glueck, Grune and Stratton, New York.
- (1948): *Play Group Therapy für Young Childrens*, *The Nervous Child*, 7, Juli, 1948.
- (1950): *A Textbook in Analytic Group Psychotherapy*, Columbia University Press, New York.
- (1951): *Analytic Group Psychotherapy*, Columbia University Press, New York.
- (1952): *Child Psychotherapy*, Columbia University Press, New York.
- (1955): *Criteria for Selection and Rejection of Patients for Various Types of Group Psychotherapy*, *International Journal of Group Psychotherapy*, 5.
- (1956): *The Nature and Treatment of Acting Out in Group Psychotherapy*, *International Journal of Group Psychotherapy*, 6, Nr. 1.
- (1958 a): *Child Centered Group Guidance of Parents*, International University Press, New York.
- (1958 b): *Gruppenpsychotherapie*, in: Stern, E., *Die Psychotherapie in der Gegenwart*, Rascher, Zürich.
- (1961): *Group Psychotherapy and Schizophrenia*, *International Journal of Group Psychotherapy*, 11, 3.

- (1963): Steps in Sensitizing Parents (Couples) Toward Schizophrenic Children, *International Journal of Group Psychotherapy*, 13, 175—186.
- (1964): A Textbook in Analytic Group Psychotherapy, International Universities Press, New York.
- (1965 a): Reclaiming the Delinquent through Para-Analytic Group Therapy and the Inversion Technique, The Free Press of Glencoe, New York.
- (1965 b): Co-ordinated Family Therapy, *International Journal of Psychotherapy*, 15.
- (1970): Because I live here, International Universities Press, New York.
- Spanjaard, J. (1959): Transference Neurosis in Group Psychotherapy in Psychoanalysis, *International Journal of Group Psychotherapy*, 9, 31.
- Stahelin, J. E. (1947): Massenpsychologie und klinische Psychiatrie, *Schweizer Archiv Neurol. Psychiat.*, 60, 269.
- Stern, K., Smith, J. M. und Frank, M. (1953): Mechanisms of transference and counter-transference in psychotherapeutic and social work with the aged, *Journal of Gerontology*, 8, 328—332.
- Stokvis, B. (1960): Grundlagen und derzeitige Situation der Gruppenpsychotherapie, Ref. 10. Lindauer Psychotherapiewoche, 2.—7. Mai 1960, *Zeitschrift für Psychother.* 10, 129.
- Stolze, H. (1960): 10. Lindauer Psychotherapiewoche, 2.—7. Mai 1960, Zit. in: Battegay, R., *Münch. Med. Wochenschrift*, 102, 166.
- Toman, E. (1963): Die prägenden Wirkungen der Geschwisterkonstellation auf den Charakter, *Zeitschrift für Psychother.*, 13, 113.
- Wayne, G. J. (1955): Modified psychoanalytic therapy in senescence, *Psychoan. Revue*, 42, 419—427.
- Wiesenhütter, E. (1961): Gruppenbestrebungen im Licht der Sozialanthropologie, *Praxis der Psychotherapie*, 6, 13.
- Ziferstien, I. und Grotjahn, M. (1956): Psychoanalysis and Group Psychotherapy, *Progress in Neurology and Psychiatry*.



## AUTORENREGISTER

- Ackermann, N. 37, 46, 54, 382  
 Alnaes, R. 201, 255, 382
- Balint, E. 56, 247, 254, 255, 382  
 Balint, M. 56, 247, 254, 255, 382  
 Battegay, R. 56, 210, 212, 214, 219,  
 232, 242, 255, 257, 258, 382, 384,  
 385, 387  
 Benedetti, G. 226, 255, 382  
 Berger, M. 255, 382  
 Berne, E. 44, 54, 382  
 Beukenkamp, C. 232, 255, 382  
 Betlheim, St. 85  
 Binswanger, L. 200, 255, 382  
 Boenheim, C. 202, 236, 255, 382  
 Bour, P. 226, 256, 382  
 Brack, E. 226, 256, 382  
 Brown, L. E. 256, 384  
 Burrow, T. 145, 147  
 Busse, E. W. 381, 382
- Cawte, J. E. 256, 384  
 Cizaletti, J. 256, 383
- Davanzo, H. 256, 383  
 Descartes 57  
 Diatkine, R. 312, 339, 382, 384  
 Durkin, H. 41, 43, 54, 382
- Ebaugh, F. G. 381, 382  
 Eziel, H. 37, 42, 54, 326, 327, 339, 383
- Federn, P. 56, 58, 59, 60, 62  
 Fenichel, O. 30, 34, 38, 45, 48, 50, 51,  
 54, 331, 339, 383  
 Ferenczi 56, 58  
 Fink, R. 381, 383  
 Fisher, C. 381, 384  
 Fort, J. P. 217, 256, 383  
 Foulkes, S. H. 34, 42, 44, 54, 56, 223,  
 256, 326, 339, 383  
 Fran 226
- Frank, M. 381, 387  
 Frank, Y. X. 257, 385  
 Frankl, V. 64  
 Freud, A. 37, 38, 46, 54, 56, 58, 329,  
 339, 383  
 Freud, S. 30, 31, 32, 44, 45, 48, 54,  
 56, 57, 58, 61, 62, 63, 70, 74, 76,  
 179, 180, 181, 183, 189, 200, 249,  
 256, 300, 309, 317, 322, 328, 330, 383  
 Fried, E. 40, 43, 54, 383  
 Friedemann, A. 64, 201, 222, 232,  
 256, 382
- Gabriel, B. 144, 383  
 Ganzarin, R. 232, 256, 383  
 Gebssattel, V. E. von 64, 200, 256, 383  
 Genevard, G. 223, 256, 382  
 Glasgow, D. 257, 385  
 Glatzer, H. 43, 44, 54, 383  
 Glover 48  
 Glueck, B. 144, 386  
 Goldenson, S. 381, 383  
 Goldfarb, A. I. 342, 381, 383  
 Greenson, R. 48, 55, 383  
 Grinberg, C. 223, 256, 384  
 Gronewald, T. W. 381, 384  
 Grotjahn, M. 43, 55, 330, 339, 343,  
 381, 384, 387  
 Guggenbühl-Craig, A. 210, 256, 384
- Harris, C. E. 243, 256, 384  
 Herrmann 56  
 Hinckley 56  
 Horwitz 234, 256, 384  
 Hulse, W. C. 45, 232, 256, 384  
 Humbert 69
- Johnson, J. A. 204, 256, 384  
 Joray, R. 220, 256, 384  
 Jung, C. G. 209, 256, 268, 384
- Kahn, E. 381, 384  
 Kemper, W. 223, 232, 256, 384

- Kestenbergh, E. 339, 382, 384  
 Kielholz, P. 202, 209, 216, 219, 238,  
 256, 257, 384  
 Kopits, I. 381, 384  
 Krasner, J. D. 343, 344, 381, 384  
 Kubie, L. 34, 40, 55, 384  
  
 Langer, M. 256, 384  
 Lang, A. 257  
 Lattke 56  
 Laubenthal, F. 257, 384  
 Lazell 147  
 Lebovici, S. 312, 339, 384  
 Levin, K. 56  
 Lévy-Bruhl, L. 209, 257, 385  
 Lewin, K. 149, 240, 257, 385  
 Liebermann, L. 381, 384  
 Lindemann, E. 200, 257, 385  
 Linden, M. E. 342, 381, 385  
 Lohr, W. 257  
 Louvier, A. 257, 385  
  
 Marks, M. 344, 381, 384  
 Marsh, L. G. 147  
 Meng, H. 56, 74  
 Meyer, J. E. 222, 257, 385  
 Moreno, J. L. 56, 63, 65, 147, 201,  
 205, 257, 312, 313, 314, 320, 323,  
 327, 339, 385  
 Muchow, H. H. 253, 257, 385  
 Mullan, H. 206, 214, 255, 257, 382,  
 385  
  
 Nagelberg, L. 144, 385  
 Napolitani, F. 203, 257, 385  
  
 Pfeiffer, E. 381, 385  
 Pfister, O. 56  
 Pinsky, S. 240, 257, 385  
 Powdermaker, F. B. 226, 257, 385  
 Pratt, J. H. 147  
 Preuss, H. G. 56, 246, 257, 385  
  
 Racamier, P.-C. L. 240, 257, 385  
 Rangell, L. 44, 55, 386  
 Rodrigué, E. 256, 384  
 Rosen 342  
 Rosenbaum, M. 206, 257, 385  
 Rosenthal, L. 144, 385  
  
 Sager, C. 55, 386  
 Sanguiliano, R. 214, 257, 385  
 Schilder, P. 56, 145, 146, 147  
 Schill, St. de 294, 386  
 Schindler, R. 56, 69, 209, 226, 257,  
 386  
 Schindler, W. 56  
 Schultz, J. H. 64, 216, 220, 257, 386  
 Schwartz, E. 44, 55, 386  
 Shapiro, S. 381, 383  
 Slavson, S. R. 44, 56, 75, 143, 147,  
 206, 210, 226, 241, 258, 313, 339,  
 381, 386  
 Smith, J. M. 381, 387  
 Soccaras, F. 339, 382  
 Spanjaard, J. 44, 55, 276, 387  
 Staehelin, J. E. 242, 258, 387  
 Stern, E. 258  
 Stern, K. 381, 387  
 Stokvis, B. 206, 232, 258, 387  
 Stolze, H. 232, 258, 387  
  
 Teirich, E. 69  
 Toman, E. 202, 258, 387  
  
 Vervoerdt, A. 381, 385  
  
 Wang, H. S. 381, 385  
 Wayne, G. J. 381, 387  
 Wender, L. 145, 146, 147  
 Wiesenhütter, E. 258, 387  
 Wolf, A. 44, 55, 145, 386  
  
 Ziferstien, I. 55, 387  
 Zulliger, H. 56

## SACHREGISTER

- Abhängigkeit 19, 63, 106, 168, 179, 262, 277, 287, 341, 342, 344, 348, 350, 352, 355, 358, 359, 360, 362, 366—379  
 Ablehnung 16, 228, 336  
 Abwehr 20, 22, 31, 33, 35, 37, 38, 40, 42, 43, 45, 47, 48, 51, 53, 58, 61, 74, 79, 81, 91, 92, 104, 107, 108, 138, 154, 158, 163, 178, 179, 181, 184, 185, 262, 264, 266, 275, 277, 289, 290, 296, 299, 300, 301, 308, 310, 317, 319, 322, 323, 326, 329 bis 332, 338, 341, 343, 344, 357, 366, 370—377, 381  
 Acting-in 334, 335  
 Ältere Menschen 340—381  
 Ärzte-Gruppe 202, 223, 232—235, 240, 244, 249, 252  
 Affektives Forum 213  
 Aggression/Aggressivität 37, 43, 47, 61, 68, 70, 79, 106, 107, 108, 109, 124—127, 131, 134, 136, 138, 140, 141, 155, 172, 178, 183, 185, 217, 224, 227, 234, 241, 262, 263, 268—271, 273, 280, 288, 296, 319, 329, 334, 338, 343, 355, 356, 357, 358, 361, 363, 364, 365, 366, 371, 375, 377  
 Agieren/Agitation 25, 38, 44, 50, 51, 84, 86, 108, 111, 115, 116, 120, 123, 125, 126, 131, 137, 149, 153, 156, 160, 165, 167, 171, 172, 173, 178, 179, 182, 183, 185, 202, 264, 265, 268, 269, 270, 272, 280, 286, 298, 299, 300, 303, 309, 321, 323, 326, 332, 345, 362, 366, 373, 374  
 Aktivität 76, 97, 106, 124—133, 136, 137, 139, 141, 147, 150, 182, 204, 211, 223, 225, 232, 238, 241, 246, 331, 332, 333, 341, 342, 357, 371, 374, 376, 377, 378  
 Aktogramm 63, 64, 65, 68  
 Albtraum 16, 157  
 Alcoholics anonymous 68, 216  
 Alkohol/Alkoholiker 155, 202, 213 bis 216, 218, 220, 231, 289  
 Alkoholiker-Gruppe 68, 213—216  
 Alternate Session 18, 147, 150, 169 bis 177, 186, 195, 259, 279, 296, 297, 346  
 Alternierende Sitzung 18, 147, 150, 169—177, 186, 195, 259, 279, 296, 297, 346  
 Altersneurose 343  
 Ambivalenz 79, 192, 224, 234, 236, 285, 349  
 Angehörigen-Gruppe (von Alkoholikern) 231, 244  
 Angehörigen-Gruppe (von Schizophrenen) 229—231, 244  
 Angenommen werden 350, 351, 369, 378  
 Angst 15, 20, 29, 30, 31, 33, 38, 51, 61, 62, 79, 82, 87, 88, 92, 95, 98, 101, 103, 104, 108, 110, 120, 124, 126, 127, 131, 135, 136, 137—140, 156—162, 172, 177, 178, 180, 190, 202, 226—228, 236, 241, 261—271, 279, 288, 296—299, 304—310, 317—319, 324, 325, 335, 336, 340, 343, 344, 347—377  
 Angst-Neurose 279  
 Anonymität 36, 83, 84  
 Anpassung 77, 78, 104, 110, 141, 181, 183, 265, 273, 274, 275, 276, 318, 353, 363  
 Assoziation 19, 34, 35, 37, 41, 79, 83, 85, 87, 137, 139, 150, 159, 160, 181, 182, 212, 214, 293, 299, 302, 306, 308, 309, 310, 335, 336, 345, 360, 362, 364, 365, 367, 380  
 Assoziation, freie 19, 34, 35, 37, 79, 83, 85, 87, 139, 159, 160, 181, 293, 299, 309  
 Außengruppe 214, 215  
 Autismus 155, 250  
 Autogenes Training 216  
 Autonomie 30, 184

- Autorität 24, 110, 111, 140, 142, 145, 146, 149, 150, 151, 160, 163, 168, 169, 172, 183, 184, 185, 187, 195, 198, 249, 252, 255, 266, 274, 276, 290, 345, 360, 362
- Auxiliary ego 205
- Bandenbildung 220, 245
- Beratung 76—80, 83, 86, 88, 90, 91, 115, 122, 342
- Bewegungsfreiheit 94, 124
- Borderline-Patienten 49, 86, 91, 177, 184, 356
- Charakterneurose 279
- Charakterstörung 75, 136, 178
- Charakterwiderstand 48, 317, 323, 329
- Community Psychiatry 52
- Community Therapy 203
- Counselling (Beratung) 76, 77, 342
- Defekt 208, 240
- Dekonditionierung 248, 254, 255
- Depersonalisation 272
- Depression/Depressive 155, 162, 179, 202, 208, 209, 245, 251, 272, 315, 347, 350, 352, 353, 355, 357, 358, 367, 369, 374, 375, 377
- Destruktivität 149, 164, 297
- Deutung 38, 39, 41, 43, 49, 50, 88, 103, 132, 137, 140, 171, 182, 192, 234, 300, 301, 308, 312, 318, 327, 328, 329, 332, 334, 335, 336, 345
- Distanz 158, 213, 226, 316, 318
- Disziplin 140, 158, 166, 180
- Drogenabhängige 202, 216—220, 289
- Durcharbeiten 20, 21, 23, 24, 25, 34, 39, 41, 43, 44, 51, 65, 79, 88, 136, 148, 149, 160—169, 173, 176—178, 183, 184, 203, 247, 255, 272, 273, 276, 277, 278, 285, 293, 296—301, 307, 309, 318, 322, 336, 337, 342, 343, 345, 349, 351, 360, 362, 373, 374, 380
- Dynamik 42, 72, 80, 83, 87, 90, 100, 102, 104, 110, 122, 136, 171, 209, 228, 240, 259, 261, 277, 298, 300, 307, 312, 313, 315, 325, 326, 328, 337, 347, 380
- Ego-Kathexis 60
- Eifersucht 26, 61, 72, 84, 111, 133, 271
- Einsamkeit 16, 213
- Einsicht 18, 19, 20, 22, 25, 27, 28, 33, 34, 41, 43, 46, 48, 50, 51, 58, 61, 63, 74, 77, 79, 83, 87—91, 101, 107, 131, 132, 136, 137, 139, 151, 154, 160, 165, 166, 182, 193, 205, 206, 210, 218, 220, 233, 247, 254, 255, 268, 272, 273, 279—291, 302, 303, 306, 362
- Eltern/Elternschaft 16, 24, 76, 99 bis 122, 162, 179, 184, 185, 206, 207, 218, 221, 229, 234, 237, 274, 278, 283, 331, 340, 343
- Epileptiker 202
- Erstinterview 15, 259, 260
- Erwachsene 53, 86, 220, 221, 313, 315, 316, 333, 334, 335, 340
- Es 40, 45, 57, 63, 76, 81, 109, 110, 116, 179, 184
- Familie 70, 71—73, 82, 97, 99—122, 150, 162, 165, 179, 184, 200, 202, 212, 221, 222, 229, 230, 235, 237, 241, 244, 260, 266, 267, 272, 273, 278, 280, 306, 309, 310, 340, 348, 350, 351, 360, 367, 376
- Familien-Gruppe 72, 114—122, 200, 226
- Familientherapie 76, 114—122
- Feindseligkeit 62, 70, 79, 82—84, 92, 98, 109, 110, 115, 124, 131, 132, 133, 136, 137, 140, 141, 153, 154, 162, 171, 215, 280, 286, 297, 298, 300, 303, 306, 308, 343, 351, 361, 362—365, 368—371, 376, 377, 379, 380
- Freie Assoziation 19, 34, 35, 37, 79, 83, 85, 87, 139, 159, 160, 181, 293, 299, 309
- Freiheit 47, 51, 74, 81, 133, 140, 188, 195, 202, 235, 301, 307, 321, 330, 352
- Frustration 30, 48, 75, 76, 95, 102, 111, 124, 127, 141, 157, 158, 159, 160, 167, 173, 182, 184, 213, 215, 220, 227, 296, 302, 322, 323, 324, 331, 336, 337, 353, 360, 365, 367, 369—371, 374—379

- Führungsanspruch 63, 252  
 Führungsgruppe 78, 99—114
- Geborgenheit 61, 69, 93, 105, 106,  
 137, 213, 223, 243  
 Gegenseitigkeit 105, 106  
 Gegenübertragung 48, 63, 74, 152,  
 167, 168, 176, 182, 185, 265, 281,  
 284—287, 327, 329, 330, 333, 339  
 Gemeinde-Psychiatrie 52  
 Gemeinsamkeit 101, 225, 231  
 Gemeinschaft 57, 72, 98, 146, 200,  
 209, 213, 214, 218, 222, 263, 315,  
 337, 371  
 Geschlossene Gruppe 84, 156, 217,  
 259, 260, 337  
 Geschwister/Geschwister-Beziehung  
 68, 184, 207, 229, 237, 361, 367  
 Geschwisterfeindschaft 137, 162  
 Geschwisterrivalität 68, 107, 138, 234,  
 252, 265, 273, 367, 368, 369  
 Gesellschaft 52, 57, 76, 89, 112, 180,  
 181, 189, 208, 218, 220, 222, 240,  
 248, 259, 271, 329, 341, 343, 378  
 Gesellschaft im kleinen 236  
 Going around 159  
 Golden-Age-Club 341, 342, 378  
 Großgruppe 203—211, 212, 226, 242,  
 243, 244  
 Group guidance 76, 78, 99—114, 117,  
 120  
 Gruppe, Ärzte- 202, 223, 232—235,  
 240, 244, 249, 252  
 —, Alkoholiker- 68, 213—216  
 —, Angehörigen- (von Alkoholikern)  
 231, 244  
 —, Angehörigen- (von Schizophrenen)  
 229—231, 244  
 —, Außen- 214, 215  
 —, Familien- 72, 114—122, 200, 226  
 —, Führungs- 78, 99—114  
 —, geschlossene 84, 156, 217, 259,  
 260, 337  
 —, Groß- 203—211, 212, 226, 242,  
 243, 244  
 —, in der Gruppe 233  
 —, Jugendlichen- 53, 65, 117, 120,  
 220—223  
 —, Kinder- 53, 122—142, 313  
 —, Klein- 204, 211—231, 226, 244, 277  
 —, Lehr- 232—235, 244, 250  
 —, Neurotiker- 223—226  
 —, offene 53, 84, 156, 205, 214, 279, 354  
 —, Pflegepersonal- 202, 235—239,  
 240, 244  
 —, Psychohygiene- 292—311  
 —, Schizophrenen- 226—229, 250  
 —, Selbsterfahrungs- 56, 232—235, 244  
 —, Spiel- 64, 125, 128, 132, 133—141  
 —, Studenten- 259—278  
 —, Toxikomanen- 216—220  
 —, Übergangs- 76, 125, 141, 142  
 —, Unter- 150, 153, 262, 275  
 —, Ur- 70, 72  
 —, Verstärkerwirkung der 212, 245,  
 251  
 —, Visiten- 67  
 Gruppenaktivität 76, 97, 106, 124 bis  
 133, 136, 137, 139, 141, 147, 150,  
 182, 204, 211, 223, 225, 232, 238,  
 241, 246, 331, 332, 333, 341, 342,  
 357, 371, 374, 376, 377, 378  
 Gruppenanalyse 147, 182, 189, 198  
 Gruppenatmosphäre 35, 61, 219  
 Gruppenbewußtsein 57, 62  
 Gruppenbildung 61, 73, 98, 153, 218,  
 220, 265, 277  
 Gruppendasein 240  
 Gruppendynamik 32, 57, 69, 73, 74,  
 75, 148, 149, 209, 241, 242, 244,  
 245, 260, 264, 313, 334, 337  
 Gruppenentartung 210, 235, 242  
 Gruppengeist 306  
 Gruppengeschehen 211, 216, 217, 225,  
 234, 242, 250, 251, 320  
 Gruppengesetzmäßigkeit 203, 204, 241,  
 244, 260  
 Gruppengespräch 64, 216, 217  
 Gruppengestalt 306  
 Gruppenheterogenität 155, 156, 275,  
 295  
 Gruppenhomogenität 155, 156, 279,  
 343, 346  
 Gruppen-Ich 57, 58, 59, 60, 62  
 Gruppen-Ich-Grenzen 60  
 Gruppeninteraktion 20, 42, 50, 75, 93,  
 127, 148, 156, 159, 160, 177, 178,  
 185, 191, 247, 299, 347, 350, 362

- Gruppenkommunikation 40, 231, 271  
 Gruppenkonstellation 32, 202, 209, 233, 241, 274, 345  
 Gruppenkontrolle 56, 65, 74  
 Gruppenmilieu 34, 160, 161, 178, 205, 293, 296  
 Gruppenordnung 73, 222, 242  
 Gruppenrolle 72  
 Gruppenspiel 65, 67  
 Gruppentraum 281—284  
 Gruppentrauma 277, 278  
 Gruppenverhalten 31, 32, 208  
 Gruppenverlauf 63, 64, 208  
 gruppenzentriert 178, 204, 242, 243  
 Gruppenzusammenhalt 149, 208, 213, 221  
 Guidance (lenkende Therapie) 76—80, 83, 86, 88, 90, 91, 115, 116, 122, 342  
  
 Halluzination 86, 92, 95  
 Halt 222, 243, 251  
 Haltungsanalyse 247, 254  
 Haß 16, 36, 70, 103, 181, 195  
 Hebelkraft 36, 42  
 Herzpatienten 156  
 Hierarchie 209  
 Hilfs-Ich 65, 205  
 Honorar 26, 53, 155, 197, 352  
  
 Ich 30, 31, 37, 38, 40, 45, 46, 57—65, 75, 76, 79, 82, 86, 91, 92, 99, 108, 109, 115, 116, 123, 126, 132, 140, 141, 171, 179, 182, 184, 185, 249, 250, 289, 300, 313, 314  
 Ich-Bewußtsein 57—59  
 Ich-Bildung 58, 59, 63, 379  
 Ich-Entwicklung 37, 40, 57, 58, 59, 61, 138, 350, 377, 379  
 Ich-Funktion 30, 31, 36, 78, 81, 87, 107, 109, 110, 127, 132, 141  
 Ich-Grenze 59, 60, 377  
 Ich, Gruppen- 57—60, 62  
 Ich-Ideal 276, 277  
 Ich-Organisation 125, 137  
 Ich-Psychologie 46, 59, 62, 182  
 Ich-Reserven 86, 109  
 Ich-Schwäche 91, 123, 125, 127, 137, 158, 240, 251  
  
 Ich-Stärke/Stärkung 52, 90, 91, 110, 128, 136, 168, 240, 302, 343, 345, 348, 349, 350, 351, 358, 365, 371, 374, 377, 378, 380  
 Ich-Struktur 313, 379  
 Ich-Stützung 91, 111, 182, 341, 345, 347, 374, 379, 380  
 Ich-Stufe 30, 110  
 Ich, Über- 30, 40, 58, 62, 76, 82, 87, 90, 116, 123, 125, 235, 275, 276, 277, 289, 304, 305  
 Identifikation 22, 30, 37, 80, 81, 82, 100, 104, 107, 123, 126, 155, 206, 207, 214, 218, 224, 228, 230, 231, 237, 241, 276, 277, 281, 285, 304, 317, 319, 322, 328, 330, 335, 337, 338, 344, 351, 361, 366, 370, 373, 380  
 Impulsivität 109, 110, 123, 125, 166  
 Indikation 114, 130, 138, 178, 216, 223, 231, 246  
 Individualität 82, 111, 180, 181, 226, 253, 265  
 Individualitätsverlust 226, 253  
 Infantiler Konflikt 36, 38, 40, 42, 43, 44, 51, 76  
 Infantiles Ich 31, 38  
 Infantilisierung 61, 178  
 Information 21, 27, 86, 97, 101, 102, 107, 108, 119, 120, 264  
 Inhaltsanalyse 50, 247, 254  
 Intensität 19, 37, 43, 78, 82, 84, 87, 132, 140, 168, 225, 241, 242, 246, 247, 248, 250, 254, 298, 305, 309, 318, 333, 344  
 Interaktion 19, 21, 31, 33, 34, 35, 37, 40, 42, 43, 50, 63, 78, 80, 81, 83, 84, 85, 92, 93, 118, 128, 133, 136, 149, 150, 152, 155—163, 166, 168, 169, 172, 176—178, 181, 185, 187, 191, 192, 193, 201, 208, 213, 233, 241, 247, 248, 249, 253, 254, 261, 264, 265, 274, 279, 297, 299, 309, 335, 343, 344, 347, 351, 352, 361, 364—368, 371—374, 377, 380  
 Interview 17, 76, 295, 296  
 Introjektion 30, 58, 376, 377  
 Introspektion 60, 88, 150

- Irrationalität 22, 24, 25, 42, 161, 163, 173, 180  
 Isolierung 58, 69, 92, 95, 104, 105, 106, 178, 197, 208, 213, 218, 231, 241, 259, 262, 266, 318, 329, 365, 366, 378, 380  
 Jugendliche 85, 89, 220—223, 313, 315, 317, 319, 326, 333, 334, 335, 376  
 Jugendlichen-Gruppe 53, 65, 117, 120, 220—223  
 Katharsis 45, 63, 75, 76, 83, 87, 90, 136, 137, 241  
 Kind/Kindheit 21, 23, 27, 30, 31, 42, 43, 59, 70—73, 76, 82, 99—142, 161, 165, 179, 185, 206, 213, 215, 218, 219, 222, 234, 267, 268, 282, 299, 301, 302, 303, 306, 309, 310, 312, 313, 315, 316, 317, 334, 340, 342, 343, 345, 359, 360, 361, 362, 364, 370, 372  
 Kindergruppe 53, 122—142, 313  
 Kleingruppe 204, 211—231, 226, 244, 277  
 Kommunikation 32, 33, 34, 40, 41, 42, 48, 52, 53, 78, 96, 98, 100, 118, 122, 125, 127, 138, 149, 175, 187, 188, 191, 195, 197, 200, 208, 216, 226, 230, 240, 259, 260, 261, 264, 265, 272, 274, 275, 290, 307, 315, 316, 361  
 Komplexität 32, 40, 92, 186, 313  
 Konformität 181, 306  
 Kontinuität 59, 175, 346  
 Kontraindikation 47, 90, 91, 130, 138, 185, 245, 313  
 Kopfschmerzen 17, 216  
 Kosten 19, 295, 311  
 Künstliche Neurose 36, 44  
 Latenz 35, 106, 131, 212, 269, 318  
 Lebenstrieb 70, 103  
 Lehrgruppe 232—235, 244, 250  
 Lernprozeß 88, 248  
 Libido 58, 128, 131, 132, 134, 135, 249, 250  
 Libido-Fixierung 131, 132, 138  
 Liebe 36, 61, 70, 103, 133, 181, 195, 270, 280, 283  
 Masochismus/masochistische Pat. 34, 49, 155, 179, 263, 318  
 Masse im Kleinen 210, 242, 253  
 Massenbildung 210, 235, 245  
 Massenverhalten 210  
 Masturbation 135, 186, 272  
 Menge im Kleinen 253  
 Mengen-Dasein 240  
 Mental Health Group 292—311  
 Mikrosoziologie 320, 322  
 Minderwertigkeitsgefühl 16, 26, 78, 105, 288, 357, 359  
 Mißerfolg 16, 75, 95, 103, 105, 378  
 Mißtrauen 215, 217, 219, 221, 228, 229, 239, 251, 315  
 Mitgefühl 96, 174, 230, 348, 350, 366  
 Mitleid 97, 305  
 Monopol/Monopolist 210, 224, 236, 242, 249, 296, 303, 367  
 Narzißmus 51, 53, 54, 58, 68, 81, 123, 140, 249, 250, 255, 263  
 Narzißmus, primärer 51, 53, 54  
 Neurose/neurotische Pat. 27, 30, 31, 33, 36, 44, 49, 51, 52, 53, 75, 131, 136, 138, 154, 160, 161, 170, 172, 185, 202, 207, 223—226, 228, 248, 254, 264, 269—272, 283, 289, 301, 303, 304, 305, 306, 308, 311, 315, 322, 343, 357, 373, 374  
 Neurose, Übertragungs- 36, 42, 44, 45, 46, 47, 75, 176, 179, 185, 186, 254, 259—278, 280, 327  
 Neurose, Zwangs- 50, 230, 266, 267, 270, 271, 279  
 Neurotiker-Gruppe 223—226  
 Neurotisches Verhalten 33, 34, 41, 51  
 Neutralität 33, 41, 47, 127  
 Offene Gruppe 53, 84, 156, 205, 214, 279, 354  
 Omnipotenz 34, 51, 123, 182, 286  
 Orthriogenese 59, 62  
 Parallelogramm 69  
 Paranoiker 155, 355, 356



- Participation mystique 209  
 Passivität 85, 153, 338, 363, 364, 365, 371  
 Pflegepersonal 235—239, 240  
 Pflegepersonal-Gruppen 202, 235 bis 239, 240, 244  
 Phantasien 28, 30, 31, 34, 41, 115, 116, 124, 135, 136, 150, 154, 157, 158, 159, 165, 179, 182, 186, 245, 272, 298, 299, 302, 303, 307, 326, 327, 329, 330, 331, 332, 333, 336, 337  
 Primärer Narzißmus 51, 53, 54  
 Projektion 19, 30, 58, 61, 115, 160, 161, 162, 166, 174, 177, 178, 192, 215, 221, 238, 239, 279, 281, 283, 284, 288, 289, 293, 305, 308, 313, 328, 330, 344  
 Prophylaxe 142, 240  
 Provokation 158, 166, 173  
 Psychodrama 64, 65, 205, 312—339  
 Psychodynamik 151, 297, 298, 300, 347, 373  
 Psychohygiene 14, 99, 114, 115, 197, 292—311, 359  
 Psychohygiene-Gruppe 292—311  
 Psychoneurose 30, 75  
 Psychonursing 76, 90  
 Psychose/Psychotische Pat. 53, 60, 75, 91, 92, 93, 98, 99, 125, 131, 138, 147, 155, 162, 177, 179, 184, 185, 202, 208, 227, 228, 248, 295, 300, 304, 305, 308, 311, 315, 317, 319, 322, 339, 355, 356, 357  
 Rationalisierung 22, 148, 183, 344  
 Reaktionsbildung 58, 72, 317, 341, 349, 360, 374, 375, 376, 381  
 Realität 16, 36, 37, 41, 45, 46, 60, 63, 85, 87, 92, 93, 96, 109, 110, 115, 119, 124, 134, 139, 141, 155, 161, 162, 163, 168, 171, 174, 180, 182, 185, 188, 192, 194, 195, 202, 203, 208, 215, 220, 222, 225, 228, 244, 247, 248, 250, 254, 276, 281, 295, 307, 312—314, 318, 332, 343, 348, 357, 366, 376, 377, 380  
 Realitätskontrolle 63, 248, 281  
 Realitätsprüfung 60, 83, 88, 90, 95, 98, 161, 177, 248, 281, 352  
 Regression/regressiv 42, 43, 44—49, 58, 69, 75, 76, 79, 80, 87, 110, 177, 179, 183—185, 202, 206, 221, 241, 264, 265, 275, 277, 307, 318, 332, 333  
 Reife 18, 120, 128, 141, 154, 248, 254, 255  
 Reizbarkeit 17, 162  
 Ressentiment 15, 104, 115, 124, 214, 215, 219, 234, 239, 356, 366, 376, 377  
 Rivalität 165, 252, 271, 362, 367, 368  
 Rolle 154, 167, 168, 320—323, 326, 328—331, 334, 335, 338, 343  
 Schizophrene 86, 91, 116, 125, 158, 178, 202, 203, 208, 226—231, 240, 245, 250, 251, 314, 355, 356  
 Schizophrenen-Gruppe 226—229, 250  
 Schuld/Schuldgefühl 78, 79, 88, 104, 105, 108, 109, 110, 111, 116, 208, 215, 225, 285, 304, 305, 318, 326, 331, 356, 363, 366—368, 375  
 Schwäche 101, 106, 343, 360, 377  
 Selbstachtung 33, 105, 126, 350  
 Selbstanalyse 284—286  
 Selbstbehauptung 18, 371  
 Selbstbeherrschung 109, 140  
 Selbsterfahrungsgruppe 56, 232—235, 244  
 Selbsterkenntnis 63, 191, 280  
 Selbstkontrolle 60, 74  
 Selbstmord 155, 202, 209, 218, 272, 357, 366—368, 374  
 Selbstüberwachung 284, 287, 290  
 Selbstvertrauen 95, 106, 119, 126, 168, 249, 376  
 Senilität 341  
 Sicherheit 62, 81, 184, 213, 223, 249, 349, 367  
 Soziogramm 63, 64, 68  
 Soziometrischer Test 201, 209  
 Spezifität 75, 130, 313, 315, 336  
 Spiegelreaktion 104, 260  
 Spiel 312—319, 324, 330—337  
 Spielgruppe 64, 125, 128, 132, 133 bis 141  
 Spieltherapie 76, 124, 133—141

- Spontaneität 47, 94, 112, 151, 158, 166, 312, 314, 315
- Stress 85, 86, 116, 139
- Studentengruppe 259—278
- Sublimierung 58, 83, 88, 90
- Suggestion 28, 300, 301
- Synergie 82, 142
- Tagtraum 28, 157, 159, 314
- Teilen 108, 377
- Todestrieb 70, 310
- Toxikomane 202, 216—220
- Toxikomanen-Gruppe 216—220
- Traum 23, 28, 41, 45, 59, 60, 87, 134, 135, 150, 154, 157—160, 164, 182, 224, 225, 234, 267, 268, 270, 280, 281—284, 298, 299, 302, 307, 308, 309, 334, 345, 362, 364, 365, 371, 374, 380
- Traumanalyse 19, 293
- Traumdeutung 59, 281, 282, 303, 308, 345
- Traum, Gruppen- 281—284
- Traum, Tag- 28, 157, 159, 314
- Tuberkulosekranke 147
- Übergangsgruppe 76, 125, 141, 142
- Überich 30, 40, 58, 62, 76, 82, 87, 90, 116, 123, 125, 235, 275, 276, 277, 289, 304, 305
- Übertragung 19, 31—47, 53, 54, 63, 66, 74, 75, 79, 80, 82, 83, 86—90, 118, 132, 136, 137, 139, 152, 153, 155, 160—173, 178, 179, 182—186, 202, 206, 207, 212, 215, 221, 223 bis 225, 228, 233, 234, 235, 237, 241, 246, 248, 251—254, 259 bis 281, 283, 286—288, 293, 299, 301, 302, 306—309, 312—314, 318, 321, 325—331, 333, 335, 342, 343, 345, 347, 349, 351, 352, 361, 366, 368, 372—374, 377, 380
- Übertragungsneurose 36, 42, 44—47, 75, 176, 179, 185, 186, 254, 259 bis 278, 280, 327
- Übertragungsphänomen 37, 83, 161, 221, 281
- Übertragungsprozeß 32, 36—40, 44, 46, 161
- Übertragungspsychose 179, 185
- Übertragungstransaktion 37, 39
- Übertragungsverhalten 35, 39, 45, 46
- Unbewußtes 24, 28, 30, 62, 63, 76, 85, 86, 87, 110, 123, 125, 139, 151, 284, 289, 319, 375
- Ungehorsam 120, 319
- Ungesehenmachen 58, 329
- Untergruppe 150, 153, 262, 275
- Unzufriedenheit 16, 61
- Urgruppe 70, 72
- Verallgemeinerung 78, 104, 105, 110, 114
- Verantwortung/Verantwortlichkeit 36, 66, 81, 93, 110, 112, 120, 122, 146, 179, 181, 188, 202, 211, 214, 215, 221, 222, 242, 243, 253, 274
- Verbalisierung 150, 170
- Verdrängung 30, 33, 48, 58, 164, 168, 289, 290, 306
- Verhaltensänderung 34, 228, 240
- Verhaltensmuster 20, 24, 25, 27, 54, 123, 172, 202, 209, 290, 297, 299, 304, 305, 308, 309, 365, 374
- Verhaltensweise 24, 27, 36, 37, 38, 41, 104, 105, 107, 108, 114, 116, 164, 166, 169, 170, 184, 185, 201, 207, 209, 223, 227, 228, 229, 233, 234, 240, 241, 244, 247, 250, 252, 254, 263, 266, 267, 299, 303, 304, 306, 315, 318, 329, 330, 331, 334, 335, 336, 344, 365, 373, 374
- Versagen/Versagung 62, 71, 103, 105, 108, 110, 111, 126, 141, 220, 222, 236, 242, 272, 323, 367, 370, 376
- Verstärkerwirkung 212, 241, 242, 245, 251
- Verstehen/Verständnis 30, 103
- Vertrauen 206, 221, 224, 251, 267, 316
- Visiten-Gruppe 67
- Vita-erg-Therapie 76, 91, 94, 95, 99
- Wahnvorstellung 86, 92
- Wahrnehmung 20, 30
- Wandlung 210, 241, 247, 376, 378
- Wertlosigkeit 78, 105

Widerstand 15, 18, 19, 25, 29, 32 bis  
35, 38—44, 48, 49, 51, 53, 62, 63,  
79, 89, 91, 111, 116—118, 138,  
139, 146, 148, 150—155, 158 bis  
160, 162, 164, 171—173, 176, 177,  
179, 183, 191, 192, 195, 202, 205,  
206, 212, 213, 215, 233, 237, 241,  
247, 252, 253, 254, 260—264, 272,  
276, 277, 279, 281, 287, 288, 289,  
293, 297—301, 306, 307, 309, 310,  
322, 324, 326, 328, 331—335, 345,  
363, 373

Wir-Erlebnis 251

Zensur 61, 157

Zentripetalkraft 222, 242

Zuneigung 25, 228

Zusammengehörigkeitsgefühl 221, 222,  
231

Zwang/zwanghaft 33, 155, 161, 165,  
166, 173, 243, 267, 270, 329

Zwangsneurose 50, 230, 266, 267, 270,  
271, 279

## DIE AUTOREN DIESES BANDES

DR. RAYMOND BATTEGAY

Professor an der Universität Basel, leitender Arzt der Psychiatrischen  
Universitätspoliklinik Basel

DR. STEFAN DE SCHILL

Wissenschaftlicher Direktor der American Mental Health Foundation;  
Präsident des Berufsausschusses des Psychoanalytischen Zentrums, New  
York

DR. HELEN E. DURKIN

Kontroll- und Lehranalytikerin am Postgraduate Center for Mental  
Health, New York

DR. A. FRIEDEMANN

Professor an der Universität Freiburg i. Br. Emeritierter Direktor des  
Institutes für Psychohygiene, Biel/Bienne

DR. JACK KRASNER

Vizepräsident der American Group Psychotherapy Foundation, Präsi-  
dent der New Jersey Psychological Association

DENISE LAHULLIER

Wissenschaftlicher Direktor des Departements für Gruppenpsychotherapie  
der American Mental Health Foundation, New York

DR. SERGE LEBOVICI

Ehemaliger Direktor des Psychoanalytischen Instituts von Paris, Direktor  
des Zentrums für Psychische Hygiene für Kinder, Paris

S. R. SLAVSON

Emeritierter Präsident der American Group Psychotherapy Association,  
Fakultätsmitglied der Universitäten New York und Yeshiva

DR. JACOB SPANJAARD

Mitglied des Psychoanalytischen Instituts Amsterdam

DR. JOSEPH WILDER

Klinischer Professor am New York Medical College, ehemaliger Präsi-  
dent der Gesellschaft für die Förderung der Psychotherapie

DR. ALEXANDER WOLF

Klinischer Professor und Lehranalytiker, New York Medical College

Leland P. Bradford / Jack R. Gibb / Kenneth D. Benne (Hrsg.)

## Gruppen-Training

T-Gruppentheorie und Laboratoriumsmethode

Reihe »Texte zur Gruppendynamik«

Aus dem Amerikanischen von Wolfgang Krege  
446 Seiten. Kart 28,— DM. ISBN 3-12-901410-1

Trainingsgruppe und gruppendynamisches Laboratorium sind in den 25 Jahren ihrer Entwicklung zum Kernstück einer neuen Konzeption der Erziehung geworden — einer Erziehung, die nicht bei den Kindern, sondern bei den Erwachsenen, den »Erziehern«, anfängt. Die Herausgeber und Autoren dieses Bandes — Psychologen, Soziologen und Erziehungswissenschaftler — sind führende Mitarbeiter der National Training Laboratories, in denen die gruppendynamischen Trainingsmethoden entdeckt und verfeinert wurden. Sie geben eine systematische und anschauliche Darstellung der Laboratoriumsmethode und artikulieren theoretisch, was in den Trainingsgruppen vorgeht.

In zwei Anwendungsbereichen sind von diesen Methoden besonders machtvolle Neuerungsimpulse ausgegangen: Einmal zur Umgestaltung der Lernprozesse in Schulen, Hochschulen und Institutionen der beruflichen Bildung. Dies wird in einem eigenen Beitrag dargestellt. Zum anderen werden auch Übungen zur Anwendung des Gelernten in der Analyse und Beratung von Organisationen demonstriert.

Den Band von Bradford, Gibb und Benne bezeichnen manche als die »Bibel« des Laboratoriumstrainings, — eine Bibel allerdings ohne den Gestus missionarischer und autoritativer Verkündigung, eine zugleich nüchterne und farbige Synopse einer facettenreichen Methode und Theorie.

Ernst Klett Verlag, Stuttgart