

Dynamische Psychiatrie

Begründet von
founded by
Günter Ammon

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

Vol. 40. Jahrgang

2007•3-4

Nr. 221-222

Dynamic Psychiatry

Analytische Gruppentherapie

Margit Schmolke, Monika Dworschak

Basics of analytic group psychotherapy in Dynamic Psychiatry

Dusica Lecic-Tosevski, Mirjana Divac Jovanović

Group psychotherapy of persons with personality disorders

Astrid Thome

Analytic group psychotherapy and destructive aggression

Knut Skjøstad

The role of self protection and aggression in groups, as implications of a leader's active support early in group life

Elke Wriedt, Ulrike Winkelmann

Turbulenz und Vehemenz: Zur ersten Sitzung einer Kindergruppentherapie

Ursula Brück

Entwicklungsprozesse in der kombinierten einzel- und gruppentherapeutischen Behandlung eines Kindes

Ilse Burbiel, Maria Rettenberger

Group conflict in dance therapy – attempt of a group dynamic integration

Ulrike Winkelmann, Bettina Weber, Anita Witte

Die Bedeutung von gruppendynamischen Prozessen für die therapeutische Arbeit in der Milieuthérapie

Anna Bielańska

Breaking through resistance: psychodrama with psychotic outpatients

ISSN 0012-740 X

Dynamische Psychiatrie • *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychiatrie
International Journal for Psychotherapy, Psychoanalysis, and Psychiatry
Vol. 40. Jahrgang, 2007, Nr. 221-222, pp. • S. 141-284.

Gastherausgeber • Guest editors: Astrid Thome, Margit Schmolke

Inhalt • Contents

Editorial	141
<i>Margit Schmolke, Monika Dworschak (Munich)</i>	
Basics of Analytic Group Psychotherapy in Dynamic Psychiatry	149
<i>Dusica Lecic-Tosevski, Mirjana Divac Jovanović (Belgrade)</i>	
Group Psychotherapy of Persons with Personality Disorders	159
<i>Astrid Thome (Augsburg)</i>	
Analytic Group Psychotherapy and Destructive Aggression	176
<i>Knut Skjøstad (Oslo)</i>	
The Role of Self Protection (Defence) and Aggression (Self Assertiveness) in Groups as Implications of Leader's Active Support Early in Group Life	184
<i>Elke Wriedt, Ulrike Winkelmann (München)</i>	
Turbulenz und Vehemenz: Zur ersten Sitzung einer Kindergruppentherapie ...	200
<i>Ursula Brück (München)</i>	
Entwicklungsprozesse in der kombinierten einzel- und gruppentherapeutischen Behandlung eines Kindes (ein Fallbericht)	213
<i>Ilse Burbiel, Maria Rettenberger (Munich)</i>	
Group Conflict in Dance Therapy – Attempt of a Group Dynamic Integration	222
<i>Ulrike Winkelmann, Bettina Weber, Anita Witte (München)</i>	
Die Bedeutung von gruppendynamischen Prozessen für die therapeutische Arbeit in der Milieuthérapie	234
<i>Anna Bielańska (Krakow)</i>	
Breaking Through Resistance: Psychodrama with Psychotic Outpatients	242
<i>Karin Wottrich, Angela Bauer (München)</i>	
Gruppendynamische Prozesse in einer therapeutischen Wohngruppe	256
<i>Marie Therese Kaufmann (München), Astrid Thome (Augsburg)</i>	
Widerspiegelung und unbewusste Wechselwirkungen zwischen Kinder- und Elterngruppe – Gruppenarbeit in einem psychoanalytischen Kindergarten	266
Nachrichten	
Nachruf Klaus-Jürgen Dresler	284

Editorial

Die analytische Gruppenpsychotherapie und dieser übergeordnet Themen der Gruppendynamik stoßen in Deutschland auf ein mehrfach determiniertes Feld des Argwohns und der Vorbehalte, weswegen sie im scheinbar großzügig geregelten Psychotherapieregelwerk des öffentlichen Gesundheitswesens relativ wenig Aufmerksamkeit erhält und relativ eng geführt wird. Die historischen Gründe für die Gruppenaversion in Deutschland sind vielfach besprochen worden.

Schon einfache Internetrecherchen zeigen den Vorrang auf, der individuumzentrierten Formen präventiver und psychotherapeutischer Arbeit im engeren Sinne gegenüber gruppenbezogenen Ansätzen zukommt, verglichen mit Ländern wie der Schweiz, den skandinavischen Ländern und Großbritannien, womit die Reihe lange nicht vollständig sein dürfte. Zuerst angefeindet in der Gemeinde der Psychoanalytiker, dann spät in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg eingeführt, kommt das Interesse an der Gruppe einige Zeit zusammen mit einem weltweit steigenden Interesse, wie es sich im Boom der Selbsterfahrungs- und Encounter-Gruppen, Gruppen in der Gestalttherapie, Primärtherapie, im Psychodrama zeigte.

Der Hausse folgte alsbald eine Rücknahme, eine Gruppenverdrossenheit. Auch da, wo ausdrücklich die Arbeit mit Gruppen als Methode der Wahl unfänglich bestätigt ist, kommt sie zu kurz und werden teurere, aufwändigere und unergiebigere individuumzentrierte Ansätze bevorzugt, so z. B. bei Bullying in der Schule. Obwohl Menschsein ohne Gruppenbedingtheit nicht denkbar ist, findet keine Zunahme differenzierter gruppendynamischer Betrachtungsweisen in der Soziologie statt. SULLIVANS Einsicht, wonach sich im schwächsten Mitglied einer Gemeinschaft, in seiner Problematik, Unangepasstheit, in seinem Leid sich das unterschiedlich pathologische Ausformungen annehmende Bedürfnis aller artikuliert, sich subjektiv gegen Ohnmacht und Angst abzusichern, hat auch in den Humanwissenschaften wenig Wirkung gezeigt. Das Transparentwerden des Aufeinanderbezogenseins, der gegenseitigen Bedingtheit der Befindlichkeit des Einzelnen, das Transparentwerden der intersubjektiven Vermitteltheit gesellschaftlichen Handelns scheint seinerseits Abwehr- und Sicherheitsoperationen zu mobilisieren – aus unterschiedlichen psychischen, politischen und anderen Gründen.

Die in diesem Heft versammelten Beiträge beziehen sich allesamt auf Gebiete der Gruppenarbeit, die relativ wenig in der gruppenpsychotherapeutischen

Literatur vertreten sind. Soweit die klinischen Beiträge bestimmte Patienten- und Klientengruppen betreffen, wird die Gruppenarbeit mit Menschen beschrieben, die ihrerseits im Praxisalltag wenig Zugang zu Therapiegruppen erhalten, die von gruppenanalytisch ausreichend geschulten und erfahrenen Psychotherapeuten und gruppendynamisch supervidierten Fachleuten geleitet werden. Die tief greifende Chance und das Risiko, das das Medium der Gruppe für den Einzelnen darstellt, insofern es psychische Prozesse intensiviert und gleichermaßen die Angst vor Kontrollverlust und Überbewältigung und den Schutz davor stärker hervortreten lässt, wird in diesen Artikeln als zentrales Thema der Gruppenpsychotherapie in gelingendem und misslingendem Engagement und Intervention illustriert.

Die polnische Psychotherapeutin Anna BIELANSKA zeigt am Beispiel der Arbeit der von ihr geleiteten Psychodramagruppe mit als schizophren diagnostizierten Patienten, wie der protektive Faktor zwischenmenschlicher Verbündung allmählich den Widerstand vor entlastender und therapeutisch heilsamer Öffnung in die Gruppe hinein überwindet.

Das dazu parallele Beispiel entstammt aus der analytischen Milieuthérapie Ulrike WINKELMANNs, die mit ihren Ko-Autorinnen schildert, mit welcher perseverierender Hartnäckigkeit sich die archaischen Vernichtungsängste einer psychotisch reagierenden Patientin im abgrenzend erfolgreichen Tätigsein gegen die schützenden und ermutigenden Hilfestellungen der Gruppen ohne Einhalt die Bahn brechen. Der Beitrag versucht, ontogenetisch die Vehemenz der aufbrechenden Vernichtungsangst als in der Persönlichkeit verankertes destruktives Rivalitätsgeschehen aus einer ganz frühen malignen Mutter-Kind-Symbiose zu erklären, in der das Kind als Träger des Lebensverbots der Mutter diese entlastet und selbst ein genichtetes Leben führt.

Eine ähnliche Hilfestellung wie das gemeinsame Arbeitsprojekt in der Milieuthérapie, den Menschen in seiner präverbalen Schädigung zu erreichen, können künstlerische, vorwiegend nonverbale Medien leisten. Der zur humanstrukturellen Tanztherapie veröffentlichte Beitrag von Ilse BURBIEL und ihrer Mitarbeiterin hat ebenfalls eine markante gruppendynamische Grenzsituation zum Gegenstand und erläutert die Reinszenierung traumatischer Körpergrenzverletzung. Paradigmatisch an diesem Beispiel werden in ihrer Abfolge gezeigt: Schutz der zum Sündenbock zu werden drohenden Patientin, Polarisierung von Täter- und Opferseite und ihre allmähliche Aufhebung, die dadurch erfolgt, dass die Mitglieder der Gruppe ihren je individuellen Anteil an der Thematik übernehmen.

Auf und Ab des Versuchs und sein zumindest vorläufiges Scheitern, eine vorwiegend destruktive Symbiose zweier Mädchen in einer unter gruppendynamischen Gesichtspunkten geleiteten und supervidierten Wohn- und Milieugruppe der Jugendhilfe zu integrieren, veranschaulicht und kommentiert ausführlich Karin WOTTRICH. Ihre Arbeit macht eindringlich deutlich, wie fragil, störrisch und wie wenig prognostizierbar auch sorgfältig bedachte Interventionen in ihren Ergebnissen an den Grenzen kommunizierbarer Psychodynamik sind.

Laszlo POTA, Begründer einer Fachklinik für polytoxe Kinder und Jugendliche in Hamburg beschreibt sein Verständnis der psychotherapeutischen Arbeit mit suchtkranken Jugendlichen:

[Sie] sind nur dann zu Veränderungen ihrer inneren Welt in der Lage, wenn sie Familien, Pädagogen und Therapeuten als gute Objekte verinnerlichen können und sich im Prozess von Idealisierung und Entwertung an ihnen ‚abarbeiten‘ können. Erst wenn dies ausreichend gut gelingt, ist die Basis für eine tragende Beziehung gesetzt, die vermitteln kann, dass es so etwas wie Zuverlässigkeit und Sicherheit geben kann. Erst auf der Grundlage einer solchen pädagogisch geprägten Beziehung werden eine tiefer gehende Psychotherapie und eine allmähliche (Nach-)Reifung der Persönlichkeit ermöglicht ...
(report psychologie 2007, 22(7/8):317)

Diesem ‘Abarbeiten’ in seiner komplexen emotionalen und affektiven Dimension als Bedingung eines intermediären Raumes, in dem sicherere Bindungen als zuvor und Persönlichkeitsentwicklung im eigenen Recht initiiert werden können, gelten theoretische Erwägungen wie die zur destruktiven Aggression in der analytischen Gruppenpsychotherapie von Astrid THOME und klinische Prozessbeschreibungen des Beginns einer analytischen Kindertherapiegruppe von Elke WRIEDT und Ulrike WINKELMANN und der kombinierten Einzel- und Gruppenpsychotherapie eines isolierten und wegen seines destruktiven Agierens immer wieder von Ausschluss aus Hort und Schulklasse bedrohten Kindes von Ursula BRÜCK. Für dieses Kind wäre die dyadische Therapieform kaum ausreichend gewesen und die alleinige Gruppenpsychotherapie zu bedrohlich. Es wird dargelegt, wie dank der Kombination von beidem es dem Jungen möglich wird, die überlebensnotwendige Gruppenfähigkeit zu entwickeln, bescheidener formuliert, es ihm allmählich erlaubt, die Gruppe erstmals als tragend und nährend zu erleben. Trotz der häufigen Indikation einer kombinierten Gruppen- und Einzelpsychotherapie ist diese Möglichkeit in der deutschen Richtlinienpsychotherapie nicht vorgesehen. Gerade für psychiatrisch schwerer kranke Patienten sind damit Chancen, zu einem befriedigenden und lebendigen Leben zu gelangen, deutlich eingeschränkt.

Auf diese grundsätzlich produktive Verschränkung individuum- und gruppenzentrierter Arbeitsweise bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen weisen auch Dusica LECIC-TOSEVSKI und ihre Ko-Autorin aus Belgrad in ihrem Beitrag hin, der u. a. auch ausführlichen diagnostischen Fragestellungen nachgeht.

Die klinischen Beiträge werden umrahmt von programmatischen. Einführend wird das von Günter AMMON entwickelte Konzept der analytischen Gruppenpsychotherapie der Dynamischen Psychiatrie in seinen spezifischen Akzenten und Nuancen von Margit SCHMOLKE und ihrer Ko-Autorin dargelegt und erörtert. Als zentrale Momente wird die Verwobenheit von Angst und Aggression in seinen defizitären und dysfunktionalen Ausprägungen und Auswirkungen auf den Gruppenprozess und reziprok der Gruppe auf Angst und Aggression im Einzelnen herausgestellt.

Ausgehend vom großen Ausmaß evozierbarer Angst in Gruppenpsychotherapien und dem Sicherheitsbedürfnis der Teilnehmer analysiert der norwegische Gruppenanalytiker Knut SKJØSTAD in seinem bemerkenswerten Beitrag Anfänge, erste Sitzungen von Gruppentherapien und Trainingsgruppen in der Wirkung, die Haltung und Interventionen des Gruppenpsychotherapeuten auf den weiteren Verlauf, Qualität des Gruppenklimas, Geöffnetheit versus Retentivität der Mitglieder nehmen.

Im abschließenden Beitrag von Marie-Therese KAUFMANN und Astrid THOME werden Widerspiegelungsphänomene zwischen Gruppen in ihrer gegenseitigen Unbewusstes erklärenden Funktion am Beispiel von Eltern- und Kindergruppen in der größtenteils präventiv verstandenen Arbeit des Psychoanalytischen Kindergartens der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft in München veranschaulicht und erörtert.

Nicht von vornherein beabsichtigt zentriert sich dieses Heft um eine Psychotherapie, die Wiedergutmachung, neue Erfahrung und Verinnerlichung von anderen als den in der einen oder anderen Weise überwältigenden und extreme Hilflosigkeit erzeugenden Erfahrungen der Kindheit auch Menschen zu ermöglichen, die in geradezu absurder Weise weit davon entfernt zu sein scheinen. Eine solche Arbeit ist kaum über die üblich gewordenen Leitlinien und Manuals zu vermitteln, sie ist über keine Rezepturen absicherbar. Die einzige Leitlinie, die Sicherheit gibt, ist den möglichst freimütigen Kontakt mit umgebenden anderen zu suchen und zu halten, anderen Behandlern, anderen Institutionen, und gruppendynamische Transparenz, was das Wirksamwerden und die Intentionalität aller Beteiligten betrifft, herzustellen.

Astrid Thome und Margit Schmolke

München, August 2007

Editorial

Analytic group psychotherapy and, more general, topics of group dynamics are dealt with a variety of suspicion and reservation in Germany. That's why this topic does not receive so much attention within the psychotherapy law in the public health system. The historical reasons for the aversion to groups in Germany have been discussed broadly.

Just simple internet research shows that individual centered forms of preventive and psychotherapeutic work take priority over group-related approaches compared to countries such as Switzerland, countries from Scandinavia, and Great Britain just to name some. At the beginning, the strongest enemies against group psychotherapy were the community of psychoanalysts. Then, late in Germany after World War II the interest in groups emerged together with the boom in self-experience and encounter groups, groups in Gestalt therapy, primary therapy, and in psychodrama.

Shortly afterwards after the boom followed a step back, the interest in groups disappeared. The work with groups has decreased even in areas in which this method has proven to be particularly useful. Instead, more expensive and less productive individual-centered approaches have been preferred, for example for the problem of bullying at school. Although one cannot imagine to be a human person without being determined by groups, there is no increase of differentiated group dynamic considerations in the field of sociology. Also SULLIVAN's approach has not demonstrated much influence to human sciences. According to his approach, the need of all human beings to protect themselves against powerlessness and anxiety is articulated by the weakest member of a community, their problems, their nonconformity, their suffering expressed in different pathological forms. The transparency of interrelatedness, the interdependence of the wellbeing of an individual, the inter-subjective mediation of actions in society seem to mobilize defense and security operations due to various psychic, political or other reasons.

The contributions assembled in this special issue relate to the field of group work which are represented relatively little in group psychotherapeutic literature. As far as the clinical contributions are concerned, they describe the practical work in groups with particular patient and client groups who have limited access to therapeutic groups conducted by group analytically trained and experienced psychotherapists and group dynamically supervised professionals. The profound opportunity and the risk being connected to the medium of a group

for the individual is a central theme of group psychotherapy, and this work with successful and unsuccessful engagement and interventions will be presented in some articles. It becomes apparent that the medium of the group may lead to intensify psychic processes and equally to emphasize the anxiety of loss of control and overwhelming feelings and the protection against them.

The Polish psychotherapist Anna BIELANSKA describes the work of a psychodrama group with patients diagnosed with schizophrenia conducted by her. She illustrates how the protective factor of interpersonal alliance among each other step by step leads to overcoming the resistance to the opening into the group, a process which finally is releasing and therapeutically healing.

A parallel example comes from the analytical milieu therapy of Ulrike WINKELMANN who describes with her co-authors the persevering persistence with which the archaic anxieties of annihilation of a psychotically reacting patient forge ahead against the protecting and encouraging support of the group. The authors try to explain ontogenetically the vehemence of the emerging anxiety of annihilation of this patient. It derives from destructive rivalry in a very early malignant mother-child symbiosis in which the child unconsciously has become the carrier of her mother's prohibition to live and by this has taken the function of releasing her mother. Finally the patient herself has lived an annihilated life.

A similar support, as described in the milieu therapeutic project, to reach a person in her/his pre-verbal impairment can be given by artistic mainly non-verbal media. The contribution of Ilse BURBIEL and her co-author on human-structural dance therapy also deals with a striking group dynamic border situation and describes the reenactment of traumatic violation of borders of the body. This example shows paradigmatically following topics: the protection of a female patient who is threatened to become the scapegoat of the group, the polarization of perpetrator and victim and its gradual dissolution which was possible that each group member took over her/his individual part of the theme.

Karin WOTTRICH illustrates in detail a case report from her work in a living and milieu group of adolescents conducted and supervised with group dynamic principles. The author describes the ups and downs of the attempt to integrate a mainly destructive symbiosis of two girls into the group which failed at least for the time being. This case report makes very clear how fragile and sensitive interventions are, even if they are carefully planned, and how little prognostic validity they have at the limits of communicable psychodynamics. Laszlo POTA, the founder of a special hospital in Hamburg for children and adoles-

cents with multiple addictions describes his understanding of psychotherapeutic work with these patients: They

are capable for change of their inner world only if they are able to internalize families, teachers and therapists as good objects and if they can 'work off' at them in the process of idealization and devaluation. Only if this is sufficiently successful, the basis for a supportive relationship is established which can convey that something like reliability and security may exist. Only on the basis of such a pedagogically based relationship, a more profound psychotherapy and a gradual maturation of the personality is possible ...

(report *psychologie* 2007, 22(7/8):317; translation by the authors)

The following articles relate to this 'working off' in its complex emotional and affective dimension as condition of an intermediate space in which more secure attachments than before and personality development in its own right can be initiated. In her theoretical contribution, Astrid THOME discusses the meaning of destructive aggression in analytic group psychotherapy, and Elke WRIEDT and Ulrike WINKELMANN describe the clinical process of the beginning of an analytic therapy group for children. Another clinical case report by Ursula BRÜCK deals with the combination of individual and group psychotherapy of a socially isolated boy child who is at risk to be excluded from school and after-school care club due to his destructive aggressive acting-out behavior. A dyadic therapeutic setting would not have been sufficient and a therapy group would have been too threatening for the child. The author shows that the combination of both made it possible for the child to develop the essential capability to be in a group, or to put it more modestly, to allow him to experience the group as supportive and nurturing for the first time. Despite the frequent indication of a combined group and individual psychotherapy, this possibility is not considered in the German psychotherapy according to the psychotherapy law. Therefore, especially psychiatrically severely ill patients have clearly limited chances to reach a satisfactory and fulfilled life.

Dusica Lecic-Tosevski and her co-author from Belgrade refer also to this basically productive combination of individual and group-centered work for patients with personality disorders. Furthermore, they discuss in detail diagnostic questions concerning personality disorders among other clinical topics.

The clinical papers are framed by programmatic contributions. In their introductory paper, Margit SCHMOLKE and her co-author present and discuss specific key concepts and nuances of analytic group psychotherapy in Dynamic Psychiatry developed by Günter AMMON. Central topics are the interrelation of anxiety and aggression in their deficient and dysfunctional characteristics and

their effects on the group process and, reciprocally, the effects of the group on anxiety and aggression.

Based on the large extent of anxiety triggered in group psychotherapy and of the need for security of the participants, the Norwegian group analyst Knut SKJØSTAD analyses in his remarkable contribution the beginning and first sessions of group psychotherapies and training groups and the therapist's attitude and interventions in their effects on the further course, quality of the group climate, and openness versus retention of the group participants.

In their concluding contribution, Marie-Therese KAUFMANN and Astrid THOME illustrate and discuss mirror phenomena between parents and children groups and their unconscious function in the mainly preventive work of the psychoanalytic preschool of the German Group Psychotherapeutic Society in Munich.

Originally not intended, this special issue focuses on a psychotherapy which also offers reconciliation, new experiences and internalization of experiences different from those of overwhelming and extreme helplessness in the childhood of persons who seem to be far from this opportunity. Such a therapeutic work is hardly to convey through guidelines and manuals which have become usual, neither it is possible to secure it through instructions. The only guideline providing security is to seek and to hold contact in a preferably frank way to the surrounding others, to other therapists and institutions and to establish group dynamic transparency concerning taking effect and the intentionality of all participating persons.

Astrid Thome, Margit Schmolke

Munich, August 2007

Basics of Analytic Group Psychotherapy in Dynamic Psychiatry

Margit Schmolke, Monika Dworschak (Munich)

Group dynamics in early and current phases of a person's life are considered as fundamental bases of a person's healthy and psychopathological development in the concept of Dynamic Psychiatry. Therefore, group psychotherapy is regarded as the main therapeutic method in inpatient and outpatient treatment. The combination of group and individual psychotherapy is frequently indicated for patients with so-called 'early disorders' – a setting which is not a standard treatment so far but an exception in the majority of psychotherapeutic treatment. The authors present the characteristics of analytic group psychotherapy in this special approach, such as working with the unconscious of the group as a whole and the individual, transference, working with aggression and anxiety, and the dialectics of identity and group

Keywords: analytic group psychotherapy, unconscious, transference, aggression, identity development

Introduction

In recent years, the meaning of group psychotherapy has decreased in psychotherapeutic training institutes and also in its theoretical formulation. Group psychotherapy has become a stepchild. The main emphasis has been put on individual outpatient treatment. The tendency towards processes of non-solidarity in our society seem to lead to the preference of 'intimate' two-person situations, as stated recently by three psychoanalysts from the Alexander-Mitscherlich-Institute in Germany (BROCKHAUS, KIPP, OHLMEIER 2005).

Group psychotherapy, however, has a central place in inpatient psychotherapeutic and psychosomatic treatment and in rehabilitation settings although therapists in these institutions often don't have sufficient training and experience in conducting psychotherapeutic groups.

It is interesting that at the same time there is an increasing interest worldwide in self-help groups of any kind, for mental as well as for medical disorders. Illustratively, in the city of Munich exist presently about 1.500 self-help groups for different physical, mental and social problems. These persons seem to feel

Paper presented at the Symposium „Analytic Group Psychotherapy in Dynamic Psychiatry“ at the International Congress of the World Psychiatric Association (WPA), Istanbul, July 12-16, 2006.

the need of sharing their experiences, questions and suffering from their illnesses within a social network and this way they express their needs of being part of or belonging to a group.

In terms of efficiency, group psychotherapy has been recognized as effective as individual psychotherapy by psychotherapy researchers in their meta analyses (e.g. TSCHUSCHKE 1999; FUHRMAN, BURLINGAME 1994).

Dynamic Psychiatry Approach

Günter AMMON, the founder of Dynamic Psychiatry in Germany, has conceptualized an approach of psychoanalysis, psychiatry, group dynamics and group psychotherapy—mainly influenced by the psychoanalytic object relations theory, the interpersonal theory of Harry STACK SULLIVAN and the innovative psychoanalytic concepts in the Menninger Foundation in Topeka, Kansas (MENNINGER 1936). AMMON spent ten years in the Menninger Foundation between 1956-1965, where he conceptualized and conducted group psychotherapy and milieu therapy for severely chronically disordered mental patients together with psychiatrists and psychoanalysts mainly experienced in individual psychotherapy of Borderline and psychotic patients (AMMON 1977a).

In his concept, AMMON emphasized that the individualistic thinking has to change towards group dynamic thinking. The integrative view of Ego-psychology and group dynamics has been central in his early concept of group psychotherapy (AMMON 1977b). His innovative concept has been expressed in his first publications, such as 'Group Dynamics of Aggression' (1970), 'Group Dynamics of Creativity' (1972a) and 'Group Psychotherapy' (1973a). The group has become a central meaning in training, supervision, and treatment. Consequently, group psychotherapy is the method of first choice since it is closest to a person's life needs and his development of identity, both depending on interpersonal experiences and exchange (AMMON 1979).

According to this concept, the etiology of mental illness is psychoanalytically and group-dynamically oriented. An individual has become ill in his primary group and he or she can become healthy again by the constructive power of a group.

Instead of the prejudice of the non-understandability (*Uneinfühlbarkeit*) of mental illness, the Dynamic Psychiatry has learnt from the psychotherapeutic work with psychotically reacting patients that the psychopathological behavior even of the most severely mental illness is a reaction to experiences in very early childhood, now unconscious, and can be understood and treated.

(AMMON 1973b, p. 43; translated by the authors)

In other words, mental illness has its origin in destructive or deficient experiences in the primary group of the patient's early childhood if the patient was not provided by compensatory protective factors, such as a positive relationship to a relative or an important person outside of the family group.

Essentials of Group Psychotherapy in Dynamic Psychiatry

1. *Spectrum of therapeutic methods*: The therapeutic spectrum encompasses individual and group psychotherapy—sometimes combined—in inpatient and outpatient clinical care. Psychotherapy in groups is offered in analytical and psychodynamic group psychotherapy and can also be combined with milieu therapy, nonverbal therapy groups such as dance, music, theater, or art therapy. The combination of individual and group psychotherapy is frequently indicated and efficient with a lasting effect for patients with so-called early disorders, i.e. personality disorders, major depression, or psychotic disorders. Despite the usefulness of this combination, it is neither promoted by policy makers in Germany nor it is recommended as useful psychotherapeutic treatment setting according to psychotherapy guidelines.
2. *Indication*: Group psychotherapy is indicated to a wide range of patients except if patients may still need the particular space of protection in an individual psychotherapy or if their transference feelings are too strong and would make communication impossible in a group setting.
3. *Structure*: The therapy groups are half-open with about 8-12 members, the duration is about three to four years for the patient. The majority of therapeutic groups includes two sessions a week, some therapeutic groups meet only once a week.
4. Usually we work with a *co-therapist* who has an important regulative function. Transference feelings can be directed to both therapists in different ways, and they can discuss and understand their counter-transference feelings among each other and/or in supervision.
5. The *composition* of a group should be as heterogeneous as possible concerning disorders, symptoms, socioeconomic levels, race, political attitudes, etc. The group is as effective as it is composed carefully by the therapist. Ideally, there are at least two members with the same disorder in order to

avoid isolation. The group psychotherapist has to consider if the group members are interested in each other, if they may have understanding for each other, if they may provide auxiliary ego-functions to other group members, if they can provide reflection among each other and if they can allow and tolerate the expression of aggression. Our concept of group psychotherapy is consistent with the statement of the pioneer in group psychotherapy Irvin Yalom (1995) concerning homogeneous groups, “the greater the degree of homogeneity among members, the less the therapy group can become an accurate representation of a real-world ‘social microcosm’ with all its attendant opportunities for interpersonal learning.” YALOM (1995, p. 255)

6. *Contract*: Each member has to follow the rules of a group contract which implies regular participation, confidentiality, taking notes in each session, coordination of vacation, honorary (if not paid by health insurances), abstinence of private contacts outside the group including sexual taboo.
7. *Personality development, self-disclosure and the function of symptoms*: Self-disclosure within a group involves always a risk-taking of the patient and needs therefore a group environment that provides a sense of safety. We agree with the following statement of the North-American group psychotherapist Douglas SCATURO on this topic:

Group support, empathy and compassion for the individual member’s interpersonal suffering and life struggles are prerequisites for either an increased degree of self-disclosure by group members or of gradually increasing degrees of confrontation of one another. SCATURO (2004, p. 209)

We would say that the more a patient is able to disclose his inner feelings and conflicts and this way to develop his own personality in the group, the more likely his symptoms may lose their function. It has been clinically shown that most often existential feelings such as anxiety of separation, death anxiety and feelings of abandonment are lying behind the symptoms of a mental disorder such as depression or psychosomatics.

8. *Aggression and anxiety*: The characteristics of a successful group psychotherapy is understood by AMMON if the destructive-aggressive confrontation between group and therapist has been worked through in a constructive way. Destructive aggression can be treated in groups more efficiently than in individual psychotherapy. Destructive and deficient behavior, perception and ideas which appear to a patient as ego-syntonic need to be con-

fronted and interpreted as destructive and ill and as barriers in interpersonal relationships which is especially important for patients with personality disorders and depression. Any confrontation, however, has to occur in the middle phase of the therapeutic process on a holding basis of empathy and contact with the patient in order to experience the confrontation as helpful. In the course of treatment, we often discover a severe anxiety of abandonment behind a patient's destructive acting-out behavior. And vice versa, patients who experience themselves existent in their anger often don't have any access to their deeper lying anxieties. Working on the interrelationship of aggression and anxiety can be an important turning point in the treatment leading to essential improvement and identity development.

9. *Transference*: The working-through of aggression is the therapeutic work with the patient's negative transference feelings. When a patient is helped by the group to recognize his unconscious feelings (e.g., idealization, hostility) towards group members or towards the therapist as transference feelings then he will be able to experience them more and more as real persons with strengths and weaknesses. The strong advantage of group psychotherapy compared with individual psychotherapy is that it offers a wide range of different transference feelings towards the therapist(s) and group members. A single event, for example, can be perceived in different ways and from different perspectives. Usually, a group does not have a uniform opinion but a diversification of perceptions, views and experiences.
10. *Unconscious*: The expression of the unconscious of the group as a whole and of its members is possible when the group border is closed in a protective way and when group cohesiveness is established. If this is the case, then disclosure of group members such as the expression of genuine feelings, dreams, transference processes, fantasies, early memories is possible.
11. *Dialectics of identity and group*: Group psychotherapy provides the space for individual identity development on one side and a sense of belongingness and group identity on the other side by interpersonal learning and experience. AMMON states,

Identity and group belong together. Only through the experience of the own personality in the mirror of other persons and through perceiving, taking seriously and recognizing of the other group members, personality and identity development can take place. AMMON (1982, p. 116; translated by the author).

The dialectics of identity of the individual and the group is expressed, for

example, in AMMON's understanding of dreams as an ego-function as well as a group function. A patient's dream always is an expression of the individual's unconscious as well as of the unconscious of the whole group (AMMON 1972b).

Conclusions

In summary, we can say that group psychotherapy is a therapeutic tool for an emotional corrective personality development because the group as a whole may be internalized by the individual as a particular developmental space. The individual can identify with aspects of other group members which have not been offered to him from persons in his early years of life. The group psychotherapist has the function of a role model and has to deal with the patients' projections, resistance as well as with their transference and his own counter-transference feelings. He is responsible for integration, regulation and for the protection of group borders such as the inclusion of scapegoats or silent patients. Particular attention has to be paid to the emotionally frail group member at the border of the group (Grenzperson) in order to regulate supportive and confrontation elements within the group.

Some reasons why group psychotherapy has been applied less frequently in clinical care in recent years could be the following (DWORSCHAK 2006):

- a. the higher investment of emotional energy and time
- b. the decrease of trained and experienced therapists in group psychotherapy
- c. the problem of financing by the patient himself or by health insurances
- d. problems of structuring the group in terms of selection and composition

We would like to close with some positive reasons in favor of group psychotherapy. Our personal experiences as group psychotherapists have shown that we may find following elements in groups:

- a vivid and vibrant exchange of experiences and feelings,
- containing of tensions and conflicts,
- a variety of identification and transference possibilities among the group members,
- special dynamics within the group and between the therapists,
- less control and less activity of the therapist if there has been established an emotional basis, mutual confidence, and openness in the group,

- confidence into the group process, and
- exciting and stimulating interactions including laughing and humor.

With this short introduction, we would like to encourage therapists and psychotherapeutic training institutes to be aware of the historical roots of group psychotherapy, of its high clinical effectiveness for our patients, of the advantage of combining individual and group therapy for some patients, and we would like to plead for the integration of group psychotherapy and group dynamic principles into their daily clinical practice again.

Grundzüge der analytischen Gruppenpsychotherapie in der Dynamischen Psychiatrie

Margit Schmolke, Monika Dworschak (Munich)

Obwohl das Bedürfnis der meisten Menschen nach Eingebundensein in Gruppenbezügen groß ist, was sich u. a. in der zunehmenden Zahl von Selbsthilfegruppen für medizinische und psychische Erkrankungen niederschlägt, geht die Bedeutung und das Interesse an der Gruppenpsychotherapie in psychotherapeutischen Ausbildungsinstituten immer mehr zurück. Sie wird jedoch in stationärer Psychotherapie und Rehabilitationseinrichtungen praktiziert, allerdings von unzureichend ausgebildeten TherapeutInnen. Was die Effizienz betrifft, ist die Einzelpsychotherapie gegenüber der Gruppenbehandlung nicht überlegen.

Günter AMMON, Begründer der Dynamischen Psychiatrie in Deutschland, plädierte in den 70er Jahren bei der Entwicklung seines Gruppenkonzeptes dafür, dass das individualisierte Denken vom gruppendynamischen Denken abgelöst werden sollte. Der einzelne ist in seinen frühen Gruppenbezügen krank geworden und er kann durch die konstruktiven Kräfte einer Gruppe wieder gesund werden.

Die Grundzüge der analytischen Gruppenpsychotherapie, wie sie im dynamisch-psychiatrischen Behandlungskonzept konzipiert wurden, werden wie folgt skizziert:

1. Das *therapeutische Spektrum* umfasst Einzel- und Gruppentherapie, manchmal im kombinierten Setting. Analytische oder tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie ist besonders für Patienten mit Frühstörungen in Kombination mit nonverbaler Psychotherapie (Milieu-, Tanz-, Theater-, Reittherapie) indiziert.
2. *Indikation:* Gruppenpsychotherapie ist für ein breites Patientenspektrum

- indiziert, ausgenommen Patienten, die noch den besonderen Schutzraum einer Einzeltherapie benötigen.
3. *Struktur*: Die Therapiegruppe ist halboffen, findet in der Regel zweimal (in einigen Gruppen nur einmal) wöchentlich statt und besteht zwischen acht und zwölf Teilnehmern, sie dauert ca. drei bis vier Jahre für den einzelnen Patienten.
 4. Es wird in der Regel mit einem *Ko-Therapeuten* gearbeitet, was eine wichtige regulative Funktion für die Gruppe hinsichtlich der unterschiedlichen Übertragungsmöglichkeiten hat.
 5. Die *Zusammensetzung* der Gruppe soll so heterogen wie möglich sein bezüglich Störungen, Symptome, sozioökonomischen Levels, ethnischer Zugehörigkeit, politischer Überzeugung, etc. Wichtig sind wechselseitiges Interesse, Verständnis und Hilfs-Ich-Funktionen für ein anderes Gruppenmitglied zur Verfügung zu stellen.
 6. Der *Gruppenvertrag* beinhaltet regelmäßige Teilnahme, Schweigepflicht nach außen, Protokoll schreiben, Koordination von Ferienzeiten, Honorarzahlung und Abstinenz von privaten Kontakten außerhalb der Gruppe einschließlich Sexualtabu zu Gruppenmitgliedern.
 7. *Persönlichkeitsentwicklung, emotionale Öffnung, Funktion von Symptomen*: Je mehr ein Mitglied Gefühle und Konflikte in der Gruppe öffnen kann, desto wahrscheinlicher ist es, dass seine Symptome ihre Funktion verlieren und die Persönlichkeitsentwicklung des Mitglieds gestärkt wird. Klinische Erfahrungen haben gezeigt, dass hinter den Symptomen einer schweren psychischen Erkrankung oft Trennungs-, Verlassenheits- oder Todesängste liegen.
 8. *Aggression und Angst*: Dreh- und Angelpunkt einer erfolgreichen Gruppenpsychotherapie ist die Bearbeitung destruktiver Aggression und das tiefere Verständnis von Angst. Oftmals sind hinter destruktiv-aggressivem Ausagieren tieferliegende Ängste verborgen, und umgekehrt spüren Patienten mit hohem Angsterleben ihre Wut nicht.
 9. *Übertragung*: Im Vergleich zur Einzeltherapie bietet die Gruppentherapie verschiedene Übertragungsmöglichkeiten an den bzw. die Therapeuten und untereinander. Gruppen haben keine Einheitsmeinung, sondern es findet eine Diversifizierung von Wahrnehmungen und Meinungen statt.

10. *Unbewusstes*: Der Ausdruck des Unbewussten der Gruppe als ganzer oder ihrer Mitglieder ist möglich, wenn die Gruppengrenze geschlossen und geschützt und eine Gruppenkohäsion entstanden ist. Dann können echte Gefühle, Träume, Übertragungsprozesse, Phantasien, frühe Erinnerungen geäußert werden.
11. *Dialektik von Identität und Gruppe*: Die Gruppenpsychotherapie bietet einerseits den Entwicklungsraum für den Einzelnen und andererseits das Gefühl von Zugehörigkeit und Gruppenidentität. Identität und Gruppe gehören zusammen. Nur durch das Erleben der eigenen Persönlichkeit im Spiegel von anderen und deren Wahrnehmung und Ernstnehmen kann Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung des einzelnen stattfinden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Gruppenpsychotherapie geeignet ist für die nachholende Persönlichkeitsentwicklung aufgrund der vielfältigen Identifikationsmöglichkeiten der Mitglieder. Mögliche Gründe, warum diese Therapieform in den letzten Jahren weniger angewendet wird, könnten sein:

- a. das stärkere emotionale und zeitliche Engagement,
- b. der Rückgang von ausgebildeten und erfahrenen Gruppentherapeuten,
- c. das Problem der Finanzierung durch die Patienten oder Krankenkassen,
- d. Probleme der Gruppenstrukturierung in Form von Auswahl und Zusammenstellung.

Die Autorinnen plädieren aufgrund der klinischen Effektivität für den verstärkten Einsatz von Gruppentherapie und bei Indikation für die kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie insbesondere für Patienten mit Frühstörungen.

LITERATURE

- Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression. München: Kindler.
- (1972a): Gruppendynamik der Kreativität. München: Kindler.
- (1972b): Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion. *Dyn. Psychiat.* 6:145-164.
- (1973a): Gruppenpsychotherapie. München: Hoffmann, Campe.
- (1973b): Dynamische Psychiatrie. Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie. Berlin: Pöhl.
- (1977a): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas.
- (1977b): Ego-psychological and group-dynamic aspects of psychoanalytic group psychotherapy. In: M. Wolberg, L. Aronson (eds.): Group Therapy. New York: Statton.
- (1979): Gruppenpsychotherapie. In: Ammon G. (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1; pp. 554-601. München: Reinhardt.

- (1982): Identität – ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie. *Dyn. Psychiat.* 15:114-128.
- Brockhaus, E.; Kipp, J.; Ohlmeier, D. (2005): Wie vermittelt man Gruppenanalyse? Oder: Gruppenanalyse im gesellschaftlichen Kontext – ein Weiterbildungsprojekt. *Gruppenther. Gruppendynamik* 41:286-305.
- Dworschak, M. (2006): Zur Aktualität analytischer Gruppenpsychotherapie. [Paper presented at the Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse; March 31, 2006; unpublished].
- Fuhrman, A.; Burlingame, G. M. (1994): Group psychotherapy: Research and practice. In: A. Fuhrman, G. M. Burlingame (eds.): *Handbook of Group Psychotherapy. An Empirical and Clinical Synthesis*; pp. 3-40. New York: Wiley.
- Menninger, W. C. (1936): Psychoanalytic principles applied to the treatment of hospitalized mental patients. *Bull. Menninger Clinic* 1:35-43.
- Scaturro, D. J. (2004): Fundamental clinical dilemmas in contemporary group psychotherapy. *Group Analysis* 37:201-217.
- Tschuschke, V. (1999): Gruppentherapie versus Einzeltherapie. Gleich wirksam? *Gruppenther. Gruppendynamik* 35:257-274.
- Yalom, I. D. (1995): *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Authors' address: Dr. Margit Schmolke • Monika Dworschak, Dipl.-Psych. • Konrad-Adenauer-Str. 25 • 85221 Dachau

Dr. Margit Schmolke, clinical psychologist, group psychotherapist, training analyst, and lecturer of the German Academy for Psychoanalysis (DAP). She works in her private psychoanalytic practice in Dachau. Co-chair of the group psychotherapy training at the Munich Training and Research Institute of DAP. Co-chair of the Section on 'Preventive Psychiatry' of the World Psychiatric Association.

Dipl.-Psych. Monika Dworschak is a clinical psychologist, psychoanalyst, group psychotherapist, and lecturer of the German Academy for Psychoanalysis (DAP), Munich. She works in her private psychoanalytic practice in Dachau.

Group Psychotherapy of Persons with Personality Disorders

Dusica Lecic-Tosevski, Mirjana Divac Jovanović (Belgrade)

The authors think that all personality disorders function at the borderline level and that borderline phenomena are markers of severity and instability of different personality disorders. The borderline personality functioning is a dynamic dimension which can be transitory (borderline decompensation) and can be triggered by depression. Some borderline patients may fail to progress in individual psychotherapy but respond well to group treatment alone or in conjunction with individual treatment. It is best to mix different types of personality adaptations at different levels of functioning, like in real life situations. The authors also think that the supportive and interpretative treatments should be combined for the most persons with personality disorders in the group setting.

Keywords: personality disorders, borderline level, group psychotherapy

Introduction

There are many disagreements about the concept of personality disorders (PD) and this psychopathological category is still being used indiscriminately. According to our research as well as the clinical and psychotherapeutic experience, we believe that all personality disorders function on the borderline level. Instead of categorical diagnostics of borderline personality disorder (BPD) as a separate entity which is the concept accepted by many distinguished authors like GUNDERSON (1984) and which is a basis for DSM classification (APA 1980), we proposed that 'borderline' is a level of personality functioning and a dynamic phenomenon positioned between neurotic and psychotic personality functioning (DIVAC-JOVANOVIC, SVRAKIC, LECIC-TOSEVSKI 1993; LECIC-TOSEVSKI 2000). A similar concept has been proposed by BERELOWITZ and TARNOPOLSKY (1993).

KERNBERG (1984) has proposed the concept of borderline personality organization typical for all 'severe' personality disorders (PD). However, we do not see the reason for division of PDs into 'mild', 'moderate' and 'severe', when there are traits or dimensions of personality. All persons (except autistic) have a basic personality structure determined by an interaction of personality traits which is a normal condition, while in PDs there are problems in development

of normal personality with certain psychopathological phenomena. Therefore, we think that all persons with personality disorders most of the time function on the borderline level which can be triggered by depression (LECIC-TOSEVSKI, DIVAC-JOVANOVIC 1996; LECIC-TOSEVSKI, DRAGANIC 1997). They can have different types of personality adaptations (narcissistic, antisocial, paranoid, schizoid, histrionic, etc.) (DIVAC-JOVANOVIC 1991) and have so-called chameleon style (POPE, JONES, HINDSON et al. 1983). It is also in accordance with MILLON's concept (2000) who stated that the construct of personality disorders derived from the evolutionary model may be described either as personality styles or personality disorders. Styles and disorders are distinguished in terms of their relative level of pathology—personality styles shade gently into personality disorders, with styles falling in the normal range and disorders falling in the pathological range. Both are higher-order constructs composed of personality traits.

Borderline level of personality functioning

We think that borderline is not a personality type but level of personality functioning, and that all three personality clusters (eccentrics, dramatics, fearful) may function on the borderline level. All true personality disorders are borderline ('mild' and 'moderate' do not exist, they are normal personality traits and have neurotic personality functioning). We also believe the following:

1. borderline phenomena are markers of severity and instability of different PDs;
2. borderline personality functioning is a dynamic dimension which can be transitory (borderline decompensation) and
3. depression, i.e. affective disorder, can cause a regression to the borderline level of personality which explains a frequent comorbidity between depression and borderline PD (LECIC-TOSEVSKI 1992, 2004).

This phenomenon we call a pseudoborderline syndrome, which disappears with resolution of depression (LECIC-TOSEVSKI, DIVAC-JOVANOVIC 1996). Most persons with personality disorder have a constitutionally low tolerance for depression and anxiety, as well as an affective dysregulation, probably caused by biological factors. Therefore they are prone to depressive manifestations, which then induce a behavioral dyscontrol and regression to the borderline level of functioning. That depressive circle is related to the clinical phenome-

non of recurrent regression, which is a significant problem that we face in treatment of PDs.

Group psychotherapy of persons with personality disorders – basic principles

The history of psychotherapy in general is fraught with dogmatism. In the last two decades there is dissatisfaction with school-oriented therapy together with a new emphasis on efficacy. Three trends currently dominate, according to MILLON (2000): brief therapy, the common factor approach and therapeutic eclecticism. All of these trends share an important shortcoming; they fail to develop forms of therapy specific to DSM-III Axis II disorders (APA 1980). On the other hand, group therapists have taken a wide variety of conceptual models as the basis for their work, ranging from dynamic psychology to behavioral modification. It is almost impossible to maintain methodological purity with the levels of complexity that are encountered in dealing with an interactive group of patients over a fairly long period of time.

Personality disorders “like the rest of us, come in many psychological sizes and shapes and manifest multiple varieties of characterological features, personality attitudes and behavioral dispositions” (HORWITZ 1977). The meeting of these complexities can be seen in group therapy of personality disorders—group of people with unstable relatedness, low tolerance of disturbing affects and poor integration—being put together to investigate their boundaries and identities. But, paradoxically, some borderline patients may fail to progress in individual psychotherapy but respond well to group treatment, sometimes alone and sometimes in conjunction with individual treatment.

In our experience, for majority of borderline patients it is necessary to start with individual treatment and then, after achieving enough integrity, let them join the group, in order to improve communication, social adaptation and relatedness. It is important to note that a person with personality disorder should be put in a group when he/she can stand it, and when a group can accept him/her.

The group therapy with persons with BPD should include supportive measures, such as increased therapist’s transparency and activity and an encouragement of socialization among members. We agree with HORWITZ that an all-borderline group (of poorly organized individuals) is not desirable because such patients tend to be too quiet, withdrawn and/or demanding. There is a consistent recommendation in literature that BPD are best treated in group ‘of neuro-

tic and character disorders' (HORWITZ 1977) and that BPD do not exceed 'more than one or two' in number. These cautions are introduced both because of the potential stress on the patient, as well as the strain such patients place upon the group. Since their pathology is of the more profound nature and they are more handicapped than others, they run the risk of being scapegoated or alienated from the more competent members. However, we think that the number of BPD in the group can exceed two if the patients are properly prepared. Preparation includes long enough comprehensive individual treatment (involving both adequate pharmacotherapy and psychotherapy) prior and/or during the group experience. Therefore, preparation for entering the group is very important and is a process which can take many months.

In our experience, it is best to mix different types of personality adaptations at the different levels of functioning, like in real life situations. In one of our groups we included schizoid, histrionic and narcissistic patients, functioning on the borderline or higher levels of integration (levels are many, as many as the patients). That diversity, we assume, is very good as an experience of 'real life' social challenges, which every patient needs to learn to manage. So, 'dramatics' will puzzle 'anxious', and/or 'eccentrics' and vice versa. Thus exclusion criteria should not be the type of PD, but the level of functioning, in terms of choosing the phase of therapy process when regressive tendencies are relatively mastered by the individual patient.

There is a consensus that the therapeutic attitude should be 'active friendliness'—the therapist should assume a warm, friendly, non-critical and non-demanding attitude toward patients. Borderline patients are in greater need for active support from the therapist and the group. We think that they also need more structure and more transparent rules, in order to avoid escalation of anxiety, especially at the beginning of the group treatment. At the same time, paradoxically, they need more tolerance and flexibility when breaking those rules. These patients often show poor tolerance for unpleasant affects, problems with controlling hostility, jealousy and envy and are susceptible to paranoid anxieties and reactions. Since they are frequently noncompliant and at high-risk for dropping-out, the patients who manifest excessive narcissism, who poorly control hostility and have excessive levels of anxiety are not suitable for joining the group (HORWITZ 1977). Under such prerequisite, one may ask why introduce a group modality at all? Paradoxically, the very qualities and deficits that make the borderline patient a problematic group member are at the same time often best treated in a group setting.

Groups are the medium par excellence for highlighting difficulties in relationships which is often the major complaint or trouble for the BPD in the middle phase of the therapy. After gaining some trust and integration in the individual setting, they need to probe their 'new' self with others and in protected situation with his well known therapist. As for the therapist, there is a major shift in his role, if the therapist remains the same (in individual and group setting), and he needs to prepare for that change (HORWITZ 1977).

In summary, the basic principles for the group psychotherapy of PDs would be as follows:

- Individual and group therapy of PDs do not exclude each other – they are contributing to each other and are mutually interwoven in various ways (according to needs of each particular person).
- The patients with different levels of personality functioning and adaptation should be grouped together, so that they can challenge each other and help in stabilization of others.
- Both support and reconstruction should be used alternately.
- Group psychotherapy of PDs can be used as educational, i.e. it should include learning of psychological functioning.
- The role of therapist is very important – the therapist should be flexible and creative. Co-therapeutic work is useful, because of mutual support and supervision in work with this difficult category of patients.
- Partial or full hospitalization is not counter-indicated—the group treatment can be carried out in these settings, too, as we have done in our Centre for Personality Disorders.

Specific features of group psychotherapy of persons with personality disorders can be summarized as the following: dilution of transference; activation; emotional gratification and dependence; expression of hostility and rage; multiple identifications; modification of the character armor and counter-transference dilution (HORWITZ 1977; LITTLE 2006).

Dilution of transference

Dilution of transference helps to prevent unwanted regressive reactions, because there are opportunities for diffusing transference reactions upon the multiple targets. Also, there are more opportunities for social and emotional distance, and for regulation of intensity of one's emotional involvement. The

group provides greater reality orientation and pulls toward appropriate social responses. According to our experience, dilution of transference in group significantly alleviates counter-transference of therapists, and helps in its use as a therapeutic tool. Also, the ‘narcissistic bubbles’ are challenged since they become ‘transparent’ in the group and it is less likely that the therapist’s challenge of the bubble shall provoke fear and rage, as in dyadic relationship. The confrontation of denial is much easier in the group, and therapist may fear less that there will be client’s ruthlessness and hostility, as well as his or her own destructiveness, in front of ‘witnesses’ (LITTLE 2006).

Activation

Group interaction stimulates or activates patients who would otherwise tend to be passive and withdrawn (for instance schizoid PD). Such patients often experience difficulty in communicating in individual treatment because of their difficulties in tolerating personal closeness. The supportive setting of group permits the patient to participate at his own pace. For such patients the group experience may indeed be their first opportunity to participate with others on an emotional level. Our experience shows that emotional participation of schizoid persons happens in much quicker pace in group than in individual treatment, even though these persons at the beginning have resistance to be included in a group.

Emotional gratification and dependence

The support that some persons get in the group sometimes is the first and after a long time experienced support, which is a basis for establishment of trust and a corrective emotional experience. Sometimes this can evoke ‘regression to dependence’, or ‘affective outbursts’ (KERNBERG 2004). The group can provide a wide variety of gratification (for dependency needs, social experience, and feeling of acceptance). It symbolically represents a maternal figure (SCHEIDLINGER 1974). Our patients from the group used to go out together after group sessions. Also, during vacations of therapists they were supporting each other. However, some of the problems appearing in interactions during these periods need to be analyzed in the group afterwards.

Expression of hostility and rage

The dilution of transference is especially helpful in regard to borderline pa-

tient's acute difficulties in dealing with hostility and aggression. It is important that angry confrontations, attacks and counter-attacks occur without permanent damage to either party or to the relationship. For the passive inhibited patient, the group provides an 'unfreezing' experience, especially in the early stages. Also, confrontation by peers or the group's consensual validation is often more effective than a similar observation by the therapist alone who tend to be seen as either a malevolent or over-idealized figure (HORWITZ 1977). The destructiveness of 'thick-skinned' PD patient, often with antisocial elements, help him or her to feel omnipotent and no longer vulnerable or weak and can be interpreted as such in the group, who then tend to protect the group, or therapist or the patient. At the same time, the other members of the group can deal silently or openly with their own hostilities, but not in the acting-out way.

According to our experience, the 'experience of surviving the attack' is of a central value, since the sadistic rage is a part of borderline dynamics which can be damaging for continuation of treatment if not solved. Acting-outs in groups should be respected but controlled, and our groups most of the time were progressing after good handling of the acting-outs, which is much easier in group than in individual setting.

Multiple identifications

The patients in group borrow the therapist's ego strength which is related to a corrective emotional experience. Group psychotherapy not only affords a patient the opportunity to identify himself with the therapist, but also with a variety of patients in the group. In our experience with two therapists (the authors of this paper) who are with different psychotherapeutic background but worked harmoniously, it was interesting to watch the timing and alterations of alternative identifications, which was helpful for the integration of patients' personality parts (the bridging).

Modification of the character armor

The group is an especially good medium for the exploration and alteration of maladaptive character defenses. The group setting provides a multiplicity of stimuli and consequently elicits a wide range of reactions. Not only does it elicit attitudes toward authority figures, but also feelings of sibling rivalry, feelings about sharing parent figure with others, reactions to hostile exchanges and demands by others for participation, reactions to displays of positive feelings,

etc. (HORWITZ 1977). The more severe the character disorder, the more likely the patient will regard his character traits as ego-syntonic. The importance of 'mirror reaction' in a group is in helping a patient to loosen his hold upon repressed ego-syntonic traits. Whether they show excessive narcissism, tenacious masochism, clinging dependency, or infantile rage, their blindness to these characteristics in themselves tend to soften in seeing these characteristics in others. Mirroring in others our patients easier understood and accepted themselves, especially those parts of their personalities which they feared the most.

Counter-transference dilution

Borderline patients present a special challenge to psychotherapists by the strong affective responses they evoke. They have the capacity to create anger, disappointment, frustration, and feeling of inadequacy in others through the mechanism of projective identification. Group therapists have consistently observed that the intensity of their reactions to patients in a group tends to be somewhat muted when compared with their reactions to the same patient in a dyadic situation. On the other hand, there is frequently an intensification of counter-transference toward the entire group when the cumulative affects of individual members resonate together to produce a powerful impact upon the therapist (HORWITZ 1977).

Although persons with PD are candidates for decompensation and increased regression in the group, they have the virtue of easy access to unconscious thoughts and feelings and hence are able to facilitate a group process. The borderline patient is able to see through 'neurotic' defenses with great clarity and is capable of unmasking rationalization and reaction formation.

Clients with PD can attack when offended (by counter-transferential reactions, e.g. when the therapist fails to be empathic) with a rage that is cold and separated from relationship, which is a defense from feeling pain. The therapist's goal is to help them to come to know and understand their defenses so that they can develop insight into how they prevent themselves from being in touch with their feelings and their real self (HEATHCOTE 2006).

Therapists need to make clear that anything can be spoken about and discussed in the group session, especially if it is something critical regarding the therapist or the way the work is progressing. Therapists working with PD clients have particular need of regular supervision to deal with their counter-transferential reactions (the peer supervision was a regular part of our work after the group).

Techniques of group treatment

Techniques of treatment used in groups with personality disorders are: supportive measures, confrontation, uncovering, interpretation and bridging (HORWITZ 1977). Modes of treatment are group process as well as individual work in the group setting.

Supportive measures

The borderline patients typically suffer from a deep-seated sense of unacceptability, basic mistrust and inability to sustain satisfactory relationships, which are even emphasized in a group setting. Hence, it is essential that the group therapist offers warmth, friendliness, empathy and active demonstration of the desire to help and make it easy. Sometimes, support includes the necessity to protect the patient against being scapegoated. Also, stressing similarities among patients helps to foster greater cohesiveness in the group and greater sense of belonging. Support is particularly necessary during the regressive movements in groups, which can be a consequence of too early or too strong confrontations, which cannot be always controlled and avoided. The therapist can support and encourage persons with personality disorders in the group by helping them to develop certain skills, including emotional literacy, self-soothing, support lists and networks (HEATHCOTE 2006).

Confrontation

All therapists agree that one must go beyond mere friendliness and encouragement in order to be therapeutic and not merely supportive. When the time comes, the patient should be confronted with his maladaptive character traits and behaviors. Also, what has to be challenged is frequently met a passive patient's way of putting his trust for therapeutic change entirely in the hands of the therapist (the 'magic stick' syndrome). The technique of confrontation depends on the nature of the relation already established with the therapist and the group, the basic personality type of adaptation and the level of integration, but it is most important to avoid letting the patient retreat in silent anger or withdrawal after a confrontation has been made. The patient must be helped with his reaction which often can be very distorted (HORWITZ 1977). The therapist must help persons with personality disorder to stay with their pain and to do the necessary working through as well as to express their feelings and their need for relationship.

Uncovering and interpretation

The question is whether borderline patients in a mixed group are able to tolerate greater exploration and interpretation in depth, like in an individual-therapy setting, but the uncovering of unconscious wishes and fears in the group is usually not recommended for them, because of the risk of excessive anxiety and strain on their defenses. Nevertheless, in our groups we experienced that the unconscious wishes and fears are best confronted indirectly, by 'telling stories' of 'some people having some wishes and fears' in a normalizing manner and with a positive connotation. That enables patients to silently accept their feelings and share them with the others. Such stories usually target several, if not all, members of the group and are followed by a group silence, which is used to integrate the unaccepted.

Bridging

We use this technique successfully in a group setting, although AKHTAR discussed it only in the context of individual psychotherapy of borderline patients (and PDs with splitting as a dominant defense mechanism) (AKHTAR 1995). Bridging in the group has a wider meaning, not only as a connection between split parts of an individual, but as a connection between individual experiences of the split selves (from intrapersonal to interpersonal).

Research on group therapy efficacy

There is a growing consensus that patients with severe personality disorders need long-term treatment (APA 2001). Outpatient group therapy seems promising as a continuation treatment following an initial inpatient or day-hospital phase, which is also our experience. According to SIGRELL (1992) patients with severe narcissistic and borderline traits benefited from group therapy, but were more at risk of symptom relapse during 13 years follow-up.

WILBERG, KARTERUD, PEDERSEN et al. (2003) in a study carried out on 187 patients (86% with PDs) who were treated in outpatient psychodynamic group therapy (average 24 months) found that improvements were modest for symptoms and interpersonal distress, and somewhat better for the global functioning. The main finding of this study was that during the outpatient therapy, the patients with PD maintained progress made in the day treatment, but showed only modest further improvements. But, two years of outpatient therapy may not be long enough to change core personality problems in patients with severe

personality pathology.

However, these results are not consistent with the study of BATEMAN and FONAGY (2001), in which severely disturbed patients with PDs continued to improve during 1.5 years' follow-up group therapy after initial long-term day-treatment, and obtained a considerable reduction in symptoms and interpersonal problems. The reason may be that in their study the outpatient therapy comprised a more intensive program. Furthermore, CHIESA and FONAGY (2002) have reported good outcome when the outpatient program was more comprehensive, comprising the following: analytic group therapy twice a week up to 18 months; weekly meetings with an outreach nurse up to 6 months; active networking with other psychiatric and medical agencies; regular patients' review by the head of the service, and regular team meetings. It seems to be obvious that persons with PDs may be in need of additional support, besides group therapy proper, which we completely agree with and which is in accordance with our concept of 'therapeutic strategy for borderline phenomena' (DIVAC-JOVANOVIC, RADOJKOVIC 1987).

The high rate of drop-outs is also investigated, with suggestion that a more comprehensive outpatient program may help patients to stay in treatment. It is also likely that the significance of therapist's experience and treatment guidelines is particularly important in the treatment of patients with PDs. Premature termination from group psychotherapy continues to be a serious problem in the treatment of patients with borderline personality disorder. Most significant appears to be the experiences of separation and loss of the day-hospital that were not worked through and a failure of the group to regulate and contain the patients' affects (HUMMELEN, WILBERG, KARTERUD 2007). To integrate patients at risk of premature termination it seems necessary to pay attention to the strong negative emotions that they experience in the group. Higher treatment intensity than weekly group sessions may help to promote more beneficial group processes.

Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving ('STEPPS') is a new cognitive group treatment for outpatients with borderline personality disorder introduced in the Netherlands (VAN WEL, KOCKMANN, BLUM et al. 2006). The program combines cognitive-behavioral techniques and skills training with a systemic component. The program involves 20 two-hour weekly group meetings with two facilitators, is manual-based and has specific goals to accomplish each week. Survey results suggest moderate to high levels of satisfaction for the treatment both from patients and therapists.

It is often assumed that patients with personality disorders have worse compliance. OGRODNICZUK, PIPER, JOYCE (2006) examined the role of interpersonal distress as a predictor of session attendance for patients with personality disorder (n=72) in two different forms of group psychotherapy (interpretative and supportive). Findings indicate that interpersonal distress had a strong, direct association with attendance in supportive group therapy, but minimal association in interpretative group therapy. High levels of interpersonal distress were associated with higher attendance in supportive therapy.

Poor attendance can be especially problematic in the context of group therapy. Patients need to stay long enough in treatment (i.e. to comply) to receive the benefits of the treatment. Drop-outs disrupt group solidarity and can precipitate poor attendance patterns among other group members. Poor attendance may hinder meaningful work for the rest of the group, leaving other group members feeling insecure, worried or angry. There is often reluctance to disclose private information when attendance among group members is unstable, since patients do not wish to repeat their disclosures (OGRODNICZUK, PIPER, JOYCE 2006).

Patients with PDs vary in their capacity to develop positive relationship with others. The low interpersonal distress is associated with poor attendance because of the lack of motivation for continuing the therapy. Without such distress patients are less motivated to remain engaged in treatment because they perceive less need for it.

Learning from mistakes

Through the years of treatment of persons with borderline personality functioning we made many mistakes which helped us in improving knowledge both about treatment and ourselves. We learned never to underestimate vulnerability of PD client, however aggressive or cooperative he/she appears. Some persons with personality disorders need less therapy (not more), which has to be recognized and respected. What is also important is to leave control to the patients, as much as possible, especially at the beginning of the therapy, and to follow their own rhythm. The support is always needed, although underestimated from some 'overeducated' therapists. Empathy and good, trustful therapeutic relationship is necessary, as well as leaving the wish of therapist to be successful and especially to be that quickly. Internal acceptance and decision that some patients have to be treated 'eternally', sometime per required need basis, gives more freedom and ease both to therapist and patient.

Gruppentherapie mit Personen mit Persönlichkeitsstörungen

Dusica Lecic-Tosevski, Mirjana Divac-Jovanovic (Belgrad)

Es existieren zahlreiche widersprüchliche Auffassungen über das Konzept der Persönlichkeitsstörungen und diese psychopathologische Kategorie wird bis heute uneinheitlich benutzt. Basierend auf ihren eigenen Studien sowie ihrer klinischen und psychotherapeutischen Erfahrung nehmen die Autorinnen an, dass alle Persönlichkeitsstörungen auf einer Borderline-Ebene funktionieren. Sie schlagen vor, dass die Persönlichkeitsstörungen auf der Grenzlinie zwischen neurotischen und psychotischen Persönlichkeitsfunktionen angesiedelt sind (DIVAC-JOVANOVIC, SVRAKIC, LECIC-TOSEVSKI 1993), statt von einer diagnostischen Kategorie der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BDP) als einer getrennten Einheit auszugehen, dessen Konzept von vielen bekannten Autoren wie GUNDERSON (1984) vertreten wird und die Grundlage für die DSM-Klassifikation (APA 1980) bildet. Ein ähnliches Konzept wie das der Autorinnen wurde von BERELOWITZ und TARNOPOLSKY (1993) vorgeschlagen.

Die Autorinnen vertreten den Standpunkt, dass Borderline nicht ein Persönlichkeitstyp ist, sondern eine Ebene der Persönlichkeitsfunktion und dass alle drei Persönlichkeits-Cluster (exzentrisch, dramatisch, ängstlich) auf der Borderline-Ebene funktionieren. Alle tatsächlichen Persönlichkeitsstörungen bewegen sich auf der Grenzlinie ('mild' und 'mäßig' existieren nicht, sie sind normale Persönlichkeitszüge und haben neurotische Persönlichkeitsfunktionen). Die Autorinnen gehen von folgenden Annahmen aus:

1. Borderline-Phänomene sind Kennzeichen von Schweregrad und Instabilität verschiedener Persönlichkeitsstörungen;
2. Die Borderline-Persönlichkeitsfunktion ist eine dynamische Dimension, die vorübergehend auftreten kann (Borderline-Dekompensation);
3. eine Depression, z. B. eine affektive Störung, kann eine Regression der Persönlichkeit auf ein Borderline-Niveau auslösen, was die häufige Komorbidität von Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung erklärt (LECIC-TOSEVSKI 1992, 2000, 2004).

Dieses Phänomen nennen die Autorinnen ein 'Pseudoborderline-Syndrom', das mit der Auflösung der Depression wieder verschwindet (LECIC-TOSEVSKI, DIVAC-JOVANOVIC 1996). Die meisten Personen mit Persönlichkeitsstörungen haben von ihrer Konstitution her eine geringe Toleranz für Depression und Angst und eine affektive Dysregulation, die Ursache liegt vermutlich in biolo-

gischen Faktoren. Deshalb neigen sie zu depressiven Stimmungen, welche dann zu dyskontrollierten Verhaltensweisen und zur Regression auf Borderline-Niveau führen. Dieser depressive Kreislauf steht in Verbindung mit dem klinischen Phänomen der wiederkehrenden Regression, das ein erhebliches Problem darstellt, mit dem die Autorinnen in der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen konfrontiert sind.

Bei einigen Borderline-Patienten führt eine Einzelpsychotherapie oft zu keinerlei Fortschritt, während eine Gruppentherapie alleine oder in Verbindung mit einer Einzeltherapie für sie erfolgreich sein kann. In der Gruppenbehandlung ist die Zusammensetzung von gemischten Typen von Persönlichkeitsanpassungen auf verschiedenen Funktionsniveaus zu empfehlen, so wie auch in realen Lebenssituationen.

Zwei Behandlungsschwerpunkte (supportiv und interpretativ) sollten kombiniert für die meisten Patienten mit Persönlichkeitsstörungen im Gruppensetting angewandt werden. Diese Personen benötigen sowohl Unterstützung als auch Interpretation zu verschiedenen Zeiten im Verlauf der Behandlung. Supportive Therapie ist dann wirksam, wenn sich der Patient mit einer Persönlichkeitsstörung in einer psychischen Krise befindet, was zu jeder Zeit in der Behandlung geschehen kann. Diese Form der Therapie beinhaltet die Herstellung einer Art von Abhängigkeitsbeziehung zum Therapeuten, der dem Patienten mit Rat und Schlagen, Problemlösung und Anerkennung zur Seite steht. Mit der Hilfestellung des Therapeuten kann der Patient an der Auflösung seiner gegenwärtigen Krise arbeiten und schließlich wirksame Problemlösungsfertigkeiten entwickeln. Die chronischen Probleme jedoch bleiben bestehen, und der Therapeut muss sich wieder auf das Verständnis der intrapsychischen Aspekte konzentrieren, die zu diesen Problemen beitragen. Aus der klinischen Erfahrung der Autorinnen ist die Therapie von Personen mit Persönlichkeitsstörungen ein endloses Vor und Zurück in einer Kombination von Unterstützung-Konfrontation-Interpretation-Unterstützung.

Gruppen sind das Medium par excellence zur Beleuchtung von Beziehungsschwierigkeiten, welche oftmals die Hauptprobleme oder Klagen von Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen in der Mittelphase der Therapie sind. Nachdem sie etwas Vertrauen und Integration im Setting der Einzeltherapie erreicht haben, ist es notwendig, ihr 'neues' Selbst mit anderen und in einem geschützten Rahmen mit ihrem vertrauten Therapeuten auszuprobieren. Für den Therapeuten bedeutet dies eine starke Veränderung in seiner Rolle, wenn der Therapeut derselbe bleibt (im kombinierten Einzel- und Gruppensetting), und

er muss für diese Veränderung vorbereitet sein (HORWITZ 1977).

Zusammenfassend lauten die Grundprinzipien für die Gruppenpsychotherapie von Personen mit Persönlichkeitsstörungen wie folgt:

1. Einzel- und Gruppentherapie von Personen mit Persönlichkeitsstörungen schließen sich nicht aus, sondern ergänzen sich und sind in verschiedenen Formen miteinander verwoben (je nach den besonderen Bedürfnissen der einzelnen Personen).
2. Es sollten Patienten mit unterschiedlichen Persönlichkeitsfunktionsniveaus und Anpassung zusammen in einer Gruppe sein, so dass sie sich gegenseitig fordern und bei der Stabilisierung der anderen Teilnehmer unterstützen können.
3. Sowohl supportive als auch rekonstruktive Elemente sollten abwechselnd eingesetzt werden.
4. Die Gruppenpsychotherapie von Personen mit Persönlichkeitsstörungen kann auch pädagogisch genutzt werden, z. B. sollte sie das Lernen von psychologischen Funktionen beinhalten.
5. Die Rolle des Therapeuten ist bedeutsam. Er sollte flexibel und kreativ sein. Die Arbeit des Ko-Therapeuten ist von Nutzen angesichts der gegenseitigen Unterstützung und Supervision bei der Arbeit mit dieser schwierigen Kategorie von Patienten.
6. Teilweise oder volle stationäre Behandlung ist nicht kontraindiziert, die Behandlung im Gruppensetting kann auch in diesen Settings durchgeführt werden.

REFERENCES

- Akhtar, S. (1995): *Quest for Answers*. Northvale (NJ), London: Aronson.
- APA (American Psychiatric Association) (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC.
- (2001): Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 158, Suppl.
- Bateman, A.; Fonagy, P. (2001): Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 158(1):36-42.
- Berelowitz, M., Tarnopolsky, A. (1993): The validity of borderline personality disorder: An updated review of recent research. In: P. Tyrer, G. Stein (eds.): *Personality Disorders Reviewed*; pp. 90-112. London: Gaskell.
- Chiesa, M.; Fonagy, P. (2002): From the therapeutic community to the community: A preliminary evaluation of the psychosocial outpatient service for severe personality disorders. *Therapeutic*

- Community* 23(4):247-259.
- Divac-Jovanovic, M. (1991): Type of adaptation and level of functioning of personality disorders. Doctoral dissertation (in Serbian). School of Medicine, University of Belgrade.
- Divac-Jovanovic, M.; Radojkovic, S. (1987): Treating borderline phenomena across diagnostic categories. *Transactional Analysis Journal* 17(2):4-11.
- Divac-Jovanovic, M.; Svrakic, D., Lecic-Tosevski, D. (1993): Personality disorders: Model for conceptual approach and classification. Part I: General Model. *Am J Psychotherapy* 47(4):558-571.
- Gunderson, J. (1984): *Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Heathcote, A. (2006): Applying transactional analysis to the understanding of narcissism. *Transactional Analysis Journal* 36:228-234.
- Horwitz, L. (1977): Group psychotherapy of the borderline patient. In: P. Hartocollis (ed.): *Borderline Personality Disorders – The Concept, the Syndrome, the Patient*; pp. 399 - 423. New York, International University Press.
- Hummelen, B.; Wilberg, T.; Karterud, S. (2007): Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 57(1):67-91.
- Kernberg, O. (1984): *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- (2004): *Agressivity, Narcissism and Self-destructiveness in Psychotherapeutic Relationship*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Lecic-Tosevski, D. (1992): *Dysthymic disorder – typology and relationship with personality disorders*. Doctoral dissertation (in Serbian). School of Medicine, University of Belgrade.
- (2000): Description of specific personality disorders. In: M. Gelder, J. J. Lopez-Ibor, N. Andreasen (Ed.): *New Oxford Textbook of Psychiatry* ; pp. 927-953. Oxford: Oxford University Press.
- (2004): Personality disorders – the past rediscovered. *Psychiatry Today* 36(2):243-260.
- Lecic-Tosevski, D., Divac-Jovanovic, M. (1996): The effect of dysthymia on personality assessment. *Eur Psychiatry* 11:244-248.
- Lecic-Tosevski, D.; Draganic, S. (1997): The relationship between personality disorders and dysthymia. *Psychiatriki* 8(3):187-195.
- Little, R. (2006): Treatment consideration when working with pathological narcissism. *Transactional Analysis Journal* 36:303-317.
- Millon, T. (2000): *Personality Disorders in Modern Life*. New York: Wiley.
- Ogrodniczuk, J.; Piper, W.; Joyce, A. (2006): Treatment compliance among patients with personality disorder receiving group psychotherapy: What are the roles of interpersonal distress and cohesion? *Psychiatry* 69(3):249-261.
- Pope H, Jones J, Hindson J, Cohen B, Gunderson J. (1983): The validity of DSM-III borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 40:23-30.
- Sigrell, B (1992): The long-term effects of group psychotherapy: A thirteen-year follow-up study. *Group Analysis* 25:333-352.
- Scheidlinger, S. (1974): On the concept of the “mother group”. *Intern J Group Psychother* 24:417-428.
- Van Wel, B.; Kockmann, I.; Blum, N.; Pfohl, B.; Black, D.; Heesterman, W. (2006). STEPPS group treatment for borderline personality disorder in the Netherlands. *Ann Clin Psychiatry* 18(1):63-67.
- Wilberg, T.; Karterud, S.; Pedersen, G. et al. (2003): Outpatient group psychotherapy following day treatment for patients with personality disorders. *J Personality Disorders* 17(6):510-521.
- [Publisher’s remark: for requests concerning missing page numbers please contact the authors.]

Author's addresses: Prof. Dusica Lecic-Tosevski • Director, Institute of Mental Health • School of Medicine, University of Belgrade • Palmoticeva 37 • Belgrade, Serbia • Tel.: +381-11-3238 160 • Fax: +381-11-3231 333 • e-mail: dusica.lecictosevski@eunet.yu; Mirjana Divac Jovanović • TA Centre, Serbian Association of Transactional Analysts • Belgrade, Serbia • e-mail: mdivac@eunet.yu

Prof. Dusica Lecic-Tosevski, MD, dr. sc. med., Psychiatrist and psychotherapist, WPA Zonal Representative for Central Europe
Mirjana Divac Jovanović, MA, PhD, clinical psychologist, certified transactional analyst, Training analyst and supervisor.

Analytic Group Psychotherapy and Destructive Aggression

Astrid Thome (Augsburg)

In literature we do not find frequently the recognition, understanding, and emphasis on negative group processes, in which destructive aggression is expressed. If so, then we find publications not rarely with reference to FREUD's concept of death instinct, i.e. the assumption of a destructivity genuinely inherent in the human being. The author keeps track on this argumentation line and will outline a different understanding of destructive processes as it is expressed, among others, in the theory and group concept of Dynamic Psychiatry of Günter AMMON.

Keywords: analytic group psychotherapy, destructive aggression, symptom formation, role, therapist

Group dynamic analysis is rarely applied to the need to understand violence; or it is applied in a rather simplistic way.

The relevant sociological literature (GOLDSTEIN 2002) has failed to develop deeper insights into the integration of group dynamics, individual psychodynamics as part of the individual in its group dynamic history, and the role of the environment. There is only little conjunction between sociological analysis, psychoanalysis, and group dynamic research.

Psychoanalytic literature on destructiveness has increased enormously during the last years but mainly from the psychological perspective of the individual: individual repetition compulsion, masochism, sadism, the approach to the individual's destructiveness in the psychotherapeutic relationship. Often there is a transference from individual psychological features onto large group phenomenon like 'narcissitic wounds' of ethnic groups to explain the roots of mass violence. Such transfer procedures seldom were taken into question, although it seems obvious that these generalizing applications are simplifications without the epistemological value these authors suppose to have. Often destruction and violence has been ontologized by maintaining the FREUD's concept of death instinct not only in a metaphoric way but also in a more concretistic understanding, such as repetitive statements include that destructiveness is something like an inborn instinct.

Group therapists and group theorists bemoan the lack of literature on so-

called negative group processes, destructive aggression, and ways of dealing with violent behavior. In a comprehensive survey of the specific therapeutic factors in group psychotherapy by the German author Finger-Trescher (1996), rage, anger, and destructive aggression were mentioned only twice as themes. The neglect of destructive aggression in the discourse on group psychotherapy led NITSUN to define the concept of the anti-group. "The group therapy literature tends strongly to emphasize the constructive and therapeutic potential of groups and to neglect or underemphasize destructive group processes." (NITSUN 1996, p. 7-8)

In the following, I will summarize central positions from group therapy literature: on destructive aggression involved in symptom formation and personality development, on one hand, and on the role and attitude of the group therapist in dealing with negative group processes, on the other hand.

Destructive aggression, symptoms, and the therapeutic process of the individual

Some authors promote the opinion that the healing process or the change in the personality of a patient occurs along with an increasingly clear and open feeling of anger and rage. Accepting and understanding of patients' deeply rooted rage is a precondition for any transformation process. Some case studies confirm this relationship (FRIED 1982, PINES 1994, TUTTMAN 1994).

The theoretical explanations of this phenomenon differ. FRIED explains it in terms of individuation and self-differentiation, the patients' need to overcome identification with the group leader and "to emerge as individuals in their own right" (FRIED 1970, p. 450). The symptoms of depression and low self-esteem are seen as having their roots in feelings of helplessness and lack of individuation steps in childhood. In a similar way Martin and Louisa LIVINGSTON argue: The internalized experience of threatening the caretakers by "expressing anger or being assertive in general" (1998, p. 383) and their own need for self-delineation can be seen as a fundamental conflict in patients. Therefore conflict and aggression are fruitful experiences in group therapy rather than something to be avoided. ORMONT (1984) states that the main goal of group psychotherapy is to unblock the repressed and in symptoms-bound aggression.

In the above mentioned literature there is no systematic and clear differentiation of aggressive expression regarding the generating factors. There is a tendency to differentiate between destructive aggression as mentioned above and

destructive aggression as defence mechanism in order to protect the weak regulation capability from further weakening or disintegration.

The connection between eruptive aggressive expression and the anxiety of abandonment (annihilation anxiety), i.e. fear of death, is not discussed in the quoted literature either. The dynamic psychiatry of Günter AMMON emphasizes this interrelationship. In one of their major statements, BURBIEL and SCHMIDTS (2003) speak about abandonment (annihilation) aggression.

Destructive aggression emerges during the therapeutic process when the group realizes its emancipatory task, namely demarcation from adaptation to disease. Then the patient is experiencing the therapist and the group as hostile as they remind him of the pain and suffering in early childhood. The therapeutic group as a medium to re-enact the pathogenic group dynamics of the childhood is especially important in order to feel the archaic aggressions of abandonment / annihilation. The group enables the patients to split off friendly and hostile transferences towards the different members of the group and the therapist. (BURBIEL, SCHMIDTS 2003, p. 16; translation by the author)

It is an epistemological problem to differentiate between eruptive aggressive behavior, which is helpful, and aggressive behavior as a defence mechanism to deal with anxiety. Abusive anger tantrum might lead to chronification of inverted perpetrator-victim dynamics. Certain manifest destructive behavior can be understood as defence against deep anxiety and would therefore be a growth inhibiting factor and would have no deliberating function in itself.

The merely individual catharsis of rage does not produce improvement whereas taking the risk of expressing rage towards a significant other within a relationship becomes a corrective emotional experience.

Negative group processes and the therapist's role

ORMONT and others emphasize the prevailing tendency of group therapists to avoid working with overt destructiveness. "Temptations to evade the anger of group members are many. There is an urge to keep the members liking us. ... It is clear that aggression raises awkward problems for most group therapists" (ORMONT 1984, p. 555). Martin and Louisa LIVINGSTON write:

The leader's role is not to prevent such occurrences. The leader's role is to accept, understand, and interpret conflict and aggression as an expectable reaction to actual or fantasized slights within the multiple transferential context of the group. The angry response is understood in subjective context, in which the patient is experiencing it. It is 'legitimized' rather than treated as an inappropriate distortion. (LIVINGSTON, LIVINGSTON 1998, p. 385)

FRIED (1970) pointed out that group analysts are afraid that the group might

loose its cohesiveness if the leader should be openly and directly criticized by the members. Therefore, Kaplan (1967) proposed to give the group an outside scapegoat to displace their anger. On the contrary NITSUN (1996) points out that periods of negative group processes are necessary as transitory states and a precondition for effective therapeutic work.

In AMMON's group dynamic conception the aggressive struggle between the group members and the leader establishes the cohesiveness and is the precondition of the members for feeling held and safe in the group. Only in this process the group gains boundaries and an interpersonal inner space for creative therapeutic work (AMMON 1976). Often the group leader attracts the aggression to himself when he protects the scapegoat. Protecting and including the scapegoat ensures that the other members feel protected in the group while showing suffering, weakness, needs, anxiety, aggressions, and other ego states which are hard to endure. Recently Kathleen ADAMS (2006) showed that such a development of the group process deliberates patients from chronic unexpressed inner sufferings, which allows the encapsulated, frozen, and empty ego states to be externalized into the group.

The relationship between group cohesiveness and permitted expression of destructive aggression is also implicitly mentioned by other authors. Thus, Martin and Louisa LIVINGSTON for instance state:

It is in the working through of the ruptures associated with instances of conflict and aggression ... that the underlying weaknesses in each self can be gradually ameliorated. [The consequent] strengthening of functions of affect regulation, containment, and self-cohesion ... enables a deepening of intimacy and the facilitation of a curative process (LIVINGSTON, LIVINGSTON 1998, p. 389).

The aggressive struggle with the leader is described in an impressive way by BILLOW. In a group of adolescents with antisocial behavior, the aggressive bursts against the leader take place after a period the group worked in a more open and committed manner on psychic themes. BILLOW explicates this eruption in order to test him, in his reactions.

In evacuating anger, the members also were communicating their need for reassurance that I was not inhuman, unbalanced, or 'small'. To contain the group and confront the *antilinking* propensity, I had to reestablish in their minds that I was an object capable of linking to, one fully equipped to cope with and not be destroyed by or withdraw from their aggression. (BILLOW 2004, p.195).

Following WINNICOTT (1949) and SEARLES (1979), BILLOW claims to

draw from his or her own reservoir of power, aggression, and hatred [to contain highly aggressive individuals.] My availability, regularity, and limited toleration and not total acceptance of the members' behaviours, provided the

frame and detoxifying, absorbing container, a bonding medium in which a verbally constructive group could cohere. (BILLOW 2004, p.197).

I would like to underline the importance of the therapist's attitude and reaction: to allow the attacks of the adolescents and to communicate in non punitive disapproval. On the other hand he does not give up the attempt to interpret the overt attacks on him as a need to be understood in a safe surrounding.

One of BILLOW's adolescents attacks the leader in the aforementioned section of group therapy: "I was thinking this week, he (therapist) deserves to be cut up in little pieces and thrown down the toilet". Sometimes preschool children do this with the caretaker, not by means of words but by symbolic actions. They murder the leader by shooting, by eating him, tying him to a tree, torturing him, and so on. After such a murder act they restore him to his previous state, test his body reactions, put his parts together again.

In the literature I could not find such a description nor any explanation, but it happens in children groups in the preschool as a kind of ritualized role play. I would explain this group behavior like BILLOW does it, as a reassurance, as a testing, if the leader is human, to see how he reacts, does he have boundaries or not; to see how the caretaker feels, how he expresses his feelings, he becomes more transparent and predictable in his reaction.

The most threatening childhood experiences are to be overwhelmed by unexpected reactions and events. Self-protective and manipulative patterns are developed in order to control the others and the situation. Practising power, contact control, manipulative actions causes violence and guilty feelings, the need for control and externalization of the own helplessness in scapegoat dynamics. FOULKES and ANTHONY state that the

scapegoat may be selected in the first place on the elemental basis of being different. He may be isolated because of differences in age, sex, religion, class, race, etc. [...] The (scapegoat) phenomenon is precipitated when the urgent need for the group to punish meets an urgent need in a particular member to be punished. (FOULKES, ANTHONY 1957, p. 156-157)

Farhad DALAL gives the following comment: "In other words, they explain the expression of aggression in the here-and-now, as a manifestation of the transference from the internal worlds of victim and victimizers, the source of which is in the there-and-then." (2002, p.117)

There are some further questions to be posed concerning this statement:

Can we maintain that scapegoating shows a lack of differentiation inside the group and the need to cling to set positions? Does this imply a failure to oppose the leader in the struggle for differentiation? In real life it is more important to

put a stop to scapegoating than just analyzing; it must be stopped not only to protect the victim but also to protect the group itself from self-punitive attitudes.

Conclusive Comments

Briefly, I would like to make some conclusive and additional comments:

Although a precise group dynamic understanding of violence is necessary, and there is a lack of theoretical and practical approach towards the following topics:

- too little differentiated links of individual internalized group dynamics, actual group dynamic, and destructiveness,
- too little differentiation to characterize distinctive expressions of destructive aggression,
- insufficient consideration is given the pathogenic linking of deep anxiety (annihilation / abandonment anxiety) and disruptive rage,
- ditto not enough considered the different structural conditions of the interacting personalities,
- ditto not enough considered the group dynamic surroundings and transmission processes between different groups concerning negative dynamics like mobbing, scapegoating, bullying, and so on,
- no psychoanalytic comprehension of power,
- no reception of existing differentiated group dynamic literature in sociology.

Analytische Gruppenpsychotherapie und destruktive Aggression

Astrid Thome (Augsburg)

Angesichts der in letzter Zeit schnell wachsenden psychoanalytischen Literatur, die Gewalt und Gewaltentwicklung zu ihren zentralen Themen macht, nehmen sich die Bemühungen, ein differenziertes gruppenspezifisches Verständnis für Gewaltphänomene zu entwickeln, spärlich aus. In der gruppenanalytischen, -therapeutischen Literatur werden sogenannte negative Gruppenprozesse zu wenig erörtert und dem hervorstechenden Wirksamsein von Phänomenen

destruktiver Aggression wenig Aufmerksamkeit gegeben. Die Autorin versucht, einige wichtige Beiträge zu den Fragen um Wut, eruptive Aggression in der analytischen Gruppenpsychotherapie unter zwei Aspekten zu beleuchten: die in der Symptomatik sich äußernde und dysfunktional kanalisierte destruktive Aggression zum einen, zum anderen negative Gruppenprozesse und die Rolle des Leiters.

Bezüglich der Symptomatik wird die therapeutische Notwendigkeit anerkannt, die u. a. die Symptombildung verursachende destruktive Aggression im gruppentherapeutischen Prozess zu entbinden. Eine etwas andere Nuancierung erfährt das Thema, wenn Entäußerungen der Wut als Ich-Leistung, notwendig zur Individuation, zur Grenzbildung hin zum anderen verstanden werden, als aus der Entwicklungsarretierung herausführende Dynamik.

Bezüglich des zweiten Aspekts werden insbesondere die Notwendigkeit der sog. Leiterauseinandersetzung erörtert und die Notwendigkeit, dass im Falle eines Sündenbockmechanismus der Sündenbock vom Leiter geschützt werden muss, was in beiden Fällen zu einem großen Anteil mit Angst, Schutz- und Sicherheitsbedürfnissen zu tun hat. Bestehen Leiter und Gruppe die Prüfung der Grenzen und der Verlässlichkeit, der sie über das destruktiv-aggressive Agieren unterzogen werden, kann ein intermediärer Raum entstehen, der nicht mehr unter dem ausschließlichen Diktat von Angst und Aggression steht und erst tiefere Öffnung ermöglicht.

REFERENCES

- Adams, K. (2006): Falling forever: The price of chronic shock. *Int. J. Group Psychotherapy* 56:127-172.
- Ammon, G. (1979): Gruppendynamisches Prinzip. In: Ammon, G. (Hrsg.), *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie* 1. München, Ernst Reinhardt Verlag. 160-187
- Billow, R. (2004): Working relationally with the adolescent in group. *Group Analysis* 37:187-200.
- Burbiel, I.; Schmidts, R. (2003): Das Aggressionskonzept als Brennpunkt der Humanstrukturellen Psychoanalyse. *Dynamische Psychiatrie* 36:1-18.
- Dalal, F. (2002): Race, colour, and the process of racialization – new perspectives from group analysis, psychoanalysis, and sociology. London, New York: Brunner-Routledge.
- Finger-Trescher, U. (1991): *Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenanalyse*. Stuttgart, Bad Cannstadt: Frommann-Holzboog.
- Foulkes, S.; Anthony, E. (1957): *Group psychotherapy – the psychoanalytic approach*. London: Karnac.
- Fried, E. (1970): Individuation through group psychotherapy. In: *J. Group Psychotherapy* 20:450-459.
- (1982): Building psychic structures. *Int. J. Group Psychotherapy* 32:417-429.
- Goldstein, A. (2002): *The psychology of group aggression* : London, New York: Wiley.
- Livingston, M.; Livingston, L. (1998): Conflict and aggression in group psychotherapy: a Self Psychological vantage point *Int. J. Group Psychotherapy* 48:381-391.

- Nitsun, M. (1996): *The Anti-Group – destructive forces in the group and their creative potential*. London, New York: Routledge.
- Ormont, L. (1984): The leaders role in dealing with aggression in groups. *Int. J. Group Psychotherapy* 34:553-572.
- Pines, M. (1994): Borderline phenomena in analytic groups. In: V. Schermer, M. Pines (eds.). *Ring of fire – primitive affects and object relations in group psychotherapy*; pp. 128-148. London, New York: Routledge.
- Searles, H. (1979): *Countertransference and related subjects*. Madison, CT: Int. Univ. Press.
- Tuttman, S. (1994): Therapeutic responses to the expression of aggression by members in groups. In: V. Schermer, M. Pines (eds.), *Ring of fire – primitive affects and object relations in group psychotherapy*; pp. 174-196. London, New York: Routledge.
- Winnicott, D. W. (1949): Hate in the counter-transference. *Int J Psychoanal* 30:69-74.

Author's address: Astrid Thome • Martin-Luther-Platz 2 • 86150 Augsburg •
E-Mail: astrid.thome@web.de

Astrid Thome, Dipl.-Psych., M.A., Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin, analytische Gruppenpsychotherapeutin, Lehr- und Kontrollanalytikerin (DAP); Leitung des Fachbereichs analytische Gruppenpsychotherapie am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.

The Role of Self Protection (Defence) and Aggression (Self Assertiveness) in Groups as Implications of the Leader's Active Support Early in Group, Life

Knut Skjøstad (Oslo)

Anxiety raised from being thrown into a 'hall of mirrors', is a fact that exists in new groups with various kinds of members and group goals. The idea is presented, that most group members will have the best opportunities for exploring and learning the development of their own uniqueness, when experiencing a group climate as being strongly supportive and safe. Leader affirmation of and tolerance for self protection is essential. A Theoretical view also supports the proposition that this focus aids the development of both the individual and the group's willingness for interpersonal risk taking. Examples are presented, i.e. the individual growing ability to share aggressive feelings and self assertive behavior during the group discourse towards both leader(s) and other members.

Keywords: first group session, anxiety, defence mechanisms, aggression, group leader

"Love the ball when it comes to you!" Trainers of a soccer team teaches the players different ways of thinking when in "the battle". You may say the same about a competent leader conducting a therapy group, especially when daring to empathize deeply with the members.

Introduction

With this presentation I intend to share some personal thoughts from my experience as a group leader. One theme that occupies me is the individual legitimate right to protect him- (or her-) self in life generally and in groups especially. This is for many people or group members not taken for granted, because of self-object failures they experienced during development, or related to serious traumas suffered later in life. As a leader there is still a lot unknown about the members at the onset of a group. What will be their needs at this moment?

Group members will generally feel vulnerable when exposed to strangers, among them a leader they do not know if they can trust. The leader (in the following I will use the word 'he') on the other hand, has to prove himself trustable, especially during the first group session, which is the other theme I

Paper presented at the 13th European Symposium in Group Analysis, August 8-13, 2005, Molde, Norway, on 'Between Matrix and Manuals – Contemporary Challenges in Group Analysis.'

want to focus: What will be the most suitable leader attitude to obtain?

Not only will patients, but many other people (students, leaders) joining a group, get short in understanding how to relate appropriately, when exposed to such a relatively unstructured situation. This creates anxiety. A man will feel more secure in all situations, if feeling a natural right to protect himself when threatened, for example from humiliation. But a lot of people will for example be more occupied with taking care of others, and in such feel more vulnerable in dealing with strangers. That fact is a challenge every group leader has to deal with, and one important question is how he approaches and communicates to the group in an optimal balance between support and challenge. In the first session there is also a question if at all to stress the individual with more challenges than he already gets from the very situation itself. All in all, the main question is what will give the best conditions for the group to develop in a mature direction?

To grow more flexibly in how protecting yourself in life generally, you have to be exposed to situations and feelings not familiar to you, far 'away from the shore', missing your well known strategies of defence, and through that searching for appropriate solutions on how to deal with others. Maturation in understanding how to take care of yourself and defend your own borders, is an important part of personal growth in groups. Leaders have a great responsibility especially in conducting a therapy group through its developing process. What does this mean when looking at the first session?

Research has already pointed to the importance of leader behavior in the first session of group psychotherapy. An attitude of both firmness and care, looks important in the opening session to make the group to become productive later on. Further research on this subject will be important. My experience confirms what already seems to be found important. However, I still want to share, perhaps discuss, some details from what I have learned to consider as important.

A question that concerns me is to what degree the leader is able to empathize with the members' needs to acknowledge their negative feelings—i.e. being sceptical, critical or feeling insecure. This is in my opinion crucial about being committed in a group of strangers, and (as mentioned earlier) not least for the most insecure members, basically not feeling a natural 'right' to protect themselves when threatened. A leader may have problems in tolerating others' insecurity, perhaps expressed as anger, negativism, etc.

In this presentation I will mainly be concerned with two different group situations; namely the introduction (first meeting) in a long term therapy group and

a short term educational, experience oriented, group and take a closer look at possible consequences to further development.

The Leader

Among other things the leader resolutions to his own anxieties about social complexities in life will determine how he acts, how he introduces the group 'project' to the others, how he relates to his own and the others' anxieties here and now. To what degree will he tend to bring eventual personal feelings and thoughts into his reflections? Will he be able to recognize what happens to himself? Does he choose rationally between different technical approaches? What will be the result in action?

Leader style in running groups will vary considerably, ranging from the withdrawn, non-active style, to the more directive and supportive one. So it is also in unstructured, analytically oriented groups. At different times, according to the group situation, developmental stage, etc.. A leader will be able to choose between different kinds of interventions. The active leader will perhaps use more different approaches than a more withdrawn one, but, all in all, he will act according to his professional stance, the actual group, and his personal equipment. He may decide to provoke anxiety among the group members. He may try do reduce existing anxiety, or perhaps accepting it as it is. A combination of a lot of factors will determine how he behaves as a leader.

My own style as a leader has changed in the direction of becoming more active and supportive, being more secure in making interventions and interpretations and less dependent in following basic rules from analytical theory. It is of course a central point of view in dynamically oriented therapy to challenge the patients by frustrating them, also with students of group therapy, and to leave the group and members more to themselves, stressing their leader dependency. This is thought as being helpful in correcting emotional experiences around trusting themselves and others. The challenge is looked upon as important in all development and education, also throughout a growing group process. The first group session should - however - be handled differently.

The Meaning of Defence

People for the first time entering a group, not knowing the other members—be it in education, in a therapy group or other—will usually experience considerable anxiety, caught into this 'hall of mirrors' (FOULKES, ANTHONY 1957). This

may even be more so when the member by him- or herself has chosen to join just that group, i.e. not in any way is forced into participation. It is a lot of different and complicated factors that eventually lead members to commit and the group to develop.

Literature and experience tells a lot about the importance of defence and the opportunity to protect oneself when under social pressure (restraint). Both therapy and education in groups, are examples of groups which at the outset contains different kinds of restraints to the patient (student). Joining a therapy group you agree in committing to group agreements and boundaries presented to you by the therapist; for the student in experience groups, the commitment eventually will be their concern for strengthening the competence or getting a grade; in other words: being a patient or a student, both may be felt as being forced into the situation, but on quite different grounds. This will stimulate different kinds of resistance in the two kinds of first group session.

The outpatient group member who submits to the agreements presented by the therapist, in a way could feel seduced into it in the beginning of the process, possibly becoming very anxious, self protective, perhaps angry, and critical, trying not to commit, etc; the student feeling forced into it, may lean on some protesting culture, not to render to the rules of commitment and cooperation in a learning process. He or she may further ally with some opposition baked into the circumstances in total and resist, sometimes intentionally.

The Goal of the Group Leader

The leader is expected to help members becoming cooperative in exploring what happens between them, supporting them to feel sufficiently safe in becoming self assertive, leading them through different stages of group development until termination, in focusing both the individual and the group as a whole.

The importance of therapist early 'tuning' into the members' feelings has gradually become clear to me, addressing different motives of joining from individual ways of expression. This may include negative experiences of feeling obligated, insecurity in how to behave, feeling not properly understood when recommended for group treatment, the unfamiliar about meeting strangers in such a setting and anxiety around what that may activate, etc.. The leader main goal here is to normalize the anxieties, being empathic to their feelings in general.

The central point in my opinion is to actively support the group in expressing

difficult feelings, giving allowances for and/or inviting all kinds of verbal expression, sometimes to help individuals to share something about what they feel.

Problems of the analytic and self reflective arrangement.

I have earlier made some general and specific moments around resistance in different groups. Let me have a look at two important group agreements, frequently used both in dynamic oriented learning groups and in dynamic group psychotherapy (short and long term):

1. One has to attend to every session, not arriving late, and to stay until the end.
2. Everyone is expected to express him- or herself verbally, putting words to feelings, working to become interactive and at the same time curious about exploring the group process.

These agreements, combined with the physical arrangement of sitting in a circle with strangers, i.e. the leader offering restrictions on the one hand, but scarce structure on the other, will be felt by the participants as unfamiliar kinds of expectancies forced upon them from the start. Some may enter the group with personal problems or a serious lack in social experience, related to early attachment failures; however, here they may feel treated as if not suffering from problems at all, expected to stand the situation, even rather quickly to grow constructively into it! And, as already mentioned, the opportunities to mobilize normal ways of self protection is dramatically reduced under these circumstances. This may well reinforce resistant behavior among members, starting to oppose the group agreements. This will be a paradox that in the beginning may influence both kinds of groups.

However, the leader has the power of being an object of idealization, behind that he may 'rest' and protect himself. But not for too long! Taken into the members' submission to him is the strong dependency, including the expectation of getting something from him. First of all this is about being comforted and supported in how to behave.

A self-psychological perspective

In normal self-psychological terms, one could say that members of an unstructured kind of group suffer a lack of self-object reassurances as would normally

exist. This weakens them in knowing how to behave and in their experience of meaning. But very often the members idealize the leader through submission (s. KARTERUD, STONE 2003). By the same reasons they may attack the leader for being too strict or too less empathic. This behavior may be explained as resulting from memories of early losses or serious disappointments, representing failures from authorities in giving sufficient support and guidelines on crucial points in development. In the regressed state, meeting strangers will create among group members strong aggressive feelings, will also provoke threat, if not recognized by the leader. Some member may act on negative projections from the group and express anger in a degree that could be destructive, if the leader for example has chosen to frustrate by limiting his support.

In the following, I will present some theoretical considerations around the subject in focus, mainly taken from self psychology.

Theoretical Considerations

MACKENZIE writes about starting a time-limited therapy group (The Engagement Stage): "Generally, in the first stage, the leader takes a more active role to orient the group, as the members seek guidance and support in how they should participate in the group." (1997, p. 45)

ORMONT (1989) emphasizes the importance of being careful in forcing the members too early in the process to agree about group borders and rules. The risk for being understood in some moralistic way, perhaps by feeling humiliated, may lead to power struggles against the leader.

KOHUT (in BAKER, BAKER 1987) writes about challenges being important in stimulating growing processes in the individual. In the start, the group members will defend through seeking an idealizing object, usually the leader, to protect themselves against potential harm from a threatening situation. In therapy the goal is—from a self-psychological view—to help the patient becoming able to observe his own transferences, trying to identify his archaic self object needs.

KARTERUD and STONE talk about 'the group self', identifying it at different stages in the group life. They call the group a 'collective project' based on the potentialities of every single group in development. Considering the opening phase they say, "members are concerned about how to proceed and how the experience can feel safe and trustworthy" (2003). They refer to MYERS, saying, "Joining a group evoke feelings of relative helplessness and narcissistic

imbalance.” (1996) and, “that is countered by mobilizing an idealizing transference to the therapist, and by extension to the group-as-a-whole.” (1996) The members will focus the leader to obtain information about how to make the experience useful, in such to reduce anxiety and provide direction. KARTERUD and STONE mean that the term ‘idealization’ is too vague to catch the dynamics of the first stage. ‘Submission’ (as a kind of idealization) is better describing what later may bring the members toward a state of ‘optimal responsiveness’, as an ideal state, eventually from a leader attitude characterized by ‘optimal frustration’?

Comment

Perhaps this also may be seen as a discussion about when and how to bring the group in a state of ‘optimal frustration’. What is right to stress during the first session? If members submit to the leader as a state through which the group protect itself, is it possible for him already from start just ‘passively’ to offer himself as an object of transference?

BAKER and BAKER (1993) write about the importance of addressing the participants’ selfobject needs from the start, here speaking about a need for mirroring, idealizing and twin relationship. These are ways the therapist may try to arrange a group search for cohesion and in such to support members in cooperating to develop a good enough group atmosphere.

LIVINGSTON and LIVINGSTON (1998) talk about the *basic conflict* in groups, stemming from members’ vulnerability from problems about expressing aggression, believing this eventually would ‘threaten’ their caretakers in the group. The authors are occupied with the importance of ‘tuning in’ to the individual and the group as a whole, catching the narcissistic vulnerability to create a culture of exploring further explanations of their angry reactions (in the individual subjective context). The leader role here is to accept, understand, and interpret conflict and anger as an expected reaction to how they may understand situations in the group.

BAKER and BAKER (1987), refer to WOLF and his *five steps in the analytic process*, the first step being:

Analysis of defences against therapy, the fears of further self-object failures, and the painful injury the failures inflict. Condition: Ambience of acceptance and understanding, which is necessary for and encourages regression and mobilization of transference. WOLF (1980)

STONE (2001) writes in an article about the role of the therapist’s affect, among

other things the danger of misjudgements, because of happenings in the therapist's own life that affect his empathic abilities towards the group.

STONE (1992) focuses on the responsibility of the therapist to spot the individual's narcissistic injuries (and his own!), eventually trying to understand connections. And the therapist should be able to recognize the injuries he may inflict on others. He says in his final comments about future directions:

It has been my impression that attention to narcissistic injury has focused attention on the initial phase of group development where issues of safety, belonging, trust, and dependency are paramount. Attention to narcissistic injury, often experienced as "little hurts" and not worthy of attention because such attention expose the individual's vulnerability thereby acting as an additional humiliation, altered the manner in which the group evolves. Efforts at understanding members' inner world evoke more intense expectations of soothing responses. STONE (1992)

Comment

STONE refers further to thoughts around a model applicable to groups conducted in the frame of self psychology, suggesting that development is manifested by deeper and deeper exploration of the same issues. Thoughts about future developments in understanding the group, points in direction of soothing responses from the therapist. I see this as supporting an attitude of early attention to members' narcissistic vulnerabilities.

LIVINGSTON writes about the importance of the therapist feeling and strong empathic interest in the patients' vulnerability, as a precaution to optimize openness among group members.

I focus on the attitudes and understandings that serve as foundation for a therapist's useful interventions rather than on specific technical recommendations, [he says.] Sensitivity to an intense empathic interest in vulnerability—and the inherent selfobject longing that it encompasses – tend to elicit an openness to the very experiences that further the therapeutic work [... talking about] state sharing, [... saying that] The leader's appreciation of vulnerability—and creation of a safe environment in which vulnerable moments can arise—can manifest itself and be implemented clinically [... and:] The dimensions of vulnerability versus self-protectiveness is in itself one of these dimensions of the self-state and an important aspect of self-experience. (LIVINGSTON 2003, pp. 652-654)

Comment

This way of thinking, describes the main point of what I intend to focus in this presentation, and what experience in different groups has taught me, namely

the importance of the leader's own sensibility, to a state of vulnerability among the members and its different forms of expression. His ability to use this as basic to his understanding and in creating appropriate interventions and interpretations in the first session, will in my opinion be crucial to further maturation of the group and its members.

Examples from Practice

I will now share some vignettes caught from my group practice. My hope is that they will illuminate some of the complexities we meet when starting a new group. Examples will present just one 'successful' opening session (i.e. beginning the second part of a seminar in group psychotherapy), all in all pointing to a developing process in maturing as a group leader.

Vignette 1

A long term outpatient slow open analytic group starts with five members, two men and three women. I open the group with a short introduction and by welcoming them, saying I look forward to see how they will grasp the group situation, work on the developing interaction between them, etc..

During the first session, they all are engaged in discussing superficial subjects. I let this go on for a long time with few comments. When I intervene carefully, pointing to the possibility that the group now are moving a bit too far away from what it is intended to do here, I am ignored. I accept this, thinking I will not disturb, and understand their behavior as their way of developing cohesion and defending against anxiety. This in many ways becomes the main culture in the next two sessions. During the third session, one of the men tells the group that he for a longer time has experienced a lot of sadness in his life, in such making a 'jump' toward being personal. He tells he is crying in loneliness, but hiding this from his wife. The other man starts to bend his body away from the group, looking disengaged through the rest of the session. No one takes notice of this. I make up my mind to understand his behavior as sign of his need of time, not to 'disturb' by questioning. The others continue, as it looks like, to develop a closer relationship through gradually opening for self disclosure.

Just before the next session, the silent man calls on the phone to tell he will not come again, and has made up his mind to start individual treatment instead. After the group is informed, they and especially the other man blame them-

selves for having been too less empathic, in a way throwing the man out. What has happened?

Comments

In my opinion, in this case I am too less cautious about the members' general anxiety, especially in case of the drop-out. My style as a leader is too withdrawn, trusting (leaning on) the group, even in the first session, and in this also misjudging the group's apparently cohesive kind of communication. Possibly I should have made a group intervention much earlier, made an interpretation about the superficiality not pointing directly to it, accepting by saying something about how difficult it is to join a group with strangers, in that way normalizing their anxiety and feelings of threat. Further to focus on the different member and help him or her to express what they feel. This would probably give them more freedom to verbalize actual feelings. It would also support the group moving and more directly to focus on the here and now, not feeling forced to defend against each other in the way they all probably are in this case. I especially think about the drop-out and finally leaving the group.

Vignette 2

With relatively little experience in running educational groups, already during the first meeting I comment on one student having brought with him a cup of coffee. In addition I ask another why she is using paper and pencil, all this probably being understood as correcting the behavior of both. None of them understands why I am doing this and complain. I am concerned about group borders, but also mean to invite the members to explore what happens in the group. I think this to be the 'hard, but right way', and see the whole situation as an opportunity to introduce the members to the subject. Instead of waking a curiosity about the process, the members start to speak with disparagement of the arrangement, some of them feeling hurt, perhaps humiliated by my 'corrective' comments. The group develops through altogether eight meetings, working reasonably well in studying interactions between the members, but some of them become firmly withdrawn, especially as approaching termination, resisting to cooperate in what they probably experience as not a sufficiently safe arrangement.

Comments

My concern about group borders already in the introducing session, probably makes the members feel insecure about how to behave, this also being a vulnerable group with competent clinicians, then mobilizing unnecessary amounts of self protective behavior, members now expecting even more corrections and 'reprimands' from me. This lowers their ability to mobilize aggressive, self-assertive, and self-disclosing behavior, which eventually could have strengthened their motivation and courage to proceed. In this group the absence of negative verbal expression, also could be understood as punishment to me as a leader.

Vignette 3

As a result of nearly all members terminating a long term analytic group during a short period of time before the summer holiday (after 2½ years), the group is left with only one 'old' member. One member from the last five months, having been drug free for a time, starts to drink during the summer and becomes an alcohol treatment patient. Three members terminate because they plan to leave Oslo, and two others terminate because they feel their treatment has come to its natural end. From the first meeting on after summer, with one 'old' and three new members (planning to accept two in addition the next month). I think of the situation as a kind of re-starting the old group. I openly make up my mind early in the first meeting to present to the new ones what has happened, (the man in alcohol treatment taken out of the group because of too long an absence from the group before ending the clinic, and because he generally has shown up to be too unstable; he is recommended for individual treatment).

The whole situation has affected me to become more sensitive to the members' feelings about the here and now, and I talk about possible injuries the terminations may have inflicted on the group. I expect, I say, that the new group and the individuals in some ways will be affected by the history and characterize what has happened as a serious 'life crisis' this group has been through. In addition to such introducing them to the matrix of the group, the 'old' member talks very positively about what the group has meant to her during the last 2½ years. All in all, this start hypothetically becomes an important impact to the members in stabilizing the process to a culture soon characterized by hope and a search for cohesion, but later on by carefulness and perhaps anxiety about

touching conflict themes around differences. This is also what the culture of the group has become dominated till today. Many members are very self assertive, but still tend to be reluctant about confronting each other and eventually take responsibility of developing a conflict situation.

Comments

This, as I see it, exemplifies how the onset of the group will affect a cultural development that both may liberate and restrict the members, through conserving it in a state of safeness as fundamental to grow productive as a group, but also possibly slowing down the development towards freer interaction and open reflections. What also happens here, I believe, is that I further in the development, continue to give support and care because of anxiety stemming from the history of the group (and my own!).

Vignette 4

In an experience oriented educational group for students in group psychotherapy, the seminar is split into two separate parts, with altogether eight group meetings. This is supplied with some theory lectures plus more didactically oriented demonstrations and training groups. When the experience group meets the first time in second part of the seminar (i.e. the fifth session, having been apart for five months), I make a few comments on how natural it is to feel anxious here, perhaps for all of the members, because of the special and strange kind of arrangement this has to be felt like, compared with the kinds of group experiences they probably are more acknowledged to. This comment 'loosens' the atmosphere in the group, and many members express they are now feeling relaxed and understood, compared with the very first meeting, when I had stayed silent during most of the session. This produced a great deal of confusion about meaning and how to proceed as a member. That was my intention then, but now I look upon my way of introducing the group, giving much responsibility to the members, as a too strict way of beginning.

Comments

Especially in time-limited group arrangements, educational or therapeutic, it has come to my mind how important it is already from the beginning (for the members) feeling cared for and understood, in their emotional state of threat and need for explanations and meaning. In the fourth example I succeeded in

leading the group 'on track' the second part of the process, and the members became more committed to the working and termination stages of the group. The total experience also became illuminating to them, showing different ways of conducting groups and its consequences to the group culture.

Conclusive Summary

In this presentation I have tried to describe some of my experiences around problems of restricting group members' possibilities to protect themselves in groups. The leader responsibility and ability to regulate this through the balance of support and challenge, is a concern of mine. The importance of how he proceeds in the first session when looking to the developing group culture, is another concern.

It is a natural right in life, to be able to take care of one's own interests, borders, and health in general. So it is in groups, where injuries one may suffer from are related to mental health through possibilities of being re-traumatized. On the other hand, an appropriately conducted group, not least speaking about the first session, may liberate members becoming freer to assert themselves in meeting their group companions. In this paper, I have used Self Psychology as my main theoretical fundament in arguing about how to focus the subject.

I gradually have become occupied with the leader attitude or style, as a protector and caretaking person of patients other individuals being under restraint in a group. From psychoanalytic theory, we are all familiar with the terms of non-gratification and from group analysis of trusting the group (FOULKES, ANTHONY 1957). The terms both refers to a leader attitude of the non-active and withdrawn. He works on basis of the idea that the members of analytically oriented therapy groups already in the beginning have to be frustrated, as a precondition of mobilizing their unconscious fears, their transferences to the leader, starting to experience difficult feelings early in the process.

My conclusions from having worked on this paper, considering my own experiences as a group therapist and as a teacher in group psychotherapy, is that a leader should be more active and supporting, especially in the beginning, as a precondition for building a culture where all members feel safe enough to work in the group. This is an important fact to me by now, and a supportive, empathic and deep interest into vulnerabilities of others demands that he himself has resolved much of his own difficulties considering conflicts about attachment. In other words: A caregiving and supporting group therapist has to be experi-

enced in working with and reflecting on interactions between people, where he includes himself as a central member. On the other hand, a leader choosing a withdrawn style will do this in conviction of being the idealizing object, which stimulates members unconsciously to submit to him for a period, not losing sight of developmental goals, namely the more independent, group-oriented culture the group is hopefully expected to mature into. However, this attitude may possibly in many cases represent a kind of 'easy way out', not working appropriately in motivating the group.

It is not easy to represent actively a good model and a caregiver to eight people with their quite different premises on handling own psychological conflicts and emotional pain. But if a leader early succeeds in catching some of the inner nuclear conflicts of a group and their individuals, giving necessary support to make them feel they are to be taken care of, this will show results later in the group development. Perhaps development in research and theory will strengthen the picture of a leader being more active both in firmness and as a supporter, than psychoanalytic theory traditionally told us to.

Conclusive Comments

However, what is an everlasting truth about our subject, is that first of all the interest in and knowledge about the individual feelings and thoughts when in a group (student or patient) is the most important *attitude* a leader ought to have. Theory and eventual manualized strategies are necessary, helpful, but not sufficient to mature as a leader. The risk for 'loosing your head to theory' is real, because of the overview and order that will represent in the chaotic world processes in groups always represents. But this chaos at the same time is, in my opinion, the main challenge daring to explore, if really maturing as a group leader.

Abwehrmechanismen (Selbstschutz) und Selbstbehauptung (Aggression) in Gruppen: die aktive Unterstützung des Therapeuten zum Gruppenanfang

Zusammenfassung Knut Skjostad (Oslo)

Sich als Teilnehmer in einer Gruppe zu finden, sei sie psychotherapeutisch, eine Studiengruppe oder eine Supervisionsgruppe, stellt eine besonders provokative Anforderung dar, die gleich zu Beginn zwangsläufig zu Abwehrmecha-

nismen führt. Abwehrmechanismen werden in erster Linie als Schutzfaktoren verstanden, als berechtigte Maßnahmen, der Gefahr der Verletzung und Retraumatisierung durch andere Personen zu entgehen. So steht das grundlegende Gruppenerleben der Aufgabe, die Gruppenmitglieder zu freimütigem Austausch zu bringen und sie in ihrem emotionalen Ausdruck zu befreien, entgegen.

Im theoretischen Rahmen von KOHUTS Selbstpsychologie diskutiert der Autor die Rolle des Leiters in der Anfangsphase eines Gruppenbildungsprozesses. Anhand von Beispielen aus seiner eigenen Praxis resümiert er kritisch seine eigene Haltung und Interventionen, inwiefern er in seiner Leiterfunktion einen emanzipatorischen Gruppenprozess behindert oder gefördert hat.

In einem Beispiel versteht er im Nachhinein seine frühe Intervention in Form einer Kritik am relativ oberflächlichen Stil am Beginn einer Gruppe als Angst und Widerstand fördernd und Hindernis dafür, dass frühzeitig ein gegenseitiges Verständnis für Ängste und Verletzungen ermöglicht wird.

In einer anderen Fallvignette weist der Autor Mitglieder einer Studiengruppe sehr schnell in ihrem Verhalten bezüglich der Gruppengrenzen zurecht. Im Nachhinein glaubt er, die Teilnehmer durch seine korrigierenden Kommentare gedemütigt zu haben, worin er den Grund dafür sieht, dass die Gruppe zwar vernünftig die Interaktionen zwischen den Teilnehmern studierte, aber einige Teilnehmer emotional zurückgezogen blieben, weil die Gruppe von Beginn an keine Sicherheit bot. Es gab zu wenig Aggression, Selbstbehauptung und emotionale Offenheit in der Gruppe. Den Mangel an negativen verbalen Äußerungen versteht er als Bestrafung des Gruppenleiters.

In einem dritten Beispiel versucht der Autor eine insgesamt kritische Themen vermeidende Gruppenatmosphäre als Folge der besonderen Gründungsbedingungen dieser Therapiegruppe zu verstehen.

In einem weiteren Beispiel geht es eine Studiengruppe, in der er in der fünften Sitzung sein Verständnis für die Angst der Gruppe ausdrückt angesichts des artifiziellen Settings dieser Art von Gruppe. Dieser Kommentar lockerte die Atmosphäre der Gruppe, die Gruppenmitglieder konnten sich offen äußern und es wurde deutlich, dass seine schweigende Haltung zu Beginn der Gruppe ziemlich viel Verwirrung ausgelöst hat darüber, wie man sich als Gruppenmitglied zu verhalten hat.

Grundsätzlich setzt sich der Autor im vorliegenden Beitrag mit der Empfehlung von S. H. FOULKES, sich als Leiter möglichst schweigend und zurückhaltend zu verhalten, auseinander. Durch seine eigene gruppentherapeutische Er-

fahrung lernte er zu verstehen, dass diese Haltung den Teilnehmern zuviel Verantwortung aufbürdet, Abhängigkeitsgefühle bezogen auf den Leiter fördert und stabile Widerstandsphänomene induziert. Er plädiert von daher für eine die Bedürfnisse der Teilnehmer nach Sicherheit berücksichtigende aktive Haltung des Leiters insbesondere am Beginn von Gruppenprozessen.

REFERENCES

- Baker, H.; Baker, M. (1987): Heinz Kohut's self psychology: An Overview. *Am J Psychiatry* 144:1.
- Baker, M.; Baker, H. (1993): Self psychological contributions to the theory and practice of group psychotherapy; chapter 3. In: A. Alonso, H. Suiker (eds.): *Group therapy in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foulkes, S.; Anthony, E. (1957): *Group psychotherapy – the psychoanalytic approach*. London: Maresfield library.
- Karterud, S.; Stone, W. (2003): The group self: a neglected aspect of group psychotherapy. *Group Analysis* 36(1):7-22.
- Livingston, M. (2003): Vulnerability, affect, and depth in group psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry* 23 (5):646-677.
- Livingston, M.; Livingston, L. (1998): Conflict and aggression in group psychotherapy: a self psychological vantage point. *Int J Group Psychotherapy* 48(3):385.
- MacKenzie, K. (1997): *Time-managed group psychotherapy: effective clinical applications*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Myers, S. (1996): Group therapy and disorders of the self. *Group Analysis* 29(2):219-227.
- Ormont, L. (1989): Acting in and the therapeutic contract in group psychoanalysis. *Int J Group Psychotherapy* 19 (4):420-32.
- Stone, W. (1992): The place of self psychology in group psychotherapy: a status report. *Int J Group Psychotherapy* 42(3):347-8.
- (2001): The role of the therapist's affect in the detection of empathic failures, misunderstandings, and injury. *Group* 25(1/2).
- Wolf, E. (1980): On the developmental line of self-object relations. In: A. Goldberg (ed.): *Advances in self psychology*. New York: Int. Universities Press.
- [Publisher's remark: for requests concerning missing page numbers please contact the authors.]

Author's address: Knut Skjøstad • Solveien 46 C • 1177 Oslo, Norway • Tel.: +47-91 326 215 • Fax: +47-22 280 020 • E-mail: knutsjo@online.no.

Knut Skjøstad, private practice, staff member of the Institute of Group Analysis, Oslo

Turbulenz und Vehemenz: Zur ersten Sitzung einer Kindergruppentherapie

Elke Wriedt, Ulrike Winkelmann (München)

In the presentation of this paper, the author reflects the first session of a new established analytic therapy group for children in the age seven to nine. The development of the group dynamics in the first session, coming from the acting out and playing of the children, is understood as influenced decisively by the children's early life experiences in their families. The matter of concern of the author is to point out how the dynamics of the group can be used for the process in group therapy.

Keywords: children, group therapy, group dynamic, acting out

Einführung

Die Gruppenpsychotherapie ist nach Einschätzung der Autorinnen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen von besonderer Bedeutung. Kinder werden in eine Familiengruppe hineingeboren und bewegen sich im Laufe ihrer Entwicklung in den verschiedensten Gruppenbezügen (Krippe, Kindergarten, Schule, Vereine etc.). Bereits kleine Kinder wollen nicht alleine sein und halten sich in der Regel gerne in Gruppen auf. Wenn sich Heranwachsende durchgängig isolieren oder von Gleichaltrigen ausgeschlossen werden, nehmen wir an, dass die Entwicklung der Ich-Struktur des Kindes und damit die Identitätsentwicklung grundlegend, insbesondere in der Regulationsfähigkeit, gestört wurde. Die Ich-Struktur entwickelt sich in Abhängigkeit von den frühen Beziehungserfahrungen des Kindes mit der Mutter und den anderen Familienmitgliedern. „Das heißt, der Patient hat die in seiner Familie erfahrenen Beziehungen, Verletzungen und Zuwendung internalisiert. Somit bildet das Beziehungsgeflecht der Primärgruppe das strukturierende Element seiner Ich-Struktur.“ (Günter AMMON 2000a, S. 566)

In der Gruppenpsychotherapie wird den jungen Patienten – vergleichbar mit der Milieuthérapie für Erwachsene

ein Agierfeld zur Verfügung gestellt. Durch das Agieren sollen alte unbewusste gruppenspezifische Prozesse der Primärgruppe (z. B. Geschwisterrivalität, Sündenbockdynamik etc.) sichtbar und wiedererlebbar werden, d. h. über das Agieren wird ‚altes‘ Gefühlsleben aktualisiert. (WINKELMANN 2007)

Die Gruppendynamik, die durch das Spielen und Agieren der Kinder in der Gruppe entsteht, kann für den therapeutischen Prozess genutzt werden. Wird sie als Ausdruck alter verinnerlichter Erfahrungen der Primärgruppe verstanden, können alte Verhaltensmuster und Beziehungserfahrungen durch den direkten Kontakt zum Therapeuten und zu den anderen Kindern korrigiert werden.

Wie die erste Sitzung einer analytisch orientierten Kindergruppe für 7- bis 9-Jährige verlief, gruppenspezifisch wie auch -therapeutisch, und wie wir, d. h. meine Ko-Therapeutin und ich, das Geschehen verstanden, wird in der folgenden Arbeit beschrieben.

Ausgangssituation am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut und Rahmenbedingungen für die Kindergruppe

Am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse werden seit über 30 Jahren Ärzte und Psychologen zu Psychoanalytikern und Psychotherapeuten ausgebildet. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen war früher in das Ausbildungskonzept integriert. 1997 wurde die Ausbildung reformiert und ein eigener Fachbereich für Kinder und Jugendliche eingerichtet. Im gleichen Jahr wurde ein Curriculum für die theoretischen Inhalte erstellt. Bereits 1998 kamen die ersten Kinder und Jugendlichen über die Beratungsstelle. Sechs Ausbildungskandidaten begannen mit der Behandlung der jungen Patienten unter Supervision. Im Januar 2001 gründeten wir mit vier Kindern die erste Gruppe.

Wir, die beiden Gruppenleiterinnen, einigten uns auf folgende Rahmenbedingungen, die auch heute noch gelten: Es handelt sich um eine offene Gruppe, d. h. es kommen immer wieder neue Kinder dazu, während andere, die schon länger dabei sind, ihre Therapie abschließen und die Gruppe verlassen. Die Kinder sind zwischen sieben und neun Jahre alt. Im Hinblick auf die Symptomatik der jungen Patienten sollte die Gruppe möglichst heterogen zusammengesetzt sein (Günter AMMON 1988, S. 96). Sie findet – außer in den Ferien – einmal in der Woche für 100 Minuten statt und wird von zwei Therapeutinnen geleitet. In ca. sechswöchigem Abstand wird begleitend eine Elterngruppe angeboten und bei Bedarf werden Einzelgespräche mit den Eltern geführt. Der Verlauf der Gruppensitzungen wird protokolliert.

Die hier beschriebene Kindertherapiegruppe existiert mittlerweile seit über sechs Jahren. Inzwischen nehmen in der Regel acht bis neun Kinder an der

Gruppe teil. Eine Reihe von Kindern hat ihre Therapie erfolgreich abgeschlossen. Zwei Kollegen leiten seit einigen Jahren eine Jugendlichengruppe (14-18 Jahre). Zwei weitere Gruppen, eine für 10- bis 14-Jährige und eine für ältere Jugendliche, befinden sich im Aufbau.

Auswahl und Vorstellung der Kinder

Die Kinder, die wir für die neue Therapiegruppe auswählten, waren über die Beratungsstelle zu uns gekommen und befanden sich alle bereits mehr oder weniger lange in einzeltherapeutischer Behandlung.

An der ersten Gruppensitzung nahmen folgende vier Kinder teil:

Mischa, 8 Jahre und 5 Monate alt, ein hübscher, dunkelhaariger und charmanter Junge. Er hatte noch einen jüngeren Bruder. Er kam in Therapie, da ihm wegen starker Unruhe und massiv aggressiven Verhaltens gegen Lehrer und Mitschüler der Schul- und Hortausschluss drohte. Er sollte mit Ritalin behandelt werden und verschiedene Therapeuten hatten aufgrund der Schwere der Störung eine psychotherapeutische Behandlung des Jungen abgelehnt. Die Eltern lebten bereits seit längerer Zeit getrennt. Gewalttätige Auseinandersetzungen und destruktive Sexualität spielten sich vor den Augen der Kinder ab. Mischa wurde von den Eltern, insbesondere von der Mutter, einerseits narzisstisch überhöht und als Partnerersatz missbraucht, andererseits sadistisch provoziert und entwertet. Der Vater hatte nach einer Auseinandersetzung mit seiner Frau den Kontakt zu seinem Sohn völlig abgebrochen.

Kevin, 8 Jahre und 2 Monate alt, war ein hoch intelligenter, etwas beleibter, schwerfälliger Junge mit Brille. Er hatte keine Freunde und stand im Pausenhof immer am Rand. Er war aus dem Hort ausgeschlossen worden, weil er Mädchen drangsalierte, sich aufsässig und provozierend verhielt. Er wirkte in seinem Verhalten skurril und autistisch. Er sprach oft vor sich hin, ohne darauf zu achten, ob ihm jemand zuhörte oder nicht. Die Eltern lebten getrennt, wohnten aber in unmittelbarer Nachbarschaft zueinander. Kevin litt sehr unter der Trennung der Eltern und war in einem schweren Loyalitätskonflikt. Die Familiendynamik wurde beherrscht durch Zwang und Depression. Beide Eltern hatten in ihren Ursprungsländern studiert und bisher in Deutschland keine adäquate Anstellung gefunden. Der Vater verbündete sich mit seinem Sohn gegen die 'feindliche' Außenwelt, behandelte ihn wie einen kleinen Erwachsenen und führte lange intellektuelle Gespräche mit ihm. Die Mutter befand sich selbst in therapeutischer Behandlung. Sie litt unter ihrer Sprachlosigkeit, Starrheit und

Unfähigkeit, auf die emotionalen Bedürfnisse ihres Sohnes zu antworten.

Katharina, 8 Jahre und 3 Monate alt, ein hübsches, dunkelhaariges und wildes Mädchen. Jüngste von drei Schwestern. Sie war bereits seit dem Kindergarten in Einzeltherapie. Erwachsene nahm sie überhaupt nicht ernst, sie war emotional nur schwer zu erreichen und akzeptierte keine Grenzen und Regeln. Mit ihrer mittleren Schwester war Katharina in einer massiven Geschwister rivalität verstrickt. Die Eltern waren geschieden, da der Vater wiederholt massiv gewalttätig gegen die Mutter und die Kinder geworden war. Der Vater hatte den Kontakt abgebrochen und der Familie einen riesigen Schuldenberg hinterlassen. Die Mutter wirkte warmherzig, war aber sehr depressiv, chaotisch, verwahrlost und mit der Versorgung der drei Kinder völlig überfordert. Katharina streunte bereits im Kindergartenalter oft alleine mit ihren Schwestern in der Stadt herum, und es bestand die Gefahr einer dissozialen Entwicklung.

Franz, 8 Jahre und 5 Monate alt, ein blonder, stiller, 'farblos' wirkender Junge, körperlich eher zart und durchscheinend. Er war in der Schule Außenseiter, hatte kaum Kontakte zu anderen Kindern. Er kam wegen massiver Wutanfälle, die zu hause auftraten, in die Therapie. Die Eltern lebten getrennt. In der Beziehung zwischen Mutter, Schwester und neuem Freund der Mutter wurde er ausgegrenzt. Der Kontakt zum Vater war spärlich und kühl.

Die Kinder und ihre Eltern kannten sich vor der ersten Gruppensitzung nicht.

Mischa und Kevin waren parallel zur Gruppentherapie bei meiner Kollegin, Franz und Katharina bei anderen Kollegen des Institutes in Einzeltherapie. Es bestand ein tragfähiger Kontakt zu den Kindern und damit die Sicherheit, dass die Turbulenzen der Anfangszeit in der Einzeltherapie aufgefangen und bearbeitet werden konnten. Bei den jungen Patienten lagen sehr unterschiedliche Störungsbilder vor, alle hatten letztendlich große Schwierigkeiten in ihren Gruppenbezügen, d. h. in der Schule, im Hort, mit Gleichaltrigen und in ihrer Familie.

Mit den Kindern und ihren Eltern führten wir Vorgespräche. Alle Kinder waren einverstanden und wollten gerne an der Kindertherapiegruppe teilnehmen. Einige von ihnen äußerten die Hoffnung, neue Freunde zu finden. Das Streben eines Kindes, einer Gruppe anzugehören, bezeichnet SLAVSON (1972) als sozialen Hunger und sieht darin einen prognostisch günstigen Faktor für die Gruppenpsychotherapie. Mit Kevin, der große Ängste vor der Gruppe äußerte, vereinbarten wir eine 'Probezeit'. Es wurde ihm versprochen, dass er dreimal kommen könne, und wenn es ihm dann nicht gefiele, dürfe er die Gruppe wieder verlassen.

Der Ablauf der ersten Sitzung

Wir hatten im Vorfeld Struktur und Ablauf der ersten Gruppensitzung ausführlich diskutiert und vorbereitet. Zu Beginn der Sitzung sollten sich alle vorstellen, wir wollten die Gruppenregeln erläutern und mit den Kindern besprechen, warum sie in der Gruppe sind und was dort passiert. Für die anschließende Zeit hatten wir uns mit therapeutisch sinnvollen Spielvorschlägen gerüstet, wollten uns in aller Ruhe zurücklehnen, das Geschehen beobachten und analysieren.

Tatsächlich wurden wir jedoch von der Heftigkeit der Dynamik, die sich bereits zu Beginn der Sitzung entwickelte, völlig überwältigt. Wir mussten unmittelbar in die Aktionen der Kinder eingreifen und mitagieren. Es war nicht möglich, eine einigermaßen geordnete Vorstellungsrunde durchzuführen. Die Kinder waren unruhig, getrieben, konnten kaum auf ihren Plätzen sitzen bleiben und sprachen alle durcheinander. Mischa begann immer mehr aufzudrehen, ließ die anderen Kinder nicht zu Ende sprechen, kasperte, störte und wurde immer entgrenzter. Er versuchte alle durch sein Verhalten zu beeindrucken und negativ gegen uns zu beeinflussen, tobte, lachte und schrie unangemessen. Franz saß mit ausdruckslosem und abgewandtem Gesicht auf einem Stuhl, Katharina war völlig verängstigt, blass und stumm. Kevin alberte mit, versuchte sich mit Mischa zu verbünden und war hin und hergerissen zwischen Faszination und großem Erschrecken. Auch durch energisches und lautes Ansprechen konnte kein Kontakt zu Mischa hergestellt werden, er war verbal nicht mehr zu erreichen. Der Junge wurde schließlich auf dem Boden sitzend von hinten von meiner Kollegin festgehalten. Er tobte und schrie zunächst weiter, bäumte sich immer wieder auf, versuchte aber nicht, sich ernsthaft aus der Umarmung zu befreien. Ich hatte zwischenzeitlich die völlig erstarrte Katharina auf den Schoß genommen und sprach mit den Kindern über die große Angst, die diese neue Gruppensituation nicht nur bei Mischa auslöste. Kevin befand sich im Widerstreit der Gefühle, war unruhig und sprach unaufhörlich vor sich hin. Erst beschimpfte er uns, dann hielt er Mischa den Mund zu. Wir waren alle erleichtert, als nach und nach Ruhe einkehrte, und meine Kollegin Mischa loslassen konnte.

Die Kinder nahmen nun vorsichtig Kontakt zueinander auf und wir diskutierten ihre Spielideen. Franz Vorschlag, ein Armbrustturnier zu veranstalten, wurde von den beiden anderen Jungen angenommen. Katharina verschanzte sich, immer noch sehr ängstlich und angespannt, mit mir hinter dem Puppenhaus und beobachtete das Spiel der anderen. Franz hatte bereits im Vorfeld oft mit

seinem Einzeltherapeuten Armbrustturniere veranstaltet und war in dieser Situation eindeutig der 'Profi'. Bereits beim zweiten Durchgang fing Mischa wieder an zu provozieren, indem er sich immer wieder in die Schusslinie der beiden anderen stellte. Kevin schmiss nach kurzer Zeit frustriert die Armbrust auf den Boden, weil er nicht sofort in die Mitte der Zielscheibe traf. Das Spiel wurde abgebrochen, die Kinder waren jedoch entspannter, setzten sich zusammen an den Tisch und fingen an, mit Ton zu bauen. Kevin und Mischa arbeiteten zielstrebig und fantasievoll jeweils an einer 'Alienbasis' bzw. 'Raketenbasis'. Franz wirkte dagegen sehr unsicher und zerstörte immer wieder das Geschaffene. Durch unsere vorsichtige Ermutigung und Unterstützung gelang ihm schließlich eine 'Elefantenbasis' mit einem differenziert ausgestalteten Tonelefanten, über den er sich sehr freute. Katharina war mittlerweile sichtlich gelöst und wurde in das Geschehen miteinbezogen, indem wir vom Puppenhaus aus eine 'Kaffeebasis' errichteten und die Jungs mit Kaffee und Kuchen versorgten. Kurz vor Ende der Sitzung kam sie schließlich mit an den Tisch und ließ sich die Tonarbeiten zeigen.

Bereits beim Aufräumen wurden die Kinder wieder unruhiger, Mischa wollte ohne Verabschiedung sofort gehen. In der Abschlussrunde beschwerten er und Kevin sich, dass sie in der Sitzung nicht so viel Quatsch machen durften. Franz fand die Gruppensitzung zu Beginn langweilig. Die Jungen waren aber einer Meinung, dass sie das Armbrustturnier und Tonbauen gut fanden. Katharina konnte sich kaum zur Gruppensitzung äußern, außer dass ihr das Spielen am Puppenhaus gefallen hatte. Als wir sie auf die turbulente Anfangsphase ansprachen und die Situation reflektierten, wusste sie keine Antwort und konnte ihre Gefühle nicht ausdrücken.

Nach Verlassen des Gruppenraumes fingen Mischa und Kevin erneut an herumzutoben. In eine wilde Rangelei verstrickt, liefen sie laut schreiend und ihre Schulranzen um sich schlagend, durch das Treppenhaus in das Foyer des ersten Stockes, wo sie von ihren Eltern erwartet wurden. Mischas und Kevins Väter blieben passiv abwartend in ihren Sesseln sitzen und ließen ihre Kinder gewähren. Sie reagierten nicht, obwohl andere Personen im Foyer belästigt wurden und die Gefahr bestand, dass sich die Kinder verletzten. Wir mussten schließlich eingreifen, schrieten die Jungen laut an und hielten sie fest.

Der gruppendynamische und gruppenpsychotherapeutische Prozess der ersten Gruppensitzung

Die Gruppendynamik dieser ersten Therapiesitzung wurde beherrscht durch die verheerende Gruppenangst der Kinder. Obwohl wir die Kinder durch die Einzeltherapie gut kannten und uns klar war, dass die Gruppe große Ängste mobilisieren würde, überraschte uns die Heftigkeit der Reaktionen. Erschwerend kam hinzu, dass sich die Gruppe erst ganz neu zusammengefunden hatte. Wir kannten die Kinder zwar aus der Einzeltherapie, verfügten aber ansonsten über keine vertrauten Abläufe, Gruppenspiele oder -rituale. Es gab noch keine 'alten Hasen', die den Neuen unter die Arme hätten greifen können.

Zentral in diesem Prozess der Anfangsphase war Mischa, der durch sein Verhalten am stärksten die Angst der Kinder ausdrückte, sich auf die neue Gruppensituation einzulassen. „... Wenn, z. B. die ganze Gruppe große Angst erlebt, drückt dasjenige Mitglied der Gruppe diese am deutlichsten aus, welches am meisten unter ihr leidet. In diesem Augenblick wird es somit zum Träger der Angst in der Gruppe.“ (Günter AMMON 1976, S. 14)

Mit dem Einstieg in die Gruppentherapie wurden bei Mischa in der ersten Sitzung derart massive Ängste mobilisiert, dass er bereits in der Vorstellungsrunde nur mit destruktiv-aggressivem Verhalten reagieren konnte bzw. gar kein Kontakt zu ihm möglich war. Das Agieren des Jungen muss auf dem Hintergrund seiner aktuellen, negativen Gruppenerlebnisse und der frühen, verinnerlichten Erfahrungen in seiner Familiengruppe verstanden werden. Bei frühgestörten Patienten dominiere in der Anfangsphase des therapeutischen Prozesses „die präödipal-symbiotische Dynamik mit den entsprechenden Problemen der ... Angst vor völliger Vernichtung“, schreibt Günter AMMON (1976, S. 79).

Die Spannungen und Gefühle, die sich in dieser Situation entluden, waren derart überwältigend, dass wir uns immer wieder völlig ausgeliefert und ohnmächtig fühlten. Wir hatten den Eindruck, dass nicht nur vier, sondern mindestens sechs oder sieben Kinder im Raum herumtobten. Es bedeutete eine enorme Herausforderung, die heftigen Gegenübertragungsgefühle zu kontrollieren, um nicht mit übermäßiger Härte oder sogar mit Ausschluss des Jungen aus der Gruppe zu reagieren.

Eine Haltung emotionaler Akzeptanz aufrecht zu erhalten, kann angesichts der manchmal massiven, sich an der Grenze zu antisozialem Verhalten bewegenden Äußerungen von strukturell gestörten Patienten sehr schwierig sein. ... Daran, wie dieser Patient sich in Anwesenheit von anderen in der Gruppe verhält, zeigt sich, wie es ihm trotz schwierigster Entwicklungsbedingungen mög-

lich gewesen ist, sein psychisches und manchmal auch sein physisches Überleben zu sichern. (STREECK 2004, S. 320)

Mischa beherrschte mit seinem destruktiven Agieren die ganze Gruppe. In der Wiederholung seiner Familiendynamik gelang es ihm, wie bei der Mutter, mit seinem Verhalten die ganze Aufmerksamkeit und Zuwendung meiner Kollegin, die auch seine Einzeltherapeutin war, auf sich zu ziehen. Der Junge hatte bisher in seiner Einzeltherapie keine derartig massiven Verhaltensweisen gezeigt. Die dyadische Beziehung zu meiner Kollegin – im Sinne der Mutter-Kind-Beziehung – wurde zugunsten einer triadischen Beziehung aufgelöst. Mischa fühlte sich durch das Hinzukommen eines Dritten (die Kinder kannten mich nicht), im Sinne der Triangulierung, massiv bedroht. Die anderen Kinder spielten in diesem Augenblick, wie auch zuhause sein kleinerer Bruder, keine Rolle. In seiner Familiengruppe blieb Mischa in der destruktiven Symbiose mit der Mutter verhaftet, da diese seine Ängste und Bedürfnisse nicht wahrnahm oder brutal zurückwies. Sie verstärkte sein Verhalten, indem sie es immer wieder für ihre eigenen unbewussten Motive missbrauchte. Mischa hatte kaum gelernt, auf konstruktive Art und Weise seine Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zu äußern. M. KLEIN schreibt (1972): „Es entstehen Konflikte in der Realität, die einen Circulus vitiosus von Angst vor verfolgenden äußeren Objekten, Abwehr durch aggressives Verhalten und erneuter Angst in Gang setzen“ (zitiert nach Heinemann, Hopf 2004, S. 126).

In der Gruppensituation konnte dieser Teufelskreislauf aus destruktivem Agieren und Zurückweisung aufgelöst werden. Durch das Festhalten, die körperliche Grenze, wurden die überflutenden Ängste des Jungen reguliert. Mischa spürte, dass er in seiner Angst nicht zurückgewiesen wurde und nahm die Unterstützung an – er wäre körperlich durchaus in der Lage gewesen, sich zu befreien. Meine Kollegin hatte die Angst verstanden, vorübergehend die beim Kind unzureichend ausgebildete Ich-Funktion der Abgrenzung übernommen und damit das destruktive Agieren als Form der Kontaktaufnahme abgegrenzt.

Die Jungen waren nun in der Lage, sich unabhängiger von uns Erwachsenen zu bewegen, den Gruppenraum und die Beziehung zueinander zu erkunden. Katharina konnte sich noch nicht am Geschehen beteiligen, sondern war weiterhin auf den engen Einzelkontakt zu mir angewiesen. Wir spielten zurückgezogen am Puppenhaus. Die Szenen, die sich zu Beginn der Gruppensitzung eigneten, waren Katharina nur allzu vertraut. Ihre überforderte Mutter hatte kaum Zeit für sie, und ihre mittlere Schwester zog immer wieder durch dramatisches und unangepasstes Verhalten die Aufmerksamkeit der Mutter auf sich.

Wie in ihrer Ursprungsfamilie reagierte sie in der Gruppensitzung mit Anpassung und emotionalem Rückzug.

Franz gab durch seinen Vorschlag, ein Armbrustturnier zu veranstalten, ein Stück seiner positiv-verinnerlichten Einzeltherapieerfahrung in die Gruppe und bot hierdurch den Gruppenteilnehmern die Möglichkeit, sich über das Spiel konstruktiv auseinander zu setzen. Bereits beim zweiten Durchgang störte Mischa durch Provozieren und Kaspern den Spielablauf und den Kontakt zwischen den beiden Jungen. Kevin war frustriert, weil er nicht sofort getroffen hatte. Damit wurde das Spiel abgebrochen. Franz, der mit großem Spaß dabei war, resignierte und setzte sich nicht energisch dafür ein, das Spiel fortzuführen. Die Art und Weise, wie Kinder spielen, ist von großer diagnostischer Bedeutung. Unterschiedliche Spielformen können nach Paulina KERNBERG (2006) als charakteristisch für bestimmte Störungsbilder gesehen werden (Spiel des autistischen, psychotischen, Borderline, narzisstischen und verhaltensgestörten Kindes). Wir gehen davon aus, dass die Teilnahme an freien oder strukturierten Gruppenspielen für Kinder eine Identitätsanforderung darstellt. Ihr Spielverhalten lässt Rückschlüsse über den Entwicklungsstand ihrer Ich-Struktur zu (Gisela AMMON 2000, S. 690f.). In dieser frühen Phase der Gruppenbildung, in der die Gruppe noch nicht stabil und geschlossen war, waren die Kinder aufgrund ihrer ich-strukturellen Defizite mit der Anforderung und Gestaltung einer freien Spielsituation überfordert und ihre jeweiligen Schwächen wurden deutlich (Kontaktabbruch, fehlende Frustrationstoleranz, depressiver Rückzug und Resignation, etc.).

Das unbewusste Bedürfnis der Kinder nach einer strukturierteren Spielsituation wurde am stärksten durch Kevin ausgedrückt, der sich schließlich an den Tisch setzte und anfang, mit Ton zu arbeiten. Kevin hatte in seiner Einzeltherapie durch das Tonbauen ein Ausdrucksmittel für sich entdeckt, das vertraute Medium gab ihm in der 'fremden' Gruppe Sicherheit. Er übernahm in diesem Moment in der Gruppe eine integrierende Funktion, denn auch Mischa und Franz setzten sich mit an den Tisch und holten sich ein Stück Ton. Die überschaubare Situation und Beschäftigung mit einem dritten Objekt gab den Kindern Halt. Sie arbeiteten zwar jeder für sich, waren aber durch ein gemeinsames Thema, das Bauen einer 'Basis', miteinander verbunden.

An dieser Stelle des Gruppenprozesses brachten die Kinder durch das Symbol der Basis zum Ausdruck, welche entscheidende Bedeutung die gelungene Bewältigung der Anfangssituation einerseits für die gesamte Gruppe und andererseits für die einzelnen Kinder hatte: In der Auseinandersetzung um Mischa

war die sog. Vertrauensfrage der Gruppe gestellt worden, die Frage nach der Tragfähigkeit der Gruppe, ob sie den Verlassenheits- und Vernichtungsängsten der Kinder standhalten würde oder sie ihnen grenzen- und schutzlos überantwortet blieben. Wir hatten als zentrale Personen der Gruppe die Ängste der Kinder verstanden und ausgehalten, damit war der Grundstein gelegt für den weiteren Fortbestand der Kindergruppe. Es war ein Schutzraum (Günter AMMON 1979, S. 170) für die Gruppe entstanden.

Herrscht in einer Beziehung Vertrauen und Verlässlichkeit, so entsteht ein potentieller Raum, ein Raum der zu einem unbegrenzten Raum der Trennung werden kann, den das Kleinkind, das Kind, der Jugendliche und Erwachsene kreativ mit Spiel erfüllen kann, aus dem sich später die Freude am kulturellen Erbe entwickelt. (WINNICOTT 1973, S. 177)

Die Kinder konnten nun auf die Gruppentherapeutinnen bauen und uns durch ihr kreatives Schaffen anvertrauen, auf welcher 'Basis' sie aufgewachsen waren, woher sie kamen und wer sie waren. Die Werke der Kinder ('Alienbasis', 'Raketenbasis' und 'Elefantenbasis') dienten uns dazu, im Sinne des szenischen Verstehens (LORENZER 1970) intuitiv Hypothesen über die intrapsychischen Strukturen der Kinder zu bilden und diese Erkenntnisse für den therapeutischen Prozess zu nutzen.

Die 'Intuition' beruht methodologisch auf der psychoanalytischen Kompetenz, einer spezifischen professionellen klinisch vermittelten Kunstfertigkeit zum Verstehen und entwicklungsfördernden Beeinflussen (FÜRSTENAU 1992) unbewusster Strukturen und Prozesse. (MERTENS, WALDVOGEL 2000, S. 705)

Kevins 'Alienbasis' verdeutlichte uns, dass er tatsächlich wie 'ein Außerirdischer von einem anderen Stern' in unsere Gruppe kam. Er war in einer völlig isolierten Kleinfamilie aufgewachsen. Umzüge über mehrere Kontinente, Vereinsamung und Arbeitslosigkeit der Eltern sowie die fehlende Integration des Jungen in eine Gruppe von Gleichaltrigen führten zu einer unzureichenden Identitätsentwicklung im Sinne des Woher-komme-ich und Wer-bin-ich. Die Eltern missbrauchten ihn wie einen erwachsenen Partner für ihre eigenen Bedürfnisse nach Gesellschaft und Kontakt. Seine basalen kindlichen Bedürfnisse nach Wahrnehmung, Schutz und Versorgung konnten die Eltern aufgrund eigener Mangelerfahrungen nicht erfüllen. Eine altersentsprechende Auseinandersetzung mit Realitätsanforderungen war verhindert worden. Kevin offenbarte mit seiner Tonfigur seine Fremdheit, Einsamkeit und Orientierungslosigkeit.

Mischas 'Raketenbasis' war Ausdruck dafür, dass er sich sprichwörtlich 'bis an die Zähne bewaffnen' musste, um die neue Gruppensituation zu bewältigen. Durch seine frühen Erfahrungen mit Gewalt und destruktiver Beziehungsge-

staltung in der Familie hatte er gelernt, dass 'Angriff die beste Verteidigung' bot. Die Gruppe stellte ihm nun ein Fundament für die Auseinandersetzung mit seinen Ängsten und Aggressionen zur Verfügung.

Franz hatte neben Katharina in dieser Gruppensitzung die größten Schwierigkeiten, einen Ausdruck für sein inneres Erleben, für Gefühle und sein Unbewusstes zu finden. Er schien zunächst wenig berührt von Mischas Ausbrüchen, wirkte konstruktiv, tatkräftig und sicherte durch seine Leistungen beim Armbrustschießen anscheinend rasch seine Position in der Gruppe. Franz hatte in der kühlen und von Rivalität geprägten Atmosphäre seiner Familie gelernt, sich anzupassen und zu funktionieren. Er regulierte seine Gefühle, indem er sich 'wie ein Stein ins Bett legte' oder sie entluden sich durch heftige Wutanfälle. Mit unserer Unterstützung gestaltete er eine 'Elefantenbasis'. Die mächtigen Tiere wirken wie er, ruhig und ausgeglichen; sie sind aber zu enormen Aggressionen in der Lage. Der Elefant als Herdentier verkörperte seinen Wunsch nach einer mütterlichen, integrierenden Leitfigur und nach einer sozialen Gemeinschaft, einer Gruppe mit klaren Grenzen und Regeln, in der jeder seinen Platz findet.

Durch das Errichten einer 'Kaffeebasis' konnte zuletzt auch Katharina ihren Platz in der Gruppe finden. Das Mädchen kam aus einer desolaten Familiensituation, die durch Gewalt und Verwahrlosung geprägt war. Die grundlegende Versorgung der Kinder mit Nahrung, Kleidung und Spielsachen war nicht gewährleistet. Die Familie war abhängig von Sozialhilfe. Die griechische Großfamilie, aus der Katharina kam, war geprägt von konservativen Moral- und Rollenvorstellungen. Im Spiel konnte sie sich zunächst nur in der typisch weiblichen Rolle präsentieren: die Frau muss die Männer versorgen; und gab uns damit Einblick in ihre Familiendynamik. Gleichzeitig wurden ihre eigenen oralen, kleinkindlichen Bedürfnisse nach realer und emotionaler Nahrung, Zuwendung und versorgt zu werden deutlich.

Über ihre Werke stellten die Kinder sich als eigenständige Persönlichkeiten mit ihren unterschiedlichen Biographien dar.

Auseinandersetzungen um Kontakt in einer Gruppe bilden das sozialenergetische Feld, in dem Struktur wächst. ... Der Mensch entwickelt seine Identität in der Gruppe. Der Gruppenbezug integriert ihn, die Identität differenziert ihn aus der Gruppe heraus. (Günter AMMON 2000b, S. 94)

In der Trennungssituation, die erneut Ängste mobilisierte, begannen die Kinder, insbesondere Mischa, wiederum massiv zu agieren. Nur mit Mühe und Not war eine Abschlussrunde möglich. Die Kinder hatten die Abgrenzung ihres

destruktiven Verhaltens zu Beginn der Sitzung (noch) nicht bewusst als Hilfe und Unterstützung wahrnehmen können. Mischa und Kevin beschwerten sich im Gegenteil darüber, dass sie nicht so viel Quatsch machen durften. Franz hatte die ganze Angst der Anfangssituation abgewehrt, er fand die Gruppe langweilig. Katharina konnte das Erlebte überhaupt nicht in Worte fassen.

Die Ein- und Abgrenzung der Kinder war uns nur vorübergehend für die Zeit der Gruppensitzung gelungen. Noch in der Gruppe und besonders nach Abschluss der Gruppe entlud sich wieder die volle Wucht des destruktiven Agierens. Wir fühlten uns wie in der Anfangssituation: ohnmächtig und völlig unfähig. Wir fanden im Foyer die Väter der Kinder vor, die dem Treiben ihrer Kinder keinen Einhalt geboten. Auf diese Weise bekamen wir blitzlichtartig einen kurzen Einblick in die Familien, in denen die Kinder keine Grenzen und Halt erfuhren.

Es sind vielfache, differenzierende und integrierende Prozesse über eine lange Zeit notwendig, um eine Wiedergutmachung und nachholende Ich-Entwicklung zu ermöglichen. Die Gruppenpsychotherapie spielt in diesem Prozess eine besondere Rolle, da die Kinder in der Gruppe durch ihr Agieren ihre Primärgruppendynamik sichtbar machen. Es entwickelt sich eine eigene Gruppendynamik, die für den therapeutischen Prozess genutzt werden kann.

In der hier beschriebenen ersten Gruppensitzung wurde eine Basis für den weiteren gruppensystemischen und -therapeutischen Prozess geschaffen – alle Kinder kamen zur nächsten Stunde wieder.

The first session of a therapy group for children and their group dynamics

Elke Wriedt, Ulrike Winkelmann (Munich)

In the presentation of this paper, the author describes the first session of a new established therapy group for children between age seven to nine. Although the young patients were known already from their individual therapy, the therapists were completely surprised and overpowered by the intensity of the dynamics which developed in the first session. From the begin on, the central person was young Mischa who expressed through his heavy acting out the children's anxieties to involve in this new group. Only by holding the boy with physical power he could calm down and regulate his overflowing anxieties. With this intervention, we could temporarily take over the boy's deficient ego-structure

of demarcation which was limiting the destructive acting-out. After this discussion, the children expressed with their creations made out of clay the importance of the successful handling of the difficult situation on the whole group and on the individual child. The example of this first group session showed very clear the strong influence a child's early internalized life experiences had on the actual group dynamics within the therapy group. Later in the therapeutic process, we could use and work with this group dynamic experience.

LITERATUR

- Ammon, Gisela (2000): Präventive Maßnahmen – Psychoanalytische Kindergärten und psychoanalytische Pädagogik. In: G. Ammon (Hrsg.): Hdb. d. Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1; S. 678-733. Eschborn: Klotz.
- Ammon, Günter (Hrsg.) (1976): Analytische Gruppendynamik. Hamburg: Hoffmann, Campe.
- (1988): Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie. In: G. Ammon (Hrsg.): Vorträge 1969-1988; S. 88-111. München: Pöhl.
- (Hrsg.) (2000a): Spezielle therapeutische Methoden. In: G. Ammon (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band 1; S. 554-637. Eschborn: Klotz.
- (Hrsg.) (2000b): Biologische und neurophysiologische Aspekte der Dynamischen Psychiatrie. In: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band 2; S. 89-350. Eschborn: Klotz.
- Fürstenau, P. (1992): Entwicklungsförderung durch Therapie. München: Pfeiffer.
- Heinemann, E.; Hopf, H. (2004): Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kernberg, P. (2006): Formen des Spiels. *Kinderanalyse* 14(4); S. 366-386
- Lorenzer, A. (1970): Kritik des psychoanalytischen Symbolbegriffs. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Mertens, W.; Waldvogel, B. (Hrsg.) (2000): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Slavson, S. (1972): Einführung in die Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Vandenhoeck.
- Streeck, U. (2004): Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie. In: M. Hayne, D. Kunzke (Hrsg.): Moderne Gruppenanalyse; S. 296-326. Gießen: Psychosozial Vlg..
- Winnicott, D. (1973): Der Ort, an dem wir leben. In: Gisela Ammon (Hrsg.): Psychoanalytische Pädagogik; S. 172-179. Hamburg: Hoffmann, Campe.
- Winkelmann, U. (2007): Die Bedeutung gruppendynamischer Prozesse für die therapeutische Arbeit in der Milieupsychotherapie. Vortrag gehalten auf dem 15. Weltkongress der WADP; Mai 2007; St. Petersburg, Russland. (unveröffentlicht)

Autorenadressen: Dr. med. Elke Wriedt • Bauerstr. 21 • 80796 München
 Ulrike Winkelmann • Franz-Josef-Str. 43 • 80801 München

Entwicklungsprozesse in der kombinierten einzel- und gruppentherapeutischen Behandlung eines Kindes (Fallbericht)

Ursula Brück (München)

The author describes development processes of a seven year old boy within a combined individual and group therapeutic treatment. The individual psychotherapy aimed at treating the disturbed affect regulation and lack of autonomy development of the young patient and provided a corrective emotional development of ego-boundaries. Only after a solid patient-therapist relationship has had developed and his overwhelming anxieties have been reduced, the boy was able to enter a group psychotherapy for children. His anxieties were taken seriously in the group therapy and he could show his destructive aggression what led to the establishment of a confidential basis and to authentic contacts with the other children in the group.

Keywords: child, group therapy, anxiety, isolation, destruction, confidence

Vorstellungsgrund und psychischer Befund

Der zur Behandlungsbeginn 7-jährige Junge kam mit seiner Mutter in die Beratungsstelle, da er in der Schule sehr isoliert sei, keinen Kontakt zu anderen Kindern habe und oft von bedrohlichen Monstern erzähle. Zudem sei er nicht in der Lage, sich an Regeln zu halten und störe den Unterricht durch Erzählungen von Fantasiegestalten. Die Mutter beschreibt Kevin ihr gegenüber als aggressiv und abweisend. In erster Linie sei er auf den von ihr getrennt lebenden Vater fixiert und verbringe die meiste Zeit bei ihm. Kevin sei es auch kaum möglich, Mitgefühl für andere zu empfinden.

In der Zweiersituation nimmt er keinen Blickkontakt auf. An ihn gestellte Fragen beantwortet er stockend und kaum verständlich. Motorisch wirkt er verlangsamt und antriebslos. Da er sich kaum äußern konnte, malte er einige Figuren. Dies sahen alle wie Comicfiguren aus, jedoch durchgehend bedrohlich und aggressiv. Kevin zeigte immer wieder stereotype Verhaltensweisen in seinen Bewegungen und Äußerungen. Vom Gesamteindruck sind deutlich autistische Züge in Verbindung mit einer konflikthafter Beziehung zur Mutter festzustellen.

Zur Lebensgeschichte des Patienten

Kevin ist das einzige Kind seiner Eltern. Der Vater stammt aus einem westeuropäischen Land; die Mutter aus Südamerika. Sie lernten sich 1991 in der Heimatstadt des Mannes kennen und lebten bis 1996 abwechselnd in den verschiedenen Herkunftsländern. Kevin war bereits in dieser Zeit sehr eng an den Vater gebunden. Die Mutter beschreibt die Zeit als sehr einsam und ihren Zustand als haltlos. Ihre Beziehung zu Kevins Vater sei sehr schwierig gewesen; sie habe sich von ihm völlig abhängig gefühlt. Aufgrund ihrer zunehmenden Probleme hat Kevins Mutter sich 1996 nach dem Umzug nach München in psychotherapeutische Behandlung begeben.

Zu Kevins Entwicklung gibt die Mutter an, dass Kevin sich geweigert habe, seinen Stuhl in die Toilette zu entleeren und immer in der Windel behalten wollte. Bei Frustrationen und bei Grenzsetzungen hätte er sehr heftig reagiert und auch mit dem Kopf auf den Boden geschlagen.

Ab 1997 besuchte Kevin einen Integrationskindergarten und konnte dort nach einer sehr schwierigen Anfangsphase in die Gruppe integriert werden. In diesem schützenden Rahmen konnte der Junge ein gewisses Maß an Stabilität erreichen. Mit Schuleintritt fiel dieses facilitating environment weg, und er agierte wieder sehr stark seine Ängste in starkem Rückzugsverhalten, Störmanövern in der Klasse und stereotypen Erzählungen.

Psychodynamik

Die Mutter wuchs in einer Familie auf, die ihr keinen Halt geben konnte. Sie beschrieb ihre Kindheit als sehr einsam. Da sie selbst kaum positive Bindungserfahrungen verinnerlichen konnte, war sie nicht in der Lage, zu ihrem Sohn eine adäquate Beziehung herzustellen. Sie konnte im anamnestischen Gespräch deutlich vermitteln, wie bedroht sie sich von den Kontaktbedürfnissen des Sohnes gefühlt hatte. Da auch der Vater sehr isoliert aufwuchs und sich verlassen fühlte, konnte er ebenfalls für Kevin nicht als ausreichend spiegelndes Objekt zur Verfügung stehen.

Zum Aufbau seiner eigenen Ich-Grenzen und zur Entwicklung einer eigenen Autonomie ist ein Kind auf eine Primärgruppe mit flexiblen Grenzen angewiesen. Die gestörte Identitätsentwicklung mit anteilig sehr viel destruktiver Aggression spiegelt unbewusste Ich-Strukturdefizite der Eltern wider. Man kann vermuten, dass Kevin in seiner frühen Kindheit in seinen Affekten von der

Mutter nicht ausreichend reguliert werden konnte. Da Verlassenheits- und Vernichtungsängste und in der Folge Wut auf keine angemessenen Grenzen stießen, muss er sich in ihn fordernden Situationen von Ohnmacht und Angst überwältigt fühlen. Kontakte zur Umwelt stellen für Kevin eine kaum zu bewältigende Anforderungssituation dar. Der Schuleintritt stellt eine Stresssteigerung dar, und er reagierte mit völligem Rückzug in seine eigene Welt als für ihn einzige Abwehrmöglichkeit. Im Verständnis von AMMON erschafft sich der autistische Mensch „seine eigene Welt in rigider Abgrenzung gegen die seinen Lebensäußerungen gegenüber feindliche Umwelt“ (AMMON 1979, S. 385). Die Monster- und Alienszeichnungen und -geschichten verdeutlichen das Ausmaß seiner Bedrohung.

Testpsychologische Befunde

Wartegg-Zeichentest

Bei sechs von acht Feldern verwandte der Junge Sachlösungen, was auf eine gestörte emotionale Entwicklung mit fehlendem Zugang zu eigenen Gefühlen hindeutet. Deutlich zeigt sich eine gehemmte und introvertierte Persönlichkeit. Auffallend ist auch eine stereotype Verarbeitung der einzelnen Symbole. Nur bei Feld 2 (Zeichen für Lebendigkeit und Bewegtheit) malte er eine Geige, was vermuten lässt, dass Musik für ihn eine besondere Bedeutung haben könnte. Bei Feld 7, dem Bereich der Sensibilität und Verletzlichkeit, malt er einen Radarschirm. Dies mag man als Hinweis auf seine besonderen Bedürfnisse nach Schutz sehen: er muss diesen Bereich 'abschirmen'. Der Bereich Geborgenheitserleben (Feld 8), den er als zweites wählt, zeigt ein seltsam aussehendes Gesicht, was wenig Menschenähnliches hat. Feld 3, das er als erstes wählt und das den Bereich der Impulsivität und des Leistungsstrebens enthält, wird von ihm sehr gebremst in Form einer Treppe dargestellt.

Menschzeichnung

Hier gerät Kevin unter großen Druck, da er keinen Mensch zeichnen könne. Seine Zeichnung stellt dann seinen Angaben einen 'Alien' dar, der befremdlich wirkt und krallenähnliche Finger hat. Dieses Wesen sei ein Halbmensch und er könne nichts anderes malen.

Baumzeichnung

Auf einem langen, dünnen Stamm ist eine überdimensionale Baumkrone mit drei dünnen Ästen angebracht. Der Stamm vermittelt keine Stabilität und Tragfähigkeit. Eine adäquate Ich-Zentrierung ist aufgrund des fehlenden Überganges zur Baumkrone nicht erfolgt. Die Zeichnung vermittelt das Bild eines Jungen mit wenig Halt und einer gestörten Abgrenzung.

Das projektive Verfahren 'Familie in Tieren' wollte er nicht zeichnen. Er rief mit lauter Stimme: „nein, nein“, und fühlte sich augenscheinlich von der Aufgabenstellung bedroht.

Bei zusätzlich von ihm gezeichneten Bildern ist die Thematik vorwiegend bedrohlich und besteht aus überdimensionalen Monstern, die seinen Angaben große Macht haben und alles zerstören können.

Behandlungsplan

Mit der Mutter wurde besprochen, dass Kevin mit einer analytischen Spieltherapie behandelt wird. Begleitend dazu in regelmäßigen Abständen Elterngespräche. Da der Vater erst nach geraumer Zeit einer Therapie für seinen Sohn zustimmen konnte, wurden mit ihm die Modalitäten nochmals besprochen.

Verlauf der Einzeltherapie

Die ersten Monate der Einzeltherapie gestalteten sich sehr schwierig. Kevin wurde mehrere Wochen von seiner Mutter gebracht. Er wirkte sehr unwillig und wütend. Von der Mutter trennte er sich emotionslos und zeigte auch keine Wiedersehensfreude.

In der Einzelsituation nahm Kevin zu mir über lange Zeit keinen Kontakt auf, schaute an mir vorbei und erzählte stereotyp Fantasiegeschichten mit Aliens, die sich bekämpften. Er wollte oft mit Schaumstoffschlägern kämpfen, schaute feindselig und drohte, mir den Kopf abzuhacken oder die Beine wegzuhauen. Seine große Kontaktangst zeigte sich durch sein destruktives Agieren sehr deutlich. Über lange Zeit begannen so die Einzelsitzungen. Anschließend wollte er alleine am Tisch sitzen und zeichnete Aliens und Monster.

In der sechsten Sitzung sprach er darüber, dass in dem Haus nur Verrückte seien und er nur hier sei, weil seine Mutter es wolle. Kurze Zeit darauf wurde Kevin erstmals von seinem Vater gebracht. Der Vater nahm freundlich Kontakt auf und Kevin wirkte sichtlich erleichtert und war erstmals entspannt und

zeitweise auch fröhlich in der Stunde. Er konnte sich erstmals seit Beginn der Therapie vorsichtig auf einen Kontakt einlassen und gestattete, dass ich mich zu ihm an den Tisch setzte. Seine Bilder hatten nur bedrohliche Inhalte und er schilderte, wie sich die Aliens oder andere Monster bekämpften.

Nach einem halben Jahr hatte sich eine tragfähigere Beziehung zwischen uns entwickelt. Er spürte, dass ich seine Grenzen akzeptierte und konnte auch vermehrt Blickkontakt zu mir aufnehmen. Mittlerweile baute er in jeder Sitzung Tonfiguren, die meist auch Aliens darstellten und wünschte sich, dass ich mitmache.

Dank ihrer eigenen Therapie kann die Mutter reflektieren, wieso sie aus ihrer eigenen verinnerlichten Primärgruppendynamik heraus nicht auf die Bedürfnisse ihres Sohnes eingehen konnte und ist darüber sehr verzweifelt. Sowohl bei der Mutter als auch bei Kevin beginnt ein vorsichtiger Prozess der Annäherung und Veränderung der Beziehung.

Dadurch, dass Kevin in der therapeutischen Beziehung einen realen Kontakt erlebt, seine Abwehr respektiert und gedeutet wird, kann er in dieser Phase seine autistische Abwehrreaktion ein kleines Stück aufgeben. „Sie kehrten erst ins Leben zurück, wenn es gelang, die Bedingungen zu schaffen, durch die sie veranlasst wurden, im eigenen Namen zu handeln, oder wenn es uns gelang, als entsprechende Katalysatoren zu wirken.“ (BETTELHEIM 1983, S. 19). Kevin ist jetzt auch in der Lage, von sich aus Kontakt zu mir aufzunehmen, wirkt jedoch noch sehr verunsichert. Auch haben die Kämpfe nicht mehr die destruktive Ausprägung und seine Freude am Kämpfen ist vermehrt zu spüren. Dennoch ist Kevin nach wie vor in der Schule ein Außenseiter und noch nicht in der Lage, Kontakte zu Gleichaltrigen zu knüpfen.

Verlauf der Gruppentherapie

Da Kevin immer noch große Gruppenängste zeigt und er in seinem Hort wegen seines destruktiv-aggressivem Verhaltens gegen Mädchen und Erzieherinnen trotz vielfacher Bemühungen ausgeschlossen wurde, biete ich ihm an, in die ab Januar 2001 startende Kindertherapiegruppe zu kommen. Er reagierte sehr ängstlich, fühlte sich bedroht und schrie mehrmals: „Nein, nein, bitte nicht!“ Von den Eltern wird die erweiterte Therapie befürwortet. Kevins Ängste wurden ernstgenommen und schließlich wurde vereinbart, dass er dreimal zur Probe kommen könne und wir auch weiterhin Einzelsitzungen hätten. Schließlich konnte er sich mit Handschlag einverstanden erklären.

Von Beginn an verbündete er sich in der Gruppe mit einem anderen Jungen (Mischa), der seine Gruppenängste durch heftiges körperliches Agieren zum Ausdruck brachte (s. Beitrag von WRIEDT, WINKELMANN in diesem Heft).

Nach den vereinbarten Probesitzungen äußerte sich Kevin, dass er bleiben wolle. Wahrscheinlich fühlte sich Kevin einigermaßen sicher, dass nicht nur er, sondern auch alle anderen Kinder Angst hatten und in dieser Angst ernst- und angenommen wurden.

Er setzte sich in den Gruppensitzungen meist alleine an den Tisch und sprach sehr wenig. Seine Aliens zeichnete er fast schon autistisch und ließ sich über Wochen zu keinem gemeinsamen Spiel bewegen. Bei Kontaktauforderungen reagierte er meistens aggressiv und arrogant und kämpfte höchstens manchmal mit Mischa, wobei die Kämpfe über lange Zeit so verliefen, dass er sich von Mischa verprügeln ließ und keine Ansätze der Gegenwehr zeigte. Kevin war nicht in der Lage, seine Aggressionen zielgerichtet einzusetzen; er schlug nur wild um sich. In diesen Situationen wurde seine Hilflosigkeit in Auseinandersetzungen deutlich und war somit Ausdruck seines Aggressionsdefizites.

Insbesondere uns Leiterinnen gegenüber entwickelte er oft unverschämtes Verhalten und beleidigte uns bei jeder Grenzsetzung. Wir führten ständig Auseinandersetzungen mit ihm und ließen uns durch seine aggressiven Verhaltensweisen nicht abschrecken.

In der Gruppe war er über lange Zeit ein Außenseiter mit teilweise sehr skurrilem Verhalten. Er redete oft kontaktlos auf einer intellektuellen Ebene.

In einer Gruppensitzung kam es zu einer heftigen Auseinandersetzung zwischen Kevin und meiner Kollegin: Nach längerer Phase des stereotypen Aliens-Malens wurde meine Kollegin und äußerte sich ungehalten, dass Kevin immer nur Monster male und nie etwas anders. Daraufhin reagierte er mit heftiger Wut und schrie, dass er nichts anderes malen könne. Ihr Versuch, Kevin abzugrenzen, stellte für ihn eine sehr große Bedrohung war. Meine Kollegin reagierte deutlich betroffen auf seine verzweifelte Wut und Kevin konnte sich beruhigen.

Insbesondere zu Beginn der Gruppentherapie waren die wöchentlichen Einzelsitzungen wichtig, um ihm in einer ihn weniger ängstigenden Atmosphäre sein Verhalten zu reflektieren, was sich auf die anschließenden Gruppensitzungen auswirkte. Dadurch, dass in der Gruppe alle Kinder aus Trennungsfamilien kamen, fühlte er sich in seinem Loyalitätskonflikt und seinen Verlassenheitsängsten verstanden und konnte in den Einzelsitzungen über seine großen Wünsche nach einer Versöhnung zwischen den Eltern sprechen. Erstmals konnte

ich bei ihm auch Trauer über die Trennung seiner Eltern spüren.

Parallel zu den Gruppensitzungen kam es auch in der Einzeltherapie zu Auseinandersetzungen wegen seines teilweise sehr beleidigenden Verhaltens in der Gruppe. In einer Sitzung geriet Kevin außer sich, schrie, zerstörte seine Tonfigur und schlug auf den Tisch ein. Daraufhin begann er am ganzen Körper zu zittern, fing an zu weinen und äußerte starke Angst darüber, dass er so aggressiv zu mir gewesen sei. Er ließ sich von mir beruhigen und ich versicherte ihm, dass unsere Beziehung nach wie vor bestehen bleibt. Daraufhin war er sehr erleichtert. Für ihn war es ein entscheidender Schritt sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppentherapie, dass er Aggressionen, die oft auch Ausdruck seiner großen Angst waren, zeigen durfte und nicht verlassen wurde.

In der Folgezeit veränderte sich auch Kevins körperliche Ausstrahlung. Er wurde greifbarer und wirkte weicher und zugänglicher.

Er konnte in der Folge freundlicher auf Kontaktangebote eingehen, hatte oft großen Spaß, sich zu bewegen und rollte sich auf dem Boden hin und her. Nach den Ferien sagte er erstmals, dass er die Gruppe vermisst hätte. Auch seine Zeichnungen veränderten sich; die Monster und Aliens verwandelten sich in menschenähnliche Wesen und er äußerte erstmals, dass es doch schön wäre, einen Freund zu haben. Als ein Junge aus der Gruppe sich eine Höhle baute, weil er ein Dino-Baby sein wollte, über dessen Geburt sich alle freuen sollten, fand er dieses Spiel anfangs als sehr kindisch und lehnte dieses 'regressive' Spiel ab. Schließlich ließ er sich doch von der Gruppe anstecken und spielte mit großer Begeisterung mit.

Trennungsprozess

Die zu Beginn wöchentliche Einzeltherapie wurde auf seinen Wunsch hin in 14-tägigem Abstand und nach einiger Zeit in dreiwöchigem Rhythmus durchgeführt. Diese Entwicklung verlief parallel zu seiner Entwicklung in der Gruppentherapie. Im Verlauf des Jahres 2002 äußerte er schließlich den Wunsch, ganz mit der Einzeltherapie aufzuhören, da er sich jetzt größer fühle und nur noch in die Gruppe wolle. Obwohl mir die Trennung von Kevin schwer fiel, wurde mir mit Hilfe meiner Lehranalyse und Supervision bewusst, wie wichtig es für den Jungen ist, sich trennen zu dürfen, was für ihn einen großen Identitätsschritt bedeutet. Es war eine große Erleichterung für ihn, dass er sich ohne Schuld trennen konnte.

Etwa zeitgleich berichtete er in der Gruppe sehr aufgeregt, dass er jetzt zwei

Freunde in der Schule gefunden hätte, mit denen er sich jetzt öfters trifft. Als er bald darauf von einem der Jungen zu einem Geburtstagsfest eingeladen wurde, fehlte er erstmals in der Kindergruppe.

Zur Elternarbeit ist anzumerken, dass beide Eltern sehr ernsthaft an der Therapie ihres Sohnes mitarbeiteten, sich mit ihren eigenen Schwierigkeiten auseinandersetzten und ihrem Sohn eine nachholende Ich-Entwicklung ermöglichten.

Kevin äußerte nach ungefähr 3½ Jahren Kindergruppentherapie den Wunsch, aufzuhören. Es fand daraufhin ein gemeinsamer Termin mit seinen Eltern statt. Es war deutlich zu spüren, wie schwer ihm der Trennungsschritt fiel. Er wollte auch keinen festen Abschiedstermin, sondern nur noch kommen, wenn er Lust hat. Der Vater unterstützte seinen Wunsch, die Mutter reagierte eher ängstlich.

Nach Rücksprache mit meiner Kollegin kamen wir seinem Wunsch nach, was bei ihm einen Freudenschrei auslöste. Wir haben diesem außergewöhnlichen Wunsch zugestimmt, weil wir spürten, dass ein endgültiger Abschied aus der Gruppe für ihn nicht möglich war und er das Zugehörigkeitsgefühl für seine weiteren Entwicklungsschritte noch benötigte.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es für Kevin ohne die tragfähige Beziehung aus der Einzeltherapie nicht möglich gewesen wäre, eine gruppentherapeutische Behandlung zu beginnen. In der Kindergruppe konnten seine verinnerlichten Primärgruppenerfahrungen sichtbar und der Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Seine Kontakt- und Gruppenängste konnten durch die Kombination beider Therapieformen soweit gemindert werden, dass er konstruktive Beziehungen aufbauen konnte und mittlerweile erfolgreich das Gymnasium besucht.

Development processes in the combined individual and group psychotherapy of a child

Ursula Brück (Munich)

This report is about a seven year old boy, who could not be integrated to school due to his social withdrawal and escape into a fantasy world. He showed autistic tendencies which have been developed because of internalized fears of contact and fears of being in groups. Because of his extremely reduced contact ability we started with an individual psychotherapy as initial setting.

The boy needed several months to establish some basic confidence, subsequently he carefully was able to engage in a 'two-person-relationship' with his

therapist. At the beginning he mostly wanted to fight wherein he expressed his destructive anxiety and threatened the author to chop off her head. In his drawings he expressed his anxiety by showing combat scenes with aliens and monsters.

In his social environment he could not establish any relationships, therefore the therapist recommended that he should visit the new founded therapy group for children. This was done in accordance with his parents. The step into the group psychotherapy meant a large step in his identity development. It was important that his individual therapy continued since he was able to talk about his experiences in the group and to talk about his anxieties there, which in turn had an impact to the next meeting of the children's therapy group.

After many arguments, sometimes quite violent, in the individual therapy as well as in the group therapy, he was able to give up his fear rigidity and build up relationships to the members of the group. He made the experience that he was taken seriously with his anxiety and finally he lost his fear of groups. His drawings gradually changed towards friendly creatures and he was able to find friends in school.

Due to the fact that the parents were cooperative during the entire therapy process and reflected on their own difficulties, the internal family relations also changed tremendously.

LITERATUR

- Ammon, G. (1979): Schizophrenie. In: Ammon, G. (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie; Bd. 1; S. 364-462. München: Ernst Reinhardt.
- Bettelheim, B. (1983): Liebe als Therapie. München: Piper.

Ursula Brück ist Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Gruppenpsychotherapeutin für Kinder und Jugendliche, Mitarbeiterin in der Heckscher Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, München, Mitarbeiterin am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse.

Autorenadresse: Ursula Brück • Augusten-Str. 100 • 80798 München
E-Mail: ursula.brück@heckscher-klinik.de.

Group Conflict in Dance Therapy – Attempt of a Group Dynamic Integration

Ilse Burbiel, Maria Rettenberger (Munich)

The authors have been leading a dance therapy group according to the dynamic psychiatric concept of Günter AMMON. The author's concern is to show how a so called 'committer-victim' conflict, which had been developed in a dance session, can be worked through and finally solved by means of group dynamic processes within verbal and dance therapy. The conflict was solved by revealing it to the group so that all group members had the opportunity to participate and gain from it. A committer-victim conflict changed into a group conflict. The fear to be excluded from the group, experienced by committer and victim likewise, as well as the experienced sense of shame and guilt can be diminished in this way.

Keywords: Group dynamics, dance therapy group conflict, scapegoat dynamics

The group dynamic view of all human development and change, both of individuals as well as of groups, is one of the central postulates of Günter AMMON's Dynamic Psychiatry. It therefore plays an essential role in processes of therapeutically induced changes within the Dynamic Psychiatric spectrum of treatments. This is also true for human structural dance therapy as it had been developed by Günter AMMON in 1982. Group dynamics that develop in the course of a dance session are an important factor for successful therapeutic change.

The authors will illustrate how a conflict between two patients, which developed in one of our dance sessions, can be worked through and finally solved by means of therapeutically guided group dynamic processes within dance therapy.

Human Structural Dance Therapy

Human structural dance therapy is particularly made for those patients whose disorders and traumas have already occurred during the pre-verbal stage of their lives. "Dance therapy, in the sense of identity therapy, here concentrates on the body-ego, which is the earliest form of human ego structure." (AMMON 1985; translated by I. Burbiel).

Here we have to differentiate between the experienced body ego and the real body ego. The discrepancy between the two dimensions indicates the severity of the psychic disorder. One of the main targets in dance therapy is to bring the two body dimensions closer together in order to integrate them into the entire

personality. Here the patient has the possibility to express and understand himself in a way he up to now has never been able to mediate by means of language. (REITZ 2005)

The group is sitting in a semi-circle. The session begins with approximately five minutes of free meditation accompanied by classical music or meditation music, during which the group members relax with their eyes closed. After meditating, those patients volunteer who wish to dance during this session. The dancer goes into the middle of the group and expresses himself to self selected music or to drum beats played by group members, or he dances without music.

After dancing the dancer tells what he experienced during his dance, and is then given feedback from the group and the therapist. Talking about a dance, the interpreting verbal intervention enables the dancer to realize changes in himself and to integrate them into his personality. For in nonverbal therapies “the language is the medium of commitments, obligations and contracts” (SCHMIDTS 1994).

The patient’s self-perception and the group’s perception of the patient may be more or less identical at this point. What is particularly perceived in a dance is the developmental process made during one dance, but also the relationship between the present dance and former dances. The group responds to

the way in which a dance corresponds to the selected music, to the way in which the dancer is in contact with himself and the group as a whole, to unintended spontaneous, ‘true’ aspects of the dance, but also to intentional, facetious and artificial features, which are criticized. (AMMON 1986; translated by the authors).

The authors have been leading a dance therapy group for several years, which takes place every two weeks and which may accompany verbal individual and group psychotherapy. At the time, the two successive dance therapy sessions we are presenting, took place, the group (s. fig. 1) consisted of 17 members (12 women, 5 men, 7 members in verbal group psychotherapy, 6 in individual psychotherapy, three members in combined individual and group psychotherapy). All patients came into therapy because of structural disorders, primarily because of personality disorders accompanied by severe psychosomatics, anxiety and eating disorders, depression, compulsory disorders, addiction, narcissism, schizoidia, and borderline problems.

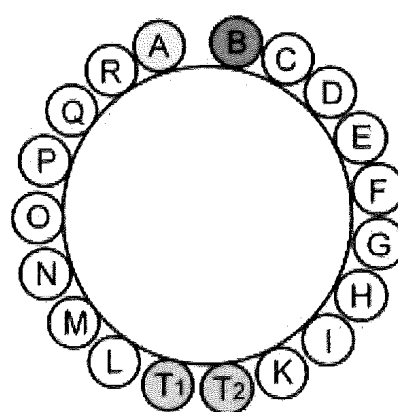


Fig. 1: dance therapy group: A: dancer, B: chosen group member, C to R: group members, T1: therapist, T2: co-therapist.

The Process of Conflict Development

Mrs. A (subsequently called 'A'), the patient who triggered the conflict, has been a member of the dance therapy group for only a few months. She is approximately 50 years old, slightly corpulent, and has a somewhat unstructured physique. She is a severely traumatized and emotionally dissociated patient suffering from early childhood on attachment disorders. She has been prematurely retired several years ago because of problems with her joints.

During the dance therapy session in which the conflict had been triggered, she volunteers as the sixth group member to dance. She does not go into the middle of the group, as is expected, but takes an empty water bottle lying around, places it in the middle of the group and spins it like a compass needle round about. The bottleneck points to Mrs. B (in the following called 'B'). A then takes her chair, places it directly in front of B and sits down. She puts her feet on the feet of B so that their knees are touching. To the song by the Don Cossacks Choir 'I pray to the power of love', A bends forward, full of desire, and begins to touch the thighs and upper arms of B gently and carefully. B fixes her eyes on her. A slowly sways her head back and forth with her eyes closed, almost meditating. She then spreads her arms as if in prayer, her upper body swaying back and forth, directing her eyes, full of yearning, up to the ceiling. A finishes her dance by standing up, stroking her own face gently with her left hand, keeping her eyes closed, then stretching out her arms again as if in prayer, and swaying slightly while standing in the middle of the group until the chorale ends. After that she returns to her seat relaxed and smiling.

During her entire dance the atmosphere in the group was so tense one could cut it with a knife. The leaders of the dance group, judging from our feelings of counter transference, were in an extreme conflict. Should they interrupt the dance, because of its threshold value, thereby drawing a line to A and protecting B from a possible physical transgression? Or should they, in identification with A's great desire for love and physical contact, let her continue her dance, and leave it to B, (who, as a therapeutically experienced patient, intends to complete her therapy in the near future) to distance herself from A, if necessary? Although the leaders were prepared to intervene at any moment until the dance had finished, they decided not to interrupt A's dance.

Despite the great tension in the group, a cautious exchange of experienced feelings begins between the two protagonists A and B (s. fig. 2). A wanted to express 'the power of love' in her dance. At the same time she apologizes that

the selection by spinning the bottle had been an ‘accidental’ one. Since she was not able to exclude anyone from the group, she could have also done this dance with anyone else in the group. B, on the other hand, signaled contact with A, saying that when A had left her, she had “really missed it” (being touched). However, in particular intimate moments, she was no longer sure whether A “maybe wanted to pull her over to her”. When A then devalued this intimate encounter, calling it an ‘experiment’, thereby degrading B to a mere object, loud protests were voiced by the group. At this point, the dyadic conflict began to develop into the group.

In identification with B, most members of the group express aggression against A because of transgressing boundaries by dealing with nearness and distance in an uncontrolled way, and by an uncontrolled erotically touched body contact (s. fig. 3). A male member of the group, Mr. F, tries to balance out the conflict about A in the group by responding to the affecting and loving aspects of the dance. This first attempt of solving the problem necessarily fails because of the abuse resulting from the arbitrariness in selecting B as an experimental object.

A tries to defend herself against the accusation of arbitrariness, but fails miserably. A seems to be experiencing the group in its entirety as a mother: she is not allowed to exclude anyone, must love everyone (i.e. the mother), because otherwise she might hurt someone (i.e. the mother). Both parties involved in the conflict have mutual maternal expectations towards each other: A is expected to be the boundary preserving mother for B and for the group. B and the group are supposed to understand and to respond to A’s desire for body contact and love. What the therapist did not know at this point of time was that the dance therapy group had met several times, under the supervision of the co-therapist, to rehearse a mask dance for the therapist’s 60th birthday. In having fabricated her mask by having spread a soft paste all over her face, A

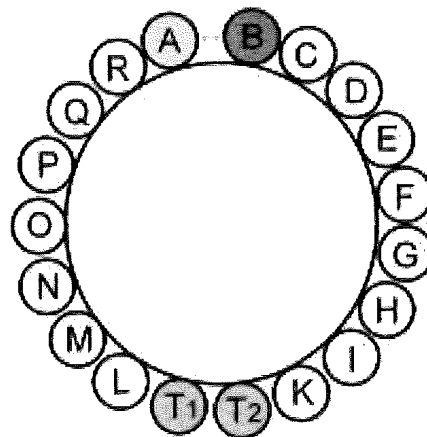


Fig. 2: Mutual cautious exchange of experienced feelings between the two protagonists A and B (light grey arrow): friendly communication

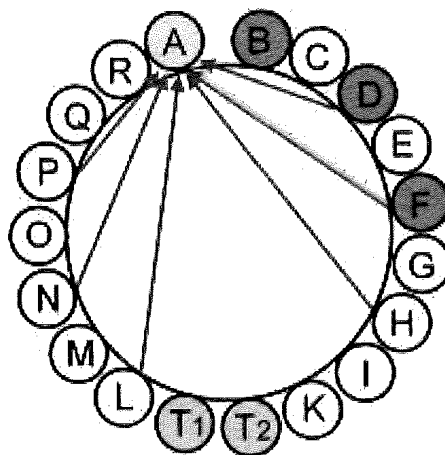


Fig. 3

experienced physical closeness which may have roused early childhood desires for body contact.

Working Through the Conflict

The therapist (T1) supports A in that she tries to make the group understand that A was not able to develop body-ego boundaries in her earliest childhood and therefore has a great desire for body contact. Immediately after birth, she had to undergo hospital treatment for three years (except for a few interruptions) because of a heavy neurodermatitis. By including A's life history, the therapist tries to relieve A from the group's expectation to be the protecting and boundary setting mother. The group reacts with ambivalence (s. fig. 4). Part of the group identifies with A and her archaic loneliness. The group is now prepared for a beginning aggressive controversy with T1 and for the demand that she should have taken responsibility for setting boundaries. This controversy continues now expressed in dance with essentially two subjects:

1. Aggression caused by the lack of protection and boundaries;
2. the desire for body contact and security.

A cannot yet be integrated in this session. The laboriously closed session is torn open again by the rage dance of an otherwise rather distant patient, which is directed against T1 and against A.

After this dance session, working on the conflict shifted into the verbal group and individual psychotherapies. A cannot understand the group's hostile reaction to her dance, but perceives that she was protected by the dance therapist. In group psychotherapy B rages against the dance therapist, who is simultaneously her group psychotherapist. Intense controversies come up between herself and the therapist, in the course of which B learns to understand and accept how difficult it still is for her to set boundaries at the body-ego level.

The atmosphere in the subsequent dance therapy session is tense. T2 inaugurates the dance session by dancing to the music of the 'Chorus of the Hebrew Slaves' from Giuseppe VERDI's opera 'Nabucco' (s. fig. 5).

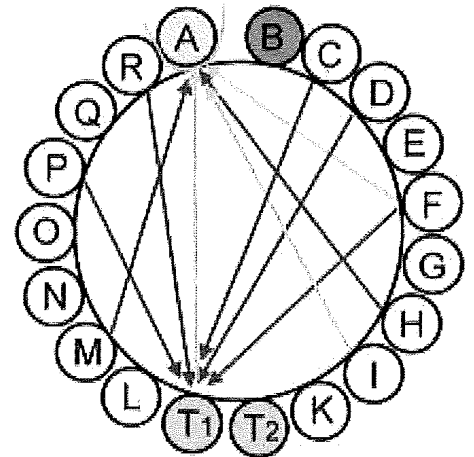


Fig 4: The therapist protects A against the group and offers herself als scape-goat to the group (light grey arrow): friendly communication (dark grey arrow): conflictuous communication

The subject of the group is articulated by her dance, namely to be helplessly caught and imprisoned in childhood experiences of violated ego boundaries and abuse. The group experiences this maternal, protective dance as 'comforting'. The 'Chorus of the Hebrew Slaves' finally leads to liberation from 'psychic imprisonment' caused by auto-aggression.

The following dances once more take up the main subjects of the conflict: on one handside: the desire for body contact, protection, and security (protagonist for this is the dance of L), and on the other handside: rage and despair directed at early childhood relationships and at the therapists, who failed to fulfill precisely these desires (protagonist for this is the dance of D). D says she cannot really let out her rage; instead, the people around her are hit by her aggression. A agrees with her. She says: "The aggression returns to me again and again like a boomerang."

B now volunteers to dance (s. fig. 6). She dances without music; she walks enraged and heavily breathing in the circle of the group, scornfully passing by A and the therapist. At the end of her dance, she expresses feelings of disgust and dirtiness, as well as massive aggressions against T1. Finally she expresses her rage at the group members who, just like T1, had been watching without doing anything. One of the group members identifies with B, complaining that no one from her family had protected her either in the past.

This time, T1 protects the entire group, saying that siblings seldom had the chance to protect their little co-siblings. A again and again tries to attract the aggression of B and the group, probably in the sense of internalized compulsive, repetitive group dynamics experienced in early childhood. T1 again has to protect A vehemently. While A still tries to understand what was actually transgressive in her behavior, B has already started to include the entire group in her attempt to resolve the traumatizing dynamics. She continues to insist that her

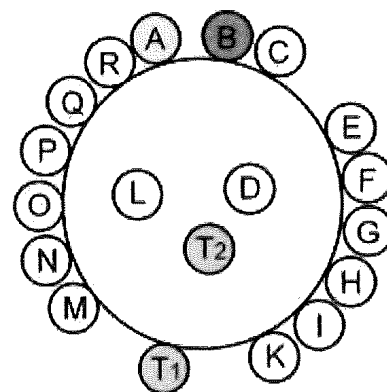


Fig. 5; The conflict between the desire for being touched and rage and despair because of not experienced protection continues to be expressed in dance (dances of L and D)

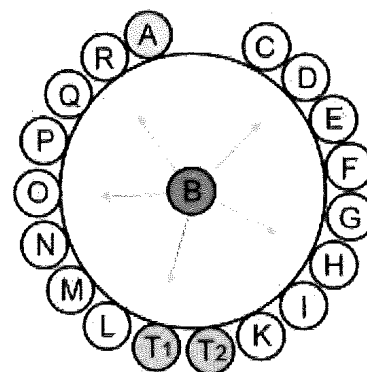


Fig. 6: B vehemently requires the entire group to take part into the aggressive controversy between her and A. Without the group members, A and B feel excluded from the group. A participating group reduces feelings of guilt and shame in B as well as in A (the dance of B) (dark grey arrow): conflictuous communication

aggressions were not only directed at the therapist but also against the entire group; otherwise she would have been afraid of dropping out of the group.

A participating group reduces feelings of guilt and shame. It is known from clinical experience and from scientific literature that abused people unconsciously identify with their aggressor and feel guilty for the abuse. It is not only A but also B who is afraid to drop out of the group. By having remained silent, the group participated in the transgressive act. A silent, apparently indifferent, public increases feelings of shame and disgust. The entire group now bears responsibility, and no longer A and B alone.

Shared responsibility is relieving. By including the entire group in the responsibility for the conflict, B feels integrated again in the group. At this point, the limits of verbal conflict resolution have been reached. The controversy continues to be expressed in dance (s. fig. 7). Deeply moving, conciliatory dances, expressed by almost all dancers, follow. The dancers are no longer identified with A or B, but rather express in their dances their own feelings of sorrow and despair experienced in their own lives. The therapists gain the impression that both A and B are integrated in the group. A male group member dances a gentle and friendly dance of conciliation closing this dance therapy session.

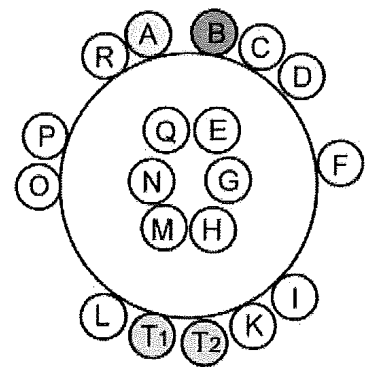


Fig. 7

Conclusions

1. The conflict of transgression between A and B results from a confusion of early internalized group dynamics of experienced deficits (A) and experiences of transgression made in early dynamical relationships (B).
2. The conflict is even more polarized and intensified by the group's identificatory reaction.
3. The typical group dynamics of polarization between guilt and innocence develop, resulting in "scapegoat dynamics".
4. By protecting the scapegoat, the aggression of the group is temporarily directed at T1, thereby relieving the scapegoat.
5. Continuing to work through the conflict in verbal individual and group psychotherapy promotes the process of conflict work in dance therapy.
6. A and B are bound to and dependent on one another because they share the

same fear of dropping out of the group.

7. By including the entire group in the aggressive controversy about guilt and shame, the polarization can be neutralized, and *A* and *B* can be integrated into the group.
8. When the group members are willing to assume responsibility for their own share in the transgression, aggression, sorrow and despair, instead of identifying with *B* and of blaming *A* and later the therapists, scapegoat and selection conflicts can be solved in groups.
9. Conflicts between individual group members are always also group conflicts, for which the entire group has to feel responsible.
10. By including and guiding conscious and unconscious group dynamics, peaceful solutions of conflicts can be achieved in and between groups.

Gruppenkonflikt in der Tanztherapie - Versuch einer gruppendynamischen Integration

Ilse Burbiel, Maria Rettenberger (München)

Die gruppendynamische Sichtweise aller menschlichen Entwicklung und Veränderung, sowohl des Einzelnen als auch von Gruppen, ist eine der zentralen Postulate der Dynamischen Psychiatrie Günter AMMONS. Sie spielt daher eine wesentliche Rolle bei therapeutischen Veränderungsprozessen innerhalb des Behandlungsspektrums der Dynamischen Psychiatrie, so auch in der humanstrukturellen Tanztherapie, wie sie 1982 von Günter AMMON entwickelt wurde.

Das Anliegen der Autorinnen ist es, am Beispiel eines Gruppenkonfliktes innerhalb der von ihnen geleiteten Tanztherapiegruppe aufzuzeigen, wie durch die Berücksichtigung und Lenkung der sich entwickelnden gruppendynamischen Prozesse ein Konflikt durchgearbeitet und gelöst werden kann.

Die Autorinnen leiten seit mehreren Jahren eine 14tägig stattfindende Tanztherapiegruppe, die für spezifische Patienten begleitend zur verbalen einzel- bzw. gruppenpsychotherapeutischen Arbeit durchgeführt wird (s. Fig. 1). Die Gruppe sitzt im Halbkreis. Die Sitzung beginnt mit einer kurzen Meditation nach einer von der Gruppe gewünschten Musik. Jeder Tänzer bzw. Tänzerin (zukünftig wird der Einfachheit halber die männliche Form für beide Geschlechter verwendet) stellt sich in die Mitte der Gruppe und drückt sich körperlich entweder nach selbst gewählter Musik, nach Trommeln oder aber ohne

Musik tänzerisch frei aus. Anschließend spricht der Tänzer über sein eigenes Erleben beim Tanz und erhält Feedbacks aus der Gruppe und von den Therapeutinnen.

Frau A. (A), die Konflikt auslösende Patientin, ist eine ältere, ca. 50-jährige, seit ihrer frühesten Kindheit schwer traumatisierte und emotional dissoziierte Patientin, die erst seit wenigen Monaten Mitglied der Tanztherapiegruppe ist. A geht nicht wie erwartet in die Mitte der Gruppe, um mit ihrem Tanz zu beginnen, sondern wählt eine am Boden liegende leere Wasserflasche und dreht diese auf dem Boden herum, bis der Flaschenhals auf Frau B. (B) zeigt. A setzt sich daraufhin mit ihrem Stuhl direkt B gegenüber und streichelt vorsichtig und voller Sehnsucht die Oberarme und Oberschenkel von B, begleitet von dem Lied des Donkosaken-Chors 'Das Gebet an die Macht der Liebe'. Zum Ausklang des Chores stellt sie sich leicht wiegend in die Mitte der Gruppe, die Arme wie zu einem Gebet erhoben und geht dann entspannt lächelnd auf den Platz zurück.

Die Atmosphäre in der Gruppe war während des gesamten Tanzes zum Zerreißten gespannt. Die beiden Therapeutinnen (T1 und T2) fühlten sich in einem schwerwiegenden Konflikt: Sollten sie den Tanz von A unterbrechen, um mögliche körperliche Grenzüberschreitungen B gegenüber abzugrenzen oder sollten sie A, die ganz in ihrem 'Tanz' versunken war, diesen beenden lassen und B, einer therapeutisch weit vorangeschrittenen Patientin, vertrauen, dass diese sich selbst gegenüber zu großer körperlicher Nähe gegenüber A abgrenzen würde. T1 und T2 entschieden sich, As Tanz nicht zu unterbrechen.

Trotz größter Anspannung in der Gruppe beginnt zunächst ein behutsamer Austausch über die erlebten Gefühle zwischen A und B (s. Fig. 2). A wollte die 'Macht der Liebe' ausdrücken, B erlebte die Begegnung ambivalent: Einerseits habe ihr die Berührung von A 'richtig gefehlt', als diese wieder in den Kreis zurückgekehrt sei, andererseits fühlte sich B immer wieder unsicher, ob A die Kontrolle über ihre körperlichen Berührungen aufrecht erhalten könne. Als A im weiteren Verlauf der Auseinandersetzung, möglicherweise aus Abwehr vor Schuldgefühlen, diese intime Begegnung zwischen beiden zu einem 'Experiment' abwertete, einer 'Zufallsauswahl', die jeden in der Gruppe hätte treffen können, kam es zu heftigen Protesten aus der Gruppe, der Zweierkonflikt begann sich damit in die Gruppe hinein zu entwickeln.

In Identifikation mit B äußerten die meisten Gruppenmitglieder Aggressionen gegenüber A, zum einen wegen der Grenzüberschreitung durch die von ihr gezeigte dysregulierte körperliche Nähe, zum anderen wegen der kontaktlosen

Beliebigkeit in der Auswahl von B (s. Fig. 3). Nach dem Bs Verteidigungsversuch („sie darf niemanden ausschließen, muss alle lieben, sie hätte sonst jemanden verletzt“) scheiterte, stellt sich T1 an die Seite von A, indem sie der Gruppe versucht verstehbar zu machen, dass A wegen frühester körperlicher Traumatisierungen große Defizite in der Grenzregulierung auf der körperlichen Ebene hat und mit einer großen Sehnsucht nach körperlicher Berührung lebt. Durch die Einbeziehung des lebensgeschichtlichen Hintergrundes von A versuchte T1 die Aggressionen der Gruppe auf sich zu ziehen, die nun T1 kritisierte, dass diese die Verantwortung für die Grenzsetzung hätte übernehmen müssen (s. Fig. 4). In den nachfolgenden Tänzen kristallisierten sich zwei Themen heraus: die Aggressionen wegen des mangelnden Schutzes und der nicht gesetzten Grenze sowie die Sehnsucht nach Berührtwerden und körperlicher Geborgenheit.

A konnte in dieser ersten Sitzung noch nicht integriert werden. Die Konfliktbearbeitung verlagerte sich in die verbale Gruppen- und Einzelpsychotherapie. B wütete in der Gruppenpsychotherapie gegen T1, die gleichzeitig ihre Gruppentherapeutin ist. A kann in ihrer Einzelpsychotherapie die heftige Reaktion der Gruppe auf ihren Tanz nicht verstehen, nimmt aber wahr, dass sie von T1 beschützt wurde.

Die Atmosphäre in der darauffolgenden Tanztherapiesitzung war angespannt. T2 eröffnete diese mit einem Tanz auf die Musik des Gefangenenchors aus der Oper ‘Nabucco’ (s. Fig. 5). Damit wurde tänzerisch das Gruppenthema, durch frühe Missbrauchserfahrungen hilflos gefangen zu sein, artikuliert. Die ‘Befreiung’ daraus wird in der Sitzung durch eine tänzerische Auseinandersetzung zwischen der ‘Sehnsucht nach berührt werden’ und der ‘Wut und Verzweiflung wegen des nicht erlebten Schutzes’, diesmal bezogen auf die eigene Lebensgeschichte, fortgeführt.

Jetzt meldet sich B zum Tanz (vgl. Fig. 6). Sie tanzt ohne Musik, geht wütend, schwer atmend den Kreis der Gruppe ab und äußert anschließend Aggressionen nicht nur gegen T1, sondern auch gegen die ganze Gruppe, die ebenso wie T1, schweigend zugeschaut hätte. Durch Schweigen ist die Gruppe an der Grenzverletzung mitbeteiligt. Eine schweigende, scheinbar unbeteiligte Öffentlichkeit erhöht Scham und Ekel. Nunmehr trägt die ganze Gruppe die ‘Schuld’, und die Verantwortung liegt nicht mehr allein bei ‘Täter’ und ‘Opfer’. Mitgetragene Verantwortung entlastet. Durch die Einbeziehung der gesamten Gruppe in die Konfliktverantwortung fühlt sich B wieder in die Gruppe integriert, ansonsten habe sie, ebenso wie A, Angst aus der Gruppe herauszu-

fallen.

Die Grenze einer verbalen Auseinandersetzungsarbeit in der Tanztherapiesitzung wurde damit erreicht. Es folgten tief bewegende Tänze von nahezu allen Tänzern (s. Fig. 7), in denen das eigene Leid ihrer Lebensgeschichte getanzt wurde, weg von der Schuldzuschreibung an A und T1 hin zur Übernahme der Verantwortung für das eigene Leben in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Sowohl A als auch B sind in die Gruppe integriert. Ein männliches Gruppenmitglied tanzte einen weichen und freundlichen Versöhnungstanz zum Abschluss der Tanzsitzung.

Zusammenfassende Gedanken:

1. Der Grenzüberschreitungskonflikt zwischen A und B entsteht aus einer Verwicklung von frühen verinnerlichten Gruppendynamiken wegen eines erlebten frühkindlichen körperlichen Defizits (A) und lebensgeschichtlich grenzüberschreitender Beziehungserfahrungen (B).
2. Der Konflikt wird durch die identifikatorische Reaktion der Gruppe polarisiert und verschärft.
3. Es entwickelt sich die typische Gruppendynamik einer Polarisierung zwischen Schuld und Unschuld und damit eine Sündenbockdynamik.
4. Durch Schutz des Sündenbocks wendet sich die Gruppenaggression vorübergehend gegen den Therapeuten und entlastet somit den Sündenbock.
5. Die Fortsetzung der Konfliktbearbeitung der verbalen Gruppen- und Einzeltherapie fördert die Konfliktbearbeitung in der Tanztherapie.
6. 'Täter' und 'Opfer' sind aneinander gebunden und von einander abhängig wegen der gleichen Angst, aus der Gruppe heraus zu fallen.
7. Durch Einbeziehung der gesamten Gruppe in die aggressive Auseinandersetzung um Schuld und Scham können 'Täter' und 'Opfer' in die Gruppe integriert werden.
8. Sind die Gruppenmitglieder bereit, die Verantwortung für ihren eigenen Anteil an Verletzung, Aggression, Trauer und Leid nicht mehr identifikatorisch über das 'Opfer B' und über die Schuldzuschreibung an die 'Täterin A' und später an T1 zu übernehmen, können Sündenbock- und Selektionskonflikte in Gruppen gelöst werden.
9. Konflikte einzelner Gruppenmitglieder untereinander sind immer auch Gruppenkonflikte, für die sich die gesamte Gruppe verantwortlich fühlen

sollte.

10. Durch die Einbeziehung und Lenkung bewusster und unbewusster Gruppendynamiken kann es zu friedvollen Konfliktlösungen in und zwischen Gruppen kommen.

LITERATURE

- Ammon, G. (1985): Nachschrift zu 'Rolle des Körpers in der Psychoanalyse' unter Berücksichtigung der psychisch-körperlich-geistigen Androgynität des Menschen. In: H. Petzold (Hrsg.): *Leiblichkeit – philosophische, gesellschaftliche, therapeutische Perspektiven*. Paderborn: Junfermann.
- (1986): Humanstruktureller Tanz – Heilkunst und Selbsterfahrung. *Dyn. Psychiat.* 19:317-342.
- Reitz, G. (2005): Tanztherapie – Bewegte Geschichten. In: G. Reitz, T. Rosky, R. Schmidts, I. Urspruch (Hrsg.): *Heilsame Bewegungen. Musik-, Tanz- und Theatertherapie*; S. 37-81. Darmstadt: Wissensch. Buchges..
- Schmidts, R. (1994): Musiktherapie in der Dynamischen Psychiatrie. *Dyn. Psychiat.* 27:220-231.
- [Publisher's remark: for requests concerning missing page numbers please contact the authors.]

Author's addresses: Dr. phil. Ilse Burbiel • Dipl.-Psych. Maria Rettenberger • c/o Institut der DAP • Goethe-Str. 54 • 80336 München, Germany
E-Mail: Ilse.burbiel@gmx.de, Maria.Rettenberger@gmx.de

Dr. phil. habil (PJB, St. Petersburg), Dr. h.c., Dr. phil., Dipl.-Psych. Ilse Burbiel is Psychological psychotherapist, Psychoanalyst, Group Psychotherapist, Scientific and Psychological Director of the Munich Lehr- und Forschungsinstitut (LFI) of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), Psychological Director of the Dynamic-Psychiatric Hospital Menter-schwaige, Press- and Information Office WADP

Maria Rettenberger is Dipl.-Psych., Psychological Psychotherapist, Psychoanalyst, Group Psychotherapist

Die Bedeutung von gruppendynamischen Prozessen für die therapeutische Arbeit in der Milieuthérapie

Ulrike Winkelmann, Bettina Weber, Anita Witte (München)

The authors emphasize the importance of group dynamic processes for therapeutic work in milieu therapy. Out-patient milieu therapy creates a living space which is limited in space, time and by the project itself. Therapeutic work and life situation coincide, a field is created in which unconscious primary group dynamics can be acted out. Milieu therapy provides border situations and the opportunity to develop constructive personality functions. External structure offers a framework in which finally the formation of internal structure of the patients is possible in the sense of a corrective ego and identity development. Examples and explanations of group dynamic processes are given, such as acting out of preverbal feelings of jealousy, rivalry, anxieties of abandonment, and annihilation.

Keywords: milieu therapy, aggression, identity, acting-out, rivalry

Die Bedeutung der ambulanten Milieuthérapie

Ambulante Milieuthérapie wird zusätzlich als Ergänzung zu Einzel- oder Gruppenpsychotherapie angeboten. Sie ist besonders geeignet für Patienten mit frühen Störungen (Persönlichkeitsstörungen, Psychosomatik, Psychosen u. a.), also bei allen Krankheitsbildern, bei denen eine Identitätstherapie nötig ist.

Frühgestörte Patienten verhalten sich oft wie Jugendliche, sie fallen immer wieder in frühkindliches Verhalten zurück. Deshalb benötigen sie eine vorgegebene sichere Struktur, die ihnen ermöglicht die Welt zu erschaffen (COHEN 2004). Sie brauchen das ständige Aufgenommen- und Gehaltenwerden durch die umgebende Gruppe und später in der Therapie durch den Therapeuten.

Milieuthérapie als Identitätstherapie

Milieuthérapie ist die wirksamste Behandlungsmethode der oben genannten Erkrankungen, die in präverbaler Zeit entstandene Aggressionsstörungen sind. Bei all diesen archaischen Ich-Krankheiten ist die Humanfunktion der konstruktiven Aggression gestört. Dadurch werden zum einen alle anderen Humanfunktionen in Mitleidenschaft gezogen und deformiert und zum anderen ist die entscheidende Basis für die Identitätsentwicklung gestört. Auf diese Weise

kommt es zu Entwicklungsarretierungen (AMMON 1979). Destruktive Aggressionen lassen sich auf ablehnende und feindselige Kommunikationen innerhalb der Primärgruppe zurückführen (BURBIEL, SCHMIDTS 2003). Mitunter werden diese Störungen über Generationen weitergegeben.

Milieuthérapie als Aggressionsbearbeitung

Ist die Entwicklung in der Kindheit destruktiv verlaufen, entstehen Beeinträchtigungen im Fühlen, Denken und Handeln. Viele zentrale Humanfunktionen, Fertigkeiten und Fähigkeiten bleiben unentwickelt. Solche Patienten sind mit rein verbalen Therapieformen nur schwer erreichbar. Milieuthérapie ist deshalb weitgehend nonverbal ausgerichtet. Dreh- und Angelpunkt einer erfolgreichen Therapie ist die Bearbeitung der destruktiven bzw. defizitären Aggression. Der Mensch ist in seinem Wesen konstruktiv, d. h. er ist von Geburt an mit einer auf die Umwelt gerichteten Aggression ausgestattet, die „im Sinne des Ad Gredi, des Herangehens an Menschen und Dinge, als Vehikel allen menschlichen, liebenden und schöpferischen Tuns aufgefasst wird.“ (AMMON 1970, S. 2). Aggression ist also Träger aller konstruktiven Lebensäußerungen, die den Menschen zu anderen Menschen und Dingen in Beziehung setzt; sie ist Träger der Gruppenfähigkeit.

Milieuthérapie als gemeinsames Tun

Entscheidendes Therapeutikum in der Milieuthérapie ist das gemeinsame Tun an den Projekten. Für eine bestimmte Zeit (eine bis vier Wochen) leben die Patienten zusammen an einem Ort und arbeiten in verschiedenen Projektgruppen an handwerklichen Projekten. Lebens- und Therapiesituation werden eins. Die Therapie baut auf den konstruktiven Persönlichkeitsanteilen auf. Sie ist im Vergleich zu Arbeits-, Sozio- oder anderen Therapieformen nicht symptomsondern entwicklungsorientiert. In der Milieuthérapie wird also mit den konstruktiven Ich-Anteilen gearbeitet. Jeder Patient kann sich eine Projektgruppe wählen, in der er mit anderen Patienten zusammenarbeitet. Den Patienten wird dabei viel zugetraut, neben der Wahl des jeweiligen Projektleiters, gehört auch die Planung, die Materialbeschaffung, der Umgang mit Werkzeug und Maschinen etc. zu den Aufgaben des Projektes.

Milieuthérapie als Aktions- und Übertragungsfeld

In der Milieuthérapie entsteht ein therapeutisches Feld, in das die Patienten

ihre frühkindlichen, meist destruktiven Erlebnisse, die sich unbewusst niedergeschlagen haben, über das Projekt reinszenieren können. Es wird den Patienten ein Aktionsfeld zur Verfügung gestellt.

Durch das Agieren sollen alte unbewusste gruppensdynamische Prozesse der Primärgruppe sichtbar und wieder erlebbar werden, d. h. über das Agieren wird 'altes' Gefühlserleben aktualisiert. Agieren ist das Inszenesetzen (LORENZER 1970) frühkindlicher, verinnerlichter Vorstellungen. In der Übertragung werden diese Beziehungsmuster und Beziehungserfahrungen aus der Kindheit auf andere Personen und Situationen im aktuellen Leben, in der Milieuthapie übertragen und als Realität angesehen.

Die Bearbeitung erfolgt dadurch, dass Therapeut und Gruppe anders reagieren, als es die Patienten aufgrund ihrer erfahrenen Primärgruppensdynamik erwarten. Oder, wie WINNICOTT sagt, es muss jemand da sein, der Sicherheit bietet, es muss jemand da sein, der die Welt neu erschafft (WINNICOTT n. COHEN 2004). Die Patienten lernen zu unterscheiden zwischen der alten Situation mit den dazu gehörenden Geföhlen und der jetzigen aktuellen Gruppensituation. Sie erleben so eine Wiedergutmachung. Sie können aus der Identitätsentwicklungsarretierung heraus gelangen. Durch die Wiedergutmachung können die Patienten etwas anderes erleben und Projektionen und Übertragungen sich auflösen. Geschieht dies nicht, wiederholen die Patienten, z. B. in ihrem Berufsalltag, immer wieder die frühkindliche Dynamik, weil sie nicht zwischen innerer und äußerer Realität unterscheiden können.

Milieuthapie als gruppensdynamisches Feld

Zentrale Bedeutung hat die Gruppe im Leben eines jeden Menschen. Die Dynamische Psychiatrie geht davon aus, dass der Mensch ein Gruppenwesen ist. Er wird geprägt durch seine ersten Erfahrungen in der Primärgruppe bzw. von seinem frühkindlichen Umfeld. Ist die Beziehungsdynamik in der Primärgruppe deformiert, d. h. destruktiv oder defizitär, kann der Mensch psychisch krank werden. In seiner späteren therapeutischen Gruppensituation mit konstruktiver Dynamik kann er wieder gesund werden. Die Beziehungen innerhalb der Gruppe sind das eigentlich heilende Element. Aus dieser Annahme heraus sind alle Therapieformen der Dynamischen Psychiatrie in jeder Hinsicht als Gruppenpsychotherapie konzipiert. Im Mittelpunkt jeder dieser Gruppenpsychotherapien, auch der Milieuthapie, steht das bewusste und unbewusste Gesamtbeziehungsgeflecht der Patienten untereinander und die Beziehung zum Therapeuten

als zentraler Figur. Alles was sich in den Gruppen einer Milieuthérapie an Begegnungen, Auseinandersetzungen, Träumen, Fantasien und den verschiedensten Gefühlen, wie z. B. Angst, Ärger, Freude, Frustration und Trauer um das Arbeitsprojekt herum ereignet, bezeichnen wir als die soziale Energie, die den Gruppen zur Verfügung steht. In diesem Austauschprozess von sozialem Geben und Nehmen entsteht ein Beziehungsgeflecht, das wiedergutmachenden und heilenden Charakter hat (WINKELMANN 2000, S. 25-26).

Gruppendynamische Prozesse in der ambulanten Milieuthérapie am Beispiel von Rivalität

Die Bedeutung des Agierens in der Milieuthérapie

Agieren (agens, lat. agere - in Bewegung setzen, treiben, verfahren, tätig sein) ist die treibende Kraft, die eine Handlung ausführt im Gegensatz zu passum oder patiens (Patient), das oder der, an dem oder mit dem eine Handlung ausgeführt wird. Das Agens ist also das Subjekt einer Handlung (HÜGLI, LÜBCKE 1991).

FREUD sah das Agieren noch eingeschränkt: statt sich zu erinnern, agiere der Patient seine früheren Erfahrungen in der Analyse in Form der Übertragung, nicht wissend, dass er dabei früheres auf die analytische Situation überträgt. FREUD betrachtete das Agieren als Widerstand gegen das Erinnern. Heute geht man davon aus, dass das Agieren beides ist, eine Kommunikation und auch ein Widerstand (MERTENS 1998).

Wir gehen von konstruktivem, destruktivem und defizitärem Agieren aus. Agieren ist die Reinszenierung frühkindlicher Erfahrungen oder unbewusster psychischer Konflikte; in der Analyse stellt dies oftmals die einzige Möglichkeit dar, Ereignisse, auch aus der präverbalen Zeit, wieder zu erleben und einer Bearbeitung zugänglich zu machen (WINKELMANN 2000).

Der Patient ist also der Leidende, durch das Agieren wird er zum Handelnden, aber er handelt nicht unbedingt konstruktiv, er handelt noch unbewusst in alter Abhängigkeit. Seine Identität kann sich entwickeln, wenn er sich selbst erkennt. Identität entsteht durch Selbsterkenntnis, durch Personwerdung. Die Herausbildung der Person – der Persönlichkeit – kommt durch soziales Handeln zustande und das wiederum heißt, dass die Person lernt, sich selbst mit Hilfe und aus der Perspektive anderer wahrzunehmen. Diese Herausbildung erfordert vom einzelnen die Fähigkeit, die Balance herzustellen zwischen den in-

ternalisierten Erwartungen der anderen (soziale Identität) und den eigenen Ansprüchen und Bedürfnissen (persönliche Identität). (HÜGLI, LÜBCKE 1991).

Ohne diese hat der Patient keine eigene Identität, sondern nur die seiner Primärgruppe, d. h. also der Eltern und der frühen Bezugspersonen. Wenn ein Patient durch die Milieuthérapie (oder Gruppen- oder Einzeltherapie) diesen eben beschriebenen Prozess der Selbstwerdung durchlebt hat,

wächst ein Mensch heran, der sowohl ein Bewusstsein hat von sich selbst sowie auch ein Schuldbewusstsein; er weiß, wer er ist, wer er nicht ist, was er bewirken kann und was nicht. Er führt ein tätiges Leben, eine 'vita activa', wie es Hannah AHRENDT (1997) in ihrem gleichnamigen Buch überzeugend beschreibt. Er schafft sich Lebensgruppen, ist aktiver Teil der Gesellschaft, er kann im zwischenmenschlichen Raum handeln in Auseinandersetzung mit anderen, kurzum, er ist ein politischer Mensch. (WINKELMANN 2000, S. 15)

Die Bedeutung der Rivalität in der Milieuthérapie

In der Milieuthérapie, die, wie oben schon ausgeführt, ein Aktionsfeld zur Verfügung stellt, wird die frühkindliche feindselige Kommunikation wieder aktuell erlebt in der jeweiligen Projektgruppe mit den anderen. Damit können frühe Entwicklungsarretierungen bzw. frühe verinnerlichte Kommunikationen durch das Agieren der alten Gefühle und deren Wiedergutmachung aufgelöst werden und in konstruktive Gefühle und konstruktives Handeln gewendet werden.

Rivalität besteht in den Primärgruppen oft schon von Geburt an gegenüber einem Kind. Aus einem starken Selbstwertdefizit der Mutter bzw. der Primärgruppe wird die Daseinsberechtigung eines Kindes in Frage gestellt; es wird ihm keine oder nur eine beschränkte Daseinsberechtigung zugebilligt. Das Kind wird mit vernichtender Ablehnung und einer vollständigen Infragestellung seiner Existenz verfolgt. Dadurch entwickelt ein Kind bereits im Säuglingsalter intensive Vernichtungsängste, die mit großem Leid verbunden sind, z. B. durch psychische oder körperliche Gewalt. Die unbewussten Fragen sind: Wer darf sein, Mutter oder Kind? Wer darf leben, Mutter oder Kind? Wer hat einen Platz sich zu entwickeln, Mutter oder Kind? Diese unbewussten Fragen werden in der Primärgruppe mit subtilen Mitteln ausgehandelt; jeder bekommt seinen Platz oder Nicht-Platz unbewusst zugewiesen, dabei wird das Kind bei destruktiven Dynamiken zum Träger des Lebensverbotes gemacht, auf dessen Rücken sich die anderen entwickeln können. Dieser Kampf um die Existenz und das dazu gehörende Vernichtungsgefühl brechen im späteren Leben, auch in der Therapie, immer wieder auf, wenn das Dasein in Frage gestellt zu sein scheint. In diesen Situationen erleben die Patienten die schweren Vernich-

tungs- und Existenzängste wieder, die sie bereits in ihrer Kindheit verinnerlicht haben. Damit man nicht selbst vernichtet wird, sondern ein anderer, damit man die reaktivierten bedrohlichen Gefühle nicht aushalten muss, werden oft die alten Gefühle nach außen projiziert, auf einen Mitpatienten oder den Therapeuten. Sie zeigen sich in zerstörerischen Ausbrüchen von Hass, Neid und Eifersucht gegenüber anderen. Wenn die Patienten an einem ich-strukturellen Defizit leiden, erscheint die Aggression nach außen defizitär und wird selbstdestruktiv gegen die eigene Person gerichtet. Dies kann zu Regression und Depression bis hin zur Suizidalität führen.

Um diese spezielle Dynamik deutlich zu machen, möchten wir eine Fallvignette vorstellen von einer Patientin, die im letzten Jahr an meiner Milieuthérapie teilgenommen hat.

Die psychotisch strukturierte Patientin arbeitete in einer Projektgruppe von vier Personen, deren Aufgabe es war, Brennholz zu sägen. Sie war als Einzelkind aufgewachsen und von der Mutter feindselig und rivalistisch abgelehnt worden. In der Primärfamilie hatte sie verinnerlicht, dass es für sie nicht erlaubt sei, etwas gut zu können und schon gar nicht besser als die Mutter.

Dementsprechend sagte die Patientin schon am zweiten Tag, dass es ihrer Mutter gar nicht recht wäre, wenn sie sehen würde, wie gut sie in der Projektgruppe arbeite. Das daraufhin geäußerte wohlgemeinte Lob der Mitpatienten, dass sie so geschickt mit der Sägemaschine umginge, löste, obwohl diese damit eigentlich ihr Selbstwertgefühl stärken wollten, die alten überflutenden Vernichtungsängste aus, die sie als Kind immer wieder gehabt hatte. Damit agierte die Patientin ihre frühkindliche Gruppendynamik, die von schweren Neidgefühlen der Mutter bestimmt war, auf die die Patientin mit Todesangst reagierte hatte. Um in dieser Wiederholungssituation der Todesangst zu entgehen, flüchtete sich die Patientin aus der Realität in die Psychose. So wie früher, versuchte sie auch heute, der drohenden Vernichtung zu entgehen.

In Grenzsituationen, d. h. in Situationen, in denen Anforderungen an die Identität der Patientin gestellt wurden, reagierte die Patientin seit der Pubertät – und auch heute noch – mit psychotischen Episoden. Es bedarf noch eines längeren therapeutischen Prozesses, um dieses schwere Identitätsdefizit aufzulösen.

The Importance of Group Dynamic Processes for the Out-Patient Therapeutic Work in Milieu Therapy

Ulrike Winkelmann, Bettina Weber, Anita Witte (Munich)

In milieu psychotherapy the work with the others is offering a field for acting out and for actualizing and re-experiencing the hostile communications of the early childhood. Early standstills of the development as well as early internalized communication by the acting out of old feelings and their reparations can be cleared up and changed into constructive acting.

Rivalry, in respect of the child, often existed in the primary groups since birth. Due to a strong deficit of the mothers or the primary group's self-esteem – the right of the child's existence is questioned; therefore, there is none or only a limited allowance for the right of existence for the child. The child is pursued with destroying rejection and complete questioning of its existence. Therefore, already in his babyhood, the child develops intensive anxieties to be destroyed, which come together with tremendous suffering, like psychic or physical violence. The unconscious questions are: Who is allowed to exist, mother or child? Who is allowed to live, mother or child? Who has a space for development, mother or child? These unconscious questions are handled in the primary group in subtle, unconscious ways: everyone is put to his place or to no place – with that – in destructive dynamics, the child is made to be the carrier of the prohibition to live, and the others can develop themselves at the child's expense. If the child's existence seems to be questioned, the fighting for the existence together with the anxieties of being destroyed will always break through in their later life and in psychotherapy. Patients are re-experiencing in these situations the internalized severe anxieties of existence and of being destroyed of their childhood. Patients need to experience that they will not be destroyed, the old feelings are projected on the outside, to a co-patient or the therapist in form of destroying outbursts of hatred, jealousy and envy towards the others. If patients are suffering from an ego-structural deficit, the aggression displays towards the outside as deficient and self-destructive and is directed to the own person. The inwardly directed aggression may lead to regression, depression and also to suicide.

LITERATUR

Ahrendt, H. (1997): *Vita activa oder Vom tätigen Leben*. München: Piper.

- Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression. Berlin: Pinel.
- (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie; Bd. 1. München: Reinhardt.
- Burbiel, I.; Schmidts, R. (2003): Das Aggressionskonzept als Brennpunkt der humanstrukturellen Psychoanalyse. *Dyn Psychiat* 36:1-18.
- Cohen, Y. (2004): Das misshandelte Kind. Frankfurt/M.: Brandes, Apsel.
- Hügli, A.; Lübcke, P. (1991): Philosophielexikon. Reinbek: Rowohlt TB.
- Lorenzer, A. (1970): Kritik des Psychoanalytischen Symbolbegriffs. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Mertens, W. (1998): Psychoanalytische Grundbegriffe. Weinheim; Beltz.
- Winkelmann, U. (Hrsg.) (2000): Aggression mal konstruktiv. Ambulante Milieuthérapie in Theorie und Praxis. Eschborn: Klotz.

Autorenadressen: Ulrike Winkelmann • Arcisstr. 59 • 80799 München;
Bettina Weber • Albani-Str. 5 • 81541 München;
Anita Witte • Augustenstr. 100 • 80798 München

Ulrike Winkelmann ist Oberstudienrätin, Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin (DAP), Lehr- und Kontrollanalytikerin, Mitarbeiterin des Lehr- und Forschungsinstitutes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Bettina Weber ist Rechtsanwältin, Dipl.-Sozpäd. (FH), Gruppendynamikerin (DGG), Mitarbeiterin des Lehr- und Forschungsinstitutes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP).

Anita Witte ist Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin (DAP), Mitarbeiterin des Lehr- und Forschungsinstitutes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

Breaking Through Resistance: Psychodrama with Psychotic Outpatients

Anna Bielańska (Krakow)

The paper is about a psychodrama group with schizophrenic outpatients. The main topic is the resistance appearing during group work. Resistance was monitored at three crucial moments during the group development: 1. at the initial stage of building the group coherence, 2. when appearing oneself on stage and being assessed by the other members of the group, 3. when the patient feared deeper involvement in his individual work. The latter two were illustrated by two segments of the psychodrama work. To neutralize the resistance, an analysis of the resistance causes, as well as the doubling and role reversal technique were used. In both cases the resistance of the patients decreased as a result of receiving support by the group.

Keywords: psychodrama, schizophrenia, resistance

Introduction

While giving group psychotherapy to mentally ill patients, I often have had to handle their resistance. Because of the high level of anxiety and difficulties in establishing contact with other people, those who have undergone a mental crisis tend to resist deeper psychological work. In such psychotherapeutic groups, resistance is quite frequent and appears in various forms, usually in the form of passivity.

The problem of breaking through resistance particularly affects group processes, the common identity of the group, and hence the coherence and attractiveness of the group, which facilitate the achievement of therapeutic objectives. From the point of view of the protagonist, when resistance is worked over in a proper way, it may be possible to accomplish the objective of gaining insight into emotional problems, finding relief, developing one's personality.

How to Understand Resistance

MORENO viewed resistance as a function of spontaneity which appears when spontaneity decreases or vanishes (KELLERMANN 1992). Alongside resistance, anxiety is manifested. According to KELLERMANN, protagonists become anxious and resistant when they cannot find an adequate answer to internal and

external tensions (KELLERMANN 1992, p. 139). Since psychodrama is a process involving self-exploration, resistance has also been described as a protest, attack, counter-tension, etc..

KELLERMANN (1992) suggests resistance should be understood as counteraction, and thus stresses the active participation of the protagonist. The protagonist, rejecting involvement in the therapeutic process, even in a very passive way, is actually active in blocking out his/her own energy and spontaneity. BERNARD and MACKENZIE (2000, pp. 110-113) talk about resistance as a normal response leading to development. In their opinion, at a certain stage, resistance is a necessary method of self-defence and protection against losing one's privacy, excess of emotions and change. They emphasize it is imperative to accept resistance and to remember it may be unconscious. They think it is important for the therapist to maintain resistance at the optimum level, namely such a level of anxiety that leads to deeper work but does not paralyze the group or its individual members (BERNARD, MACKENZIE 2000).

Resistance may be understood as a change-opposing force. Throughout life, people develop certain sequences of behaviors which MORENO calls 'conserves' and KRÜGER 'structures'. These structures, i.e. habitual behaviors and routines, may, on the one hand, give a sense of safety, and on the other hand, they hinder creativity and spontaneity. MORENO thought resistance cannot be broken by pressuring the protagonist. Instead, it ought to be appreciated and its significance ought to be realized, and only then can one encourage more creative behavior or change.

KRÜGER defines resistance in psychodrama as an interpersonal concretization of internal psychic defences in a transferential relationship between the group members and the group or the group members and the therapist (KRÜGER 1980, p. 243). Resistance may be manifested by the whole group, the protagonist, or may present itself in relations between group members, in which case it is called by MORENO 'interpersonal resistance' (KELLERMANN 1992).

Functions of Resistance

Resistance helps to avoid painful thoughts or memories or such feelings as shame, anxiety or a sense of guilt. It may be perceived as a manifestation of defence mechanisms which allow group members to cope with fear and threat. Usually people cope with fear by avoiding or countering difficult situations. The principal function of resistance is to maintain emotional balance.

People with a strong ego, displaying neurotic symptoms, use resistance so as not to disturb the homeostasis they achieved through neurosis. The objective of psychodrama, as used in the treatment of such people, is to help them enter into regression, react, make a progress and acquire a new integration (KELLERMANN 1992, p.144).

People with a weak ego, displaying psychotic disorders or having a disturbed personality, also use resistance to maintain emotional equilibrium. In their fragile state they are thus protected against too much anxiety and disorganization. In this case the objective of psychodrama is to reinforce the functions of the ego and to work on the independent structure of the ego, and not to achieve regression or lose control (KELLERMANN 1992, p.144).

Psychodrama Group with Psychotic Outpatients in the Community Treatment Program

In the Kraków Psychiatry Department, for twenty-five years, group psychotherapy has been used in the therapy of mentally ill patients as one of the elements of the comprehensive therapeutic process affecting the patient. In our approach, which we call an integrative one, individual and group psychotherapy are offered, primarily in their supportive aspect, and intensified according to the individual predisposition of the patient and the phase of treatment. As in our treatment system the ill for many years remain in outpatient care, also the kinds of intervention alter with time. Time points out here to a different phase of the illness and a different phase in the therapy. Sometimes patients ask questions that can be answered only through investigative psychotherapy. This is why we periodically undertake a deeper therapy both in individual contact and group work.

The group where MORENO's psychodrama was applied was an outpatient group of patients diagnosed with schizophrenia and some other serious mental disorders, working at the outpatient clinic within the Community Treatment Program in Kraków. Each of the ten patients in the group had earlier received treatment in an inpatient ward and day treatment centre. Having completed that treatment at different points of time, some of them had remained in outpatient treatment for very many years, others received individual therapy or other forms of group therapy. All of them had a complete or partial remission of positive symptoms, while five of them still displayed some negative symptoms such as the lowered energy, sadness or withdrawal. They were 24-50 years old,

five men and five women; three of them worked, one was a student, one was a trainee. The remaining patients were embraced by more or less intense rehabilitation programmes.

The criteria we used to build up this group were as follows:

- a partial or complete remission of positive symptoms,
- no cognitive disorders (of attention, concentration and memory),
- an ability to comprehend emotional problems, at least in ordinary terms,
- the patient's own motivation.

The meetings were scheduled for ten months, once a week, and lasted two and half hours (with a break). They were held in town, in a small day centre of the Psychiatry Clinic which is known for its cosy, friendly atmosphere.

Breaking through Resistance

It seems that in a psychotherapeutic group where MORENO's psychodrama is applied, resistance is present at three crucial moments:

1. during the fairly long initial stage of building the group coherence;
2. when caused by fear of exposing oneself on stage and of being assessed by others;
3. when caused by fear of deeper individual work.

It is not different then from resistance encountered in the course of working with other groups. In my opinion, the difference lies in its intensity and in the ways of overcoming it.

A. No Sense of Safety in the Group

Resistance in a group is often connected with group dynamics. In group psychotherapy for post-psychotic patients, the initial stage is relatively long: group members get to know each other and learn about the rules, define the objectives of their work and establish their sense of safety. In this phase resistance appears in the form of silence, lack of activity, or lack of direct protest. People often come late, digress from the original topic, leave the meeting early, etc..

In such cases the group resistance may be overcome through the increased decisiveness of the leader and the more structured meeting. At this stage I frequently suggest working in twos or threes, or two smaller sub-groups. Then even serious subjects, such as one's family relationships, can be discussed, for

instance, in pairs, followed by performed short scenes that illustrate the problem. This helps group members to get to know each other better, to lower their resistance before they enter the stage to play, and to get step by step closer to their topics.

B. Fear of Entering the Stage

Patients diagnosed with schizophrenia are noted both for their high level of social fears and the immense, though covert, need to maintain contact with other people. Therefore they are caught in a trap of 'for' and 'against', in an impasse, in a dilemma, at a standstill. The impasse is exemplified by the following story of PAWEŁ's work, where various fears accumulated: the fear of being exposed in front of the group, of entering the stage, of being assessed by the group, of facing his main problem.

Not to be the Protagonist: Paweł's resistance

PAWEŁ is a student at the Kraków Institute of Technology, and he had the first psychotic episode about two years ago. From the second year of his studies onwards, he also worked. The subject of his master's thesis, which he had been preparing, was refrigerating systems.

He eagerly attended the meetings and was very popular with other participants, who often chose him to play many roles. Without doubt, on numerous occasions he offered much help to other group members; but he rather rarely suggested a topic, although many times he was encouraged to. During the sharing time he was always active. In spite of the 'technological' language he used, he was a very warm and empathetic person. He presented himself as a strong personality, willing to support others. In my thoughts, I called him 'Homo faber' because he mentally resembled Max FRISCH's character. The only topic he worked upon was his uncertainty how he would be received by people, fellow students and lecturers, on his return to university after the illness. When that happened, when he resumed his studies, everything was fine. Yet for a long time he did not get involved in any of his topics, though sometimes he stated that an important topic for him was 'a better ability to be in contact with other people'. Many times he described himself as awkward in such contacts and spoke of himself as somebody who was eager to help others while others sometimes abused his kindness. I felt his strong resistance against individual work; he seldom put his chair in the middle, but was ready to make place for

others.

During one of the meetings he pushed his chair forward a little, hesitating if he should meet the challenge and stand in the middle of the stage with the topic 'I and others'. I sensed PAWEŁ's resistance and his fear, and decided I would help him then. Everybody was seated in a circle, and PAWEŁ moved only slightly towards the center. He formulated the topic, but he was doubtful if he should work through it. I approached him with scarves (I use coloured scarves while working) and said, "Define what you cannot decide between, choose scarves and name these things." PAWEŁ, sitting, took a green one and said, "This is my topic and I think it's an important one, because I'm convinced that my contacts with some people and some event were the beginning of my illness." Next, he took a blue scarf, "This is my fear of speaking in the middle, and it's connected with my fear of being assessed by others." Then he took a yellow one and said, "This is my belief my problem is not as important as problems of other people." Afterwards he added there were more reasons for his not working with the topic.

So I suggested he should enter the stage, show how far he was from being able to undertake his topic and marked the obstacles he had mentioned. PAWEŁ went into the middle, the green scarf was his topic. Then he placed the two other scarves he had selected between himself and the green one. Once again he identified the obstacles, being his fear of others' judgment and a belief that his topic was not so urgent and important as the topics of other group participants.

I proposed he should choose people instead of scarves to represent his doubts and then to change roles with them. When he changed roles with his 'fear of being assessed by others', he said that he, speaking as his fear, did not want to expose his weaknesses, because when others asked him for help, he felt strong and he knew he was accepted. At home, in front of his mother, he always had to be strong and to support her. The fear wanted to be smaller, and the thing that could make it smaller was the feeling that he had enough self-respect and that his self-assessment meant more than assessment by others.

During the role-changing, PAWEŁ's belief that his topic was not as important and urgent as problems of others turned into lack of self-confidence, low opinion of oneself and a feeling that others suffered more, so he should be able to cope. The last sequence was connected with what the mother expected of PAWEŁ, "You have to manage, now other things are important, you see now it's me who needs your help," the mother said to him. During the next reversal of

roles, when PAWEŁ returned to his own role and the ‘obstacles’ repeated what he had said earlier, he listened up and was clearly moved, then said, “My problem is precisely that I keep making concessions and I keep being a helper to my friends and family, and at one point I was even mistreated.” After a while, when he realized what he had just said, he added, “I see the same happens in this group, I frequently help others and stay in the background.” And later he went on, ‘And I always yield to my mother, because I don’t want to be a bad son.’ I asked how he felt in relation to what had happened and what were his other thoughts related to his resistance against work. He answered that he was very moved seeing how he repeated his stereotypical behavior among people, that he had never perceived it so clearly and that then he saw how his relationship with his mother influenced his behavior. He thought he was better prepared for work.

The pivotal element in working over PAWEŁ’s resistance in the above example was the analysis of his resistance. The resistance stemmed from his fear of being assessed by the group and from the conviction his problems were not as important and worthy of attention as the problems of other participants. The analysis as such was sufficient to neutralize the resistance: towards the end of the work, the patient defined his problem (the relationship with his mother) and earlier he perceived his role (of a helper) not only in this particular group, but in many other groups in his life.

Initially I was not sure whether I was right to begin working with him when he was sitting in the circle, with the chair only slightly pushed forward. I decided to begin as I intuited he needed a very small stimulus to start, while being so hesitant whether he ought to start or not.

PAWEŁ’s case is a good illustration of similar situations I came across while working with that group throughout the first six months: individual work often consisted in overcoming the resistance of future protagonists. I chiefly resorted to the analysis of resistance and to the definition of the leading topic, which was further continued during the subsequent meetings. It was impossible to pick up topics immediately as, in my view, the patients were very much burdened with working over their fears as such, as well as with their difficulty to concentrate for longer than two hours.

C. Fear of Deep Individual Work

When the group achieved coherence, the time came to address deeper problems and conflicts that cropped up during the meetings. These were key problems in

any psychotherapy, such as rejection by mother, sister rivalry, depression and inability, relationship with father, etc.. Yet even in this phase of the group development there appeared resistance against deeper individual work.

To Put Trauma in Words: Kasia's Psychodrama

During the meeting I am going to relate, it was Kasia who volunteered to work. Kasia studies psychology and its her third year. She experienced a psychotic crisis a year ago. She was admitted first to an inpatient ward, then treated in a day ward, and after the summer break she resumed her studies. She received individual therapy and started psychotherapy in the psychodrama group. Her first work during a meeting touched upon some secret: a traumatic experience she did not want to talk about. At a next meeting she said she would like to talk to the group about the experience. At an informal group meeting in a café she narrated her story to two people. The meeting when she decided to work individually was held directly after her examination in statistics.

She defined her working topic as follows: how to cope with a traumatic event from the past which she considered to be the cause of her later mental crisis. Standing on stage, she said she was nervous, but she wanted to tell the group about the difficult event from her life, the event which was still very much alive. She was full of anxiety, ambivalent feelings and fear.

I asked what the feelings were, apart from anxiety and fear. She said they were shame, a sense of being hurt and anger. I asked her to take these feelings on stage with her. She took four scarves; fear, shame and anger lay side by side, and the feeling of being harmed was on top of them. I asked which feeling was the dominant one and she said she was much troubled by the sense of being harmed and she wanted to do something about it. Then I suggested we should have a look at the feeling and to invite it on stage. Kasia, however, stated: "It won't help", "I'm afraid", ... "I'll have to say what happened, but it seems I can't." I perceived her fear and strong resistance.

So I said: "Wouldn't you like to talk about it anyway?" Kasia answered: "I want to, I'd like to, but I'm afraid I'll be rejected by the group. [...] I'm afraid to speak." She stood in the centre, all stiff and dumbfounded, and obviously very tense. I asked if she would let the group guess what the difficult event was, and she consented, "Please try to guess what happened. Could each of you tell us about their imaginings of the story and of the event?" The group supposed the event concerned sex, violence or rape. I asked Kasia if these imaginings were close to the truth. She admitted they were close and that the event

was connected with sex. I repeated my question if she would like to tell the story then, but she said she was still afraid the group would condemn her. I asked: "What could help you to tell us about it?" Kasia replied: "If I were sure that the group won't condemn me, that I still may feel safe in the group." A few group members spontaneously offered they would never hold that against anybody (meaning being raped). One person said she would never condemn a person, only an act. Generally, Kasia received much support and was encouraged to work.

Standing on stage, Kasia told us her story. Having graduated from her secondary school, she went on holiday to Berlin and there she had a strange relationship with a Nigerian man who was much older than herself, was divorced and had a few-years-old child. Drunk, he seduced her and later frequently forced her to have sex with him. When she got pregnant, he became very rude, persuaded her to have an abortion. While she was in hospital, he disappeared and she never saw him again.

Further work was done when a scene was played in which Kasia talked with the man. During the conversation I felt she was curbing her fury, although she talked in a calm way. Sensing her resistance, I doubled her, mainly in order to reveal the feelings of anger and damage. For instance, Kasia sat opposite the Nigerian and her figure, slightly bent forward, expressed tension. Her arms were lowered, her fists clenched. She said, "I bear a grudge against you for leaving me alone in hospital ... You gave me money, brought me to hospital and vanished ... and I then ... was there all on my own." I added, "I was mad at you." Kasia, "Yes, I was furious, I hated you then and I hate you now! How could you leave me like that, I was so young and so naive, and you had a wife and a child"; I doubled, "I had my share in that too ... I didn't oppose you." Kasia. "Yes, I could disagree, I fouled it up ... I feel so sorry about the baby." Kasia cried.

In this scene, apart from anger and feeling of being hurt, she expressed her deep grief over the unborn baby and realized she felt so much guilt.

In this psychodrama, Kasia's resistance was very strong from the start, but so was her determination to overcome it. Moreover, I imagined that having passed her last exam in the examination session, Kasia came to the meeting with the intention of passing the next exam of her life. The group felt that too as Kasia was the only protagonist in the meeting and was also non-verbally encouraged to work. Kasia apparently had made preparations beforehand. She had been mentioning she would want to work with the problem and two group members

had heard the story.

I believe the crucial moment occurred at the very beginning, when I was trying to break down Kasia's resistance with the help of the group. Initially, when I suggested Kasia could take her feelings on stage, I also meant resistance. I wanted to analyze it to see what disturbed her most, but when she arranged the scarves on stage, she was already involved with the feelings stemming from the trauma and the resistance resurged. As her resistance was related to the group assessment, I asked the group for assistance. Their help came in two stages; the first stage concerned the event as such. Everybody supposed or intuited what it was, and I wanted that surmise to be voiced since the protagonist was unable to speak about it. Therefore I proposed that the group members should use their imagination and that Kasia should listen to their imaginings.

With this group, I had never worked in such a manner before, but while giving group psychotherapy at a day ward for many years, I sometimes coped with resistance in this way as I knew deeper psychological work might be difficult for post-psychotic patients. The trauma was expressed by the group.

The second stage was Kasia's repeated question if the group would not pass a negative judgment on her after listening to the story. I was not sure at that point if this was a good solution. On the one hand, it seemed important to me that Kasia should take the risk, especially that she unquestionably was one of the group leaders, and the group members were well acquainted with one another and undertook deep work. It was Kasia's problem and she should solve it on her own. But the group gave the protagonist their spontaneous support. It made things much easier when the group's help was resorted to; Kasia's immense tension was clearly visible, the group responded to her tension and to the protagonist's request.

Later, during the conversation between the protagonist and the Nigerian, I still felt her resistance which oscillated from weak to strong. Kasia found it particularly hard to express her anger with him and then I doubled her. It was also hard for her to say she felt guilty too and she felt responsible for the situation. I think the valuable thing was that Kasia, first of all, told the group her story, and then discovered she needed to work with her inconsolable grief and feeling of guilt. It seems that interventions such as an attempt at analyzing her resistance, referring to the group and doubling Kasia proved useful in overcoming the protagonist's resistance.

The meeting was extremely moving for all the group members because of the intimate, deep topic and of the extreme emotions experienced by the protago-

nist. With hindsight, I see that Kasia needed a clear, repeated expression of the group's support and wanted to be assured they would work with her on her problem, though perhaps as far as the method is concerned the solutions do not seem too proper. Also, the cultural context should be taken into account: in Poland, as a catholic country, abortion is viewed as a sin and it is banned.

Summary

While working with the group, I tried to break down resistance in various manners. Most frequently, I attempted to analyze the causes of resistance. I wanted to find its source or the feelings involved in it. Another method was reference to the group, non-verbal ways of approaching feelings, doubling and role reversal. When the group resistance was connected with its dynamics, and here with insufficient safety or lack of mutual trust, I worked with pairs. This resulted from my belief that at the initial stage, conversations in twos or threes could be deeper and easier, and could give more safety.

In psychosis, the limits of one's identity are, at best, damaged, and in some cases destroyed. The real and the unreal merge. So at the outset I was not sure how the patients would handle role reversal and how strongly they were going to experience whatever happened on stage. Therefore, when I felt resistance, I stayed at the level of analysis during one meeting and then, at the next meeting, tried to overcome resistance or, as KELLERMANN puts it, I 'neutralized' it and the work went on. Also, I referred to the group much more frequently.

People whose 'ego' is seriously disturbed display particularly great fears and resistance in group work. This is also connected with the character of their disorders: psychotic patients tend to have very little social experience, a small social network and sometimes have a history of trauma in contacts with other people. Their basic malfunction is related to being among others and communicating with them. Therefore many of them may find group work rather difficult. On the other hand, they are often so lonely that they long for any contact with others, although they are afraid of being rejected or unaccepted.

One of the patients said, "I preferred fear to this painful loneliness. The thoughts that kept harassing me filled the void: thanks to them I felt less lonely." Psychotic patients are trapped between loneliness and fear of rejection. They are tossed to and fro between these two states. For them, group psychotherapy and psychodrama may bridge these two extreme states just because they can then communicate with others better. However, in order to be able to

communicate with others better, one has to stay in contact with one's own feelings. In my opinion, MORENO's psychodrama allows that to a much greater extent than any other method.

Another vital aspect is one should knock at several doors several times. The therapist should be sensitive to time and use it with skill: the group and the protagonist need time which may be filled either with action or with looking at the scenes played by others. Also, good time should be found to overcome the protagonist's resistance. Especially in a group of people who have undergone a mental crisis, the leader may initiate or inspire patients to work, also to work with resistance. As opposed to groups embracing neurotic patients, in groups with post-psychotic patients, prolonged silence is not constructive. What is recommended is such ways of working over resistance that diminish, and not increase tension. It is my personal conviction that psychodrama—due to the diligent work of the entire group and the clear structure of meetings—is a method that facilitates deeper psychological work with people diagnosed with mental disorders.

Conclusion

Psychodrama gives the psychotic outpatients a chance for intensive psychotherapy. Special attention must be, however, focused on the resistance phenomena during the course of the group process. The group support given to the protagonist plays an essential role in overcoming resistance.

Das Durcharbeiten des Widerstands – Psychodrama mit ambulanten psychotischen Patienten

Anna Bielanska (Krakau)

Die Autorin beschreibt in unterschiedlichen Stadien ihrer Psychodramaarbeit mit als schizophren diagnostizierten Patienten das Durcharbeiten des Widerstands. Vorab diskutiert sie das Verständnis des Widerstands bezogen auf das Medium des Psychodramas und bezogen auf seine Regulationsfunktion für psychiatrisch schwer erkrankte Patienten. Der Therapeut sollte versuchen, den Widerstand auf einer Ebene zu halten, die über das Zulassen von offener Angst zu einer tieferen Arbeit führt, aber gleichzeitig die Gruppe und ihre einzelnen Mitglieder nicht paralyisiert. Die Autorin anerkennt die Schutzfunktion des Widerstands bei Patienten mit sehr schwachen Ich-Grenzen, also Schutz vor Des-

integration oder Schutz davor, dass zuviel Angst das fragile emotionale Gleichgewicht sprengt. Das Psychodrama hat dann Ich-Funktion-stärkende und -stabilisierende Aufgaben und sollte nicht Regression und Kontrollverlust fördern. Die beschriebene Psychodramagruppe ist Teil eines umfassenderen Nachsorgeprogramms in der psychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik Krakau und stellt nur einen Behandlungsabschnitt eines auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten abgestimmten Behandlungsprogramms dar.

Die Psychodramagruppe ist zeitlich begrenzt auf zehn Monate, sie findet einmal pro Woche statt, eine Sitzung dauert zweieinhalb Stunden (mit einer Pause). In ihr befinden sich zehn Patienten (fünf Männer und fünf Frauen) im Alter zwischen 24 und 50 Jahren. Sie erfüllen folgende Kriterien für die Aufnahme: wenig oder keine positiven Symptome, keine kognitiven Beeinträchtigungen, eine gewisse Fähigkeit, emotionale Probleme zu verstehen, und eine eigene Motivation.

An drei zentralen Punkten ist der Widerstand im Psychodrama besonders zentral:

- a. während der relativ langen Eingangsphase, bis es zu einer Gruppenkohärenz kommt,
- b. wenn Furcht aufkommt davor, im Mittelpunkt zu stehen und von anderen beurteilt zu werden, und
- c. bei der großen Angst vor tieferer individueller Arbeit.

An zwei Beispielen zeigt die Autorin die besondere psychodramatische Arbeit: Einmal geht es um die Angst, exponiert im Mittelpunkt zu sein und beurteilt zu werden. Das andere Beispiel handelt von der tieferen Angst vor individueller Arbeit in der Gruppe.

PAWEL, ein Technikstudent mit einer gewissen schizoiden Starre, wird in der Psychodramagruppe häufig existent, indem er anderen Teilnehmern assistiert und hilft, aber nicht für seine eigenen Bedürfnisse eintritt. Die Autorin beschreibt, wie diese besondere Widerstandsformation von PAWEL psychodramatisch in der Gruppe inszeniert und über die besonderen Techniken des Psychodramas (wie Doubeln und Rollentausch) in seiner interpersonellen Bedeutung (Beziehung zur Mutter) und als starres Verhaltensmuster ihm und der Gruppe verständlich wird. Es wurde ihm selbst und den Gruppenmitgliedern deutlich und emotional direkt erfahrbar, dass er immer nur Zugeständnisse an andere Menschen macht und für Freunde und Familienmitglieder der Helfer ist, in dieser Rolle missbraucht wird und emotional zu kurz kommt und dies in allen

anderen Gruppen seines Lebens wiederholt.

Das zweite Beispiel, das die Angst vor tiefergehender individueller Arbeit in der Psychodramagruppe illustrieren soll, bezieht sich auf psychotraumatische Erlebnisse: Kasia, eine junge Frau, deutet an, eine schwere traumatische Erfahrung gemacht zu haben, aber schreckt gleichzeitig davor zurück, diese offen zu legen, obwohl sie diese Erfahrung als Ursache für ihre psychotische Reaktion ansieht. Insbesondere hat sie Angst davor, von den Gruppenmitgliedern verurteilt zu werden. Freundliche, absichernde Antworten anderer Gruppenmitglieder bilden dann den schützenden Rahmen dafür, dass sie ihre Erfahrung gewaltsamer Sexualität, Schwangerschaft und Abtreibung und der Umstand, von allen wichtigen Personen, v. a. dem Kindsvater, völlig im Stich gelassen worden zu sein, der Gruppe anvertraut. Die Patientin kann nun ihre tiefe Trauer und Schuldgefühle in der Gruppe zulassen. In einem zweiten Schritte gelingt ihr über die Technik des Doubelns durch die Therapeutin der Zugang zu ihrer Wut auf den misshandelnden Partner. Dank der wohlwollenden Haltung der Gruppe vermochte die Patientin, ihren Widerstand des Verschweigens aufzugeben und zu einer entlastenden Traumabearbeitung zu kommen.

Anders als bei der Psychodramaarbeit mit neurotischen Patienten ist eine lange Schweigezeit in der Gruppe nicht als konstruktiv zu verstehen. Die Autorin legt nahe, mit dem Widerstand in der Gruppe schwer erkrankter oder früh gestörter Patienten so zu arbeiten, dass Spannung in der Gruppe nicht erhöht, sondern vermindert wird.

REFERENCES

- Bernard, H.; MacKenzie, K. (eds.) (2000): *Podstawy terapii grupowej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kellermann, P. (1992): Resistance. In: *Focus on Psychodrama*; pp. 138-151. Melksham: Cromwell.
- Krüger, R. (1980): Gruppendynamik und Widerstandsbearbeitung im Psychodrama. *Gruppenpsychother. Gruppendynamik* 15:243-270.

Author's address: Anna Bielańska • Pl. Sikorskiego 2/8 • 31115 Krakau • Polen
E-Mail: abielanska@interia.pl

Anna Bielanska ist Psycholog. Psychotherapeutin, Supervisorin, Psychodramatherapeutin.

Gruppendynamische Prozesse in einer therapeutischen Wohngruppe – ein Fallbericht zur Behandlungstechnik integrationsschwieriger Jugendlicher

Karin Wottrich, Angela Bauer (München)

The authors describe the concept of a Munich living group for adolescents at risk of addiction and difficult to be integrated, called 'Flex'. The basic innovative therapeutic and pedagogic concept in the field of public aid for adolescents connects intensive individual group work in a flexible manner and sets the focus on milieu therapy. The target group within this work is described. The authors illustrate with a detailed case report the extremely difficult therapeutic and pedagogic work with this target group. They describe the process and dynamics of two female adolescents from admission to their discharge, the effort of the team members to build a relationship to them and, finally, their failure due to the strong resistance of the two adolescents.

Keywords: milieu therapy, adolescents, acting out

Konzeptbeschreibung

Die Einrichtung 'Flex' ist konzipiert für Jugendliche im Alter von 14 bis 18 Jahren. Viele dieser Jugendlichen haben bereits eine 'Heimkarriere' und viele Versuche therapeutischer und pädagogischer Interventionen hinter sich. Sie wollen auf den Konsum von Drogen nicht verzichten, können sich in Gruppen nicht integrieren, wollen keinerlei Grenzen akzeptieren und beschaffen sich Statussymbole und Geld für den Lebensunterhalt oft durch Diebstähle, Kleinkriminalität oder Prostitution.

Diesen Jugendlichen fehlte oft von frühester Kindheit an eine tragende (familiäre) Bindung bzw. es existierte kein irgendwie funktionierendes Familiensystem. Sie erlebten aggressive Ablehnung und Verwahrlosung, Missbrauch und Misshandlung. Ihr Verhältnis zu Erwachsenen ist geprägt von tiefem Misstrauen bis Hass und in ihrer ablehnenden Haltung haben sie ein Instrument gefunden, sich diese 'Feinde' vom Leibe zu halten.

Sowohl in der Betreuungsform als auch in der Betreuungsintensität wird in der 'Flex' ein möglichst hohes Maß an Flexibilität angeboten. Flexibilität ist nicht etwa deshalb die Kernaussage des Konzepts, weil es heutzutage allorts als modern und nicht zuletzt Kosten sparend gilt. Vielmehr sehen wir in der

Flexibilität die Voraussetzung, das Angebot machen zu können, das auf eine/n Jugendliche/n speziell zugeschnitten ist. Und nur dann wird ein Jugendlicher sich auf etwas einlassen, wenn er etwas bekommt, von dem er weiß oder fühlt, dass er genau dieses braucht, dieses ihm nützt,. Und nur wenn er sich darauf einlässt, kann ein Kontakt, eine Beziehung zustandekommen.

Damit sind wir beim Kern angekommen: der Beziehung. Ihr Aufbau und ihr Entstehen ist das A und O unserer Arbeit. Jede Intervention, jedes Tun zielt letztendlich darauf ab. Fachleute wissen, wie schwierig sich ein Prozess des Beziehungsaufbaus bei diesen Jugendlichen, bei diesen Störungsbildern, gestaltet. Einige sprechen ihnen diese Fähigkeit gar ganz ab. Auch wir scheitern bei manchen.

Unser therapeutisches Verständnis speist sich aus den Erkenntnissen der Dynamischen Psychiatrie und ihrem Gruppenverständnis. Dem Umgang mit der Aggression, dem ich-strukturellem Konzept und der Bedeutung der verinnerlichten Familiendynamik kommt in unserer Arbeit besondere Aufmerksamkeit zu. So zeigt die Erfahrung gerade mit 'unseren' Jugendlichen, dass das Aktionsfeld bei Widerstand und Verweigerung in jeder Situation so weit sein muss, dass regelsprengendes (destruktiv aggressives) Verhalten möglich ist, aber auch aufgefangen und bearbeitet werden kann. Dies bedeutet im Gegenzug, dass die Anforderungen, die an die Jugendlichen gestellt werden, zu Beginn so niedrig als möglich sein müssen, um nicht von vornherein eine Explosion zu verursachen.

Ein weiteres Standbein unserer therapeutischen Arbeit ist das Konzept der Milieuthapie. Die Beziehungsaufnahme über ein drittes Objekt (die Sache, das Werkzeug) ist meist einfacher und auch adäquater als das Gespräch. Die konkret sichtbaren Stärken und Schwächen sowohl der Fachkräfte als auch der Jugendlichen bei der Zusammenarbeit an einem Projekt, und damit das Erleben der Erwachsenen als 'Gleichgestellten' bieten den Rahmen, in dem die Jugendlichen sich ernst genommen fühlen. Die Grenzen und Anforderungen, die Alltagsleben und Arbeitsprojekt aufzeigen, bieten einen Boden, auf dem die Jugendlichen ihre Gefühle spüren und agieren können.

Eine Notwendigkeit vor dem Veränderungsprozess. Die strukturierende wie auch annehmende Haltung der Fachkraft ermöglicht den Jugendlichen, sich Bedürfnisse zu gestatten, die bis dahin meist unterdrückt werden mussten. Sich klein und hilflos fühlen, Schwächen eingestehen und Defizite zugeben. Erst damit haben sie auch die Chance auf neue Erfahrungen und eine nachholende Entwicklung.

Beschreibung der Klientengruppe

Die Jugendlichen, mit denen wir es zu tun haben, mussten in ihrer äußerst belasteten Entwicklungsgeschichte schon sehr früh Trennungen und Beziehungsabbrüche hinnehmen. Dadurch waren sie gezwungen Formen von Autonomie zu entwickeln, denen sie psychisch überhaupt nicht gewachsen sind. Diese Pseudo-Autonomie, die auch als Schutzwall gegen tiefe Verlassenheitsangst zu verstehen ist, geht mit einer rigiden Abgrenzung nach außen einher. Erwachsene und die von ihnen ausgehenden Erwartungen und Forderungen werden als feindlich erlebt und deshalb abgelehnt. Die Abgrenzung nach innen ist ebenso gestört. Die Jugendlichen verleugnen ihre Bedürfnisse nach Zuneigung und Versorgung und vermeiden alles, was diese wecken könnte. Auch deshalb weichen sie einem tieferen Kontakt zu Erwachsenen aus.

Häufig bereits in der symbiotischen Phase der Mutter-Kind-Beziehung traumatisiert verlassen, bleibt gleichwohl gerade diesen Jugendlichen ein Hunger nach Bindung, die Sehnsucht nach einer befriedigenden Beziehung zu Elternfiguren.

Unser Anliegen ist es deshalb, einen Rahmen zu schaffen, in dem so etwas wie eine nachholende Ich-Entwicklung zustande kommt. Dieser Rahmen soll möglich machen, dass unterdrückte Gefühle wieder erlebt und verschüttete Bedürfnisse gespürt, ausgedrückt und befriedigt werden können. Dabei verhält sich der Betreuer in der Gruppe wie ein Elternteil, der dem Jugendlichen beim Erkennen eigener Wünsche hilft, der seine Entwicklungsschritte begleitet und unterstützt, der für 'optimale' Frustration sorgt und äußere Gefahren fernhält. Erst wenn die Jugendlichen beginnen, ihre Bezugspersonen und die Gruppe als freundlich und wohlwollend zu internalisieren, also bereit sind, eine Wiedergutmachung zu erfahren, ist die Basis geschaffen, um Entwicklungsarretierungen aufzuheben und eine konstruktive Identitätsentwicklung anzustoßen.

Erschwert wird unsere Arbeit durch den Anschluss unserer Jugendlichen an Peer-Gruppen, die sich mehr oder minder von der Welt der Erwachsenen abgekoppelt haben. Dieses Milieu, das von flüchtigen Beziehungen, Drogenkonsum und Delinquenz geprägt ist, entspricht den emotionalen Bedürfnissen unserer Jugendlichen, weil sie sich dort in ihrem destruktiven Agieren unterstützt fühlen und ein Gefühl des Versagens in der Welt nicht aufkommt.

Am Beispiel zweier Jugendlicher, der 14-jährigen Ramona und der fast 17 Jahre alten Michaela, soll der Beginn des von uns intendierten positiven Identitätsprozesses skizziert werden.

Fallbericht

Ramona und Michaela lernten sich eineinhalb Jahre vor ihrer Aufnahme in der ‚Flex‘ in einer Heimeinrichtung kennen. Nach einem gemeinsamen halben Jahr dort, in dem die Mädchen eine innige, symbiotische Freundschaft eingegangen waren, wurden beide wegen massiver Regelverletzungen – Entweichen, Drogenkonsum – entlassen. Drei Monate lebten die beiden auf der Straße. Im Anschluss kamen Ramona und Michaela in die Wohngruppe der ‚Flex‘. Die Bemühungen der Jugendämter, die beiden in einer Einrichtung unterzubringen, waren vor allem an deren Widerstand gescheitert sich zu trennen.

Ramona, deren Mutter bei ihrer Geburt erst 17 Jahre alt war, wurde in eine in Deutschland lebende serbische Großfamilie hineingeboren. Sie und ihr zwei Jahre älterer Bruder wuchsen sozusagen ‚wild‘ auf, ohne feste Bezugsperson, ohne haltgebende Grenzen, ohne sichere Strukturen. In diesem unbehüteten Umfeld ereignete sich auch der schwere Unfall. Als 2-Jährige hatte sich Ramona mit einem Streichholz selbst in Brand gesteckt und musste ein halbes Jahr im Krankenhaus behandelt werden. Ihre Eltern besuchten sie in dieser Zeit nie, sie mussten eine Haftstrafe verbüßen.

Weil die Großmutter – wohl die einzige halbwegs verlässliche Bezugsperson – sich mit der Versorgung der Wunden überfordert fühlte, wurde Ramona nach dem Krankenhausaufenthalt zwei Jahre bei Pflegeeltern untergebracht. Zurück von der Pflegefamilie fand Ramona ihre Mutter nicht zu Hause vor, diese hatten inzwischen die Großfamilie verlassen; sie sah ihre Mutter nicht wieder. Ramona ihrerseits flüchtete ebenfalls aus der Familie, als sie mit zwölf Jahren nach Serbien verheiratet werden sollte.

Das traumatische Erlebnis der schweren Verbrennung des eigenen Körpers, die Verlassenheit in ihrem Leid, das Ausgesetztsein in der fremden Pflegefamilie ohne Kontakt zu ihren Eltern und schließlich der Verlust der Mutter haben Ramonas Einstellung gegenüber Erwachsenen geprägt: ‚Von denen ist nichts Gutes zu erwarten!‘

Im Unterschied zu Ramona hatte Michaela als einzige Bezugsperson ihre Mutter. Mit ihr verbrachte sie die beiden ersten Lebensjahre, bevor sie den jetzigen Stiefvater heiratete. Michaela war ein ungewolltes Kind, eine Beziehung zum leiblichen Vater gab es nicht. Die sehr junge Mutter war vor allem mit der Befriedigung ihrer eigenen Wünsche und Bedürfnisse beschäftigt. Interesse und Einfühlung für das Kind fehlten. Nicht anders ist zu erklären, dass die Mutter keine Aussagen über Michaelas frühkindliche Entwicklung machen konnte und

Michaela selbst ihre Lebensgeschichte erst ab dem 10. Lebensjahr erinnerte.

Als Michaela vier und sieben Jahre alt war, wurden ihre Halbschwestern geboren. Vermutlich hat sie sich mit deren Geburt immer weiter aus der Familie gedrängt gefühlt und sich dann im Alter von 11 Jahren aggressiv von ihr innerlich abgesetzt. Ab dieser Zeit verweigerte sie häufig den Schulbesuch, trank übermäßig Alkohol und war nur noch zeitweise eingrenzbare. Mit 13 Jahren riss sie von zu Hause aus und wurde von da an in Heimen betreut.

Ramona, ein attraktives, temperamentvolles Wesen, hatte durch Vernachlässigung und Misshandlung eine dissoziale Entwicklung genommen. Michaela dagegen, deren narzisstisch bedürftige Mutter wohl kaum emotional verfügbar war, litt an einer narzisstischen Depression. Strukturell ergänzten sich die beiden und übernahmen dadurch wechselseitig Hilfs-Ich-Funktionen füreinander. Ramona verhinderte den depressiven Rückzug Michaelas, gab ihr Selbstwert und Mut, Michaela wiederum bremste die oft destruktiv agierende Freundin.

Zweifellos war diese Symbiose als Bollwerk gegen das beide so durchdringende Gefühl von Verlassenheit und als Schutzmauer gegen befürchtete Verletzungen zu verstehen. Die starre Abgrenzung nach außen und die starke Kohäsion in dieser Beziehung jedoch ließen ein geschlossenes System entstehen, das eine wirkliche Individuation blockierte. Hinzu kam ein mehrjähriger, von Jugendamt und uns unterschätzter Drogenkonsum, der ebenso wie ihre Symbiose auch in seiner kompensatorischen Funktion zu sehen war.

Anfangs wirkten die beiden Mädchen in der Gruppe sehr angepasst, waren kooperativ und hilfsbereit. Lediglich die Ausgangszeiten wurden laufend um ein bis zwei Stunden überzogen, worauf die Betreuer zunächst freundlich ermahnend reagierten. Schließlich hatten die beiden über viele Wochen ohne jede Anbindung gelebt, eine rigide Grenzsetzung am Anfang hätte nur ihr Entweichen provoziert. Ramonas und Michaelas Bemühungen, sich in die Gruppe einzufügen, unsere Regeln zu akzeptieren, entsprangen gewiss dem tiefen Willen, etwas in ihrem Leben anders zu machen, ihre 'zweite Chance' zu nützen.

Nach ungefähr fünf Wochen allerdings vermochten die beiden, wie von uns erwartet, diese Anpassung nicht mehr aufrechtzuerhalten. Vermehrt griffen sie zu Drogen und verbündeten sich zudem mit zwei Jungen der Wohngruppe destruktiv gegen die Betreuer. Michaela, die sich vergeblich erst um einen Ausbildungsplatz, dann um eine Praktikumsstelle bemüht hatte, verweigerte mehr und mehr die Teilnahme am Gruppenleben. Sie fiel damit als erste aus der Gemeinschaft heraus.

Wir verstanden, dass die Schwierigkeit, einen Ausbildungsplatz zu finden,

bei ihr eine Angst mobilisierte, die sie gegen uns richtete. Wir sollten vernichtet werden, weil wir Unmögliches forderten. Im Widerstand vereinter denn je, idealisierten beide Mädchen den vorangegangenen Heimaufenthalt, machten zunehmend Front gegen die 'unfähigen' Betreuer und mobilisierten für ihre Attacken die übrigen Jugendlichen. Unschwer war zu erkennen, dass die beiden ihr eigenes Versagen auf die Mitarbeiter projizierten und sie unbewusst ihre Primärsituation wiederherzustellen suchten. Durch ihr Agieren provozierten sie das Verlassenwerden von ihren Bezugspersonen.

Das Team, das von Kündigungen und Einstellungen sehr beansprucht war, fühlte sich in dieser Phase überfordert und hilflos. Es galt jetzt, den Mädchen vermehrt Halt zu geben, weil ihre Angst vor dem Eintritt in das 'Erwachsenenleben' mit all den dazu gehörigen Ansprüchen, sie überflutete.

Bei unseren vielfältigen Überlegungen in den Teambesprechungen waren wir uns einig, dass wir die symbiotische Beziehung der beiden schützen wollten. Nur wenn sie sich miteinander sicher fühlten, würden wir einen Zugang zu ihnen bekommen. Wir verstanden auch, dass sich hinter dem agierten Hass, der Verweigerung und dem scheinbar so mächtigen Wunsch nach Abgrenzung die Sehnsucht nach Anbindung verbarg.

Aufgrund der Beliebtheit Michaelas, ihres Einflusses in der Wohngruppe, aber auch der Macht, die sie ausüben konnte, war sie in der Lage, die Gruppendynamik stark zu beeinflussen und sie unter Umständen – wie oben beschrieben – ins Destruktive zu kippen. Wir entschlossen uns deshalb, vorrangig mit ihr zu arbeiten, zumal uns die Zusammenarbeit wegen ihrer durchaus vorhandenen konstruktiven Ich-Anteile möglich erschien. Ramona dagegen, mit ihrem ausgeprägten Autoritätskonflikt und ihrem Hass gegenüber den Erwachsenen, erschien uns weniger erreichbar. Allerdings hatten wir die Rechnung ohne die beiden Mädchen gemacht. Weder hatten wir unser Vorgehen mit den beiden abgesprochen, noch ihr Einverständnis eingeholt. Insofern gerieten wir schnell in einen erneuten Machtkampf, weil beide unbewusst unsere Absicht, sie 'pädagogisch' zu separieren, spürten. Beiden fielen in ihr bekanntes Abwehrverhalten zurück und das stärker als je zu vor: Sie steigerten ihren Drogenkonsum exzessiv und waren zeitweise nicht ansprechbar. Als Michaela wieder einmal nachts nicht nach Hause kam und Ramona sich weigerte, dem Betreuer Auskunft über den Aufenthalt der Freundin zu geben, ließen wir diese von der Polizei suchen. Michaela wurde mitten in der Nacht bei einem Freund aufgegriffen und zurückgebracht. Diese Intervention hatte eine 'Kriegserklärung' der beiden Mädchen gegen uns Erwachsene zur Folge. Beide überschüt-

teten uns unflätig mit Hass, sprachen uns jede Kompetenz ab. Auf Direktive der beiden wurde der wöchentliche Gruppenabend boykottiert – von allen. Die beiden wollten ausziehen; wir nahmen sie beim Wort und vereinbarten Gesprächstermine beim Jugendamt. Am Tag darauf lenkten beide ein.

Mit dem Einsatz der Polizei wollten wir nicht nur für die Mädchen, sondern für die ganze Gruppe signalhaft eine Grenze zum Ausdruck bringen. Wie zu erwarten, rebellierte die Gruppe dagegen. Ihre Feindseligkeit äußerte sich auch darin, dass sie den Kontakt zu den Betreuern mieden, sich in ihre Zimmer einschlossen oder aus dem Haus flüchteten. Eine Woche später eskalierte die Auseinandersetzung erneut. Wieder waren Michaela und Ramona über Nacht weggeblieben, wieder war die Polizei alarmiert worden. Am folgenden Nachmittag erschienen beide in der Wohngruppe, gewappnet mit einem Panzer aus Widerstand und Arroganz,

Pädagogische Attacken blieben wirkungslos, ein Gespräch mit den Betreuern lehnten die beiden ausdrücklich ab. Als sich diese Verweigerungshaltung anderntags fortsetzte, forderte die Leiterin Michaela auf, ihre Sachen zu packen. Wie mit dem Jugendamt besprochen, sollte sie in einer 'Jugendpension', eine nur schwach betreute Notunterkunft, verlegt werden. Als die Leiterin das Zimmer betrat, war nichts gepackt. Michaela saß 'wie ein Häufchen Elend' am Boden; auf Nachfrage erklärte sie, nicht gehen zu wollen. Erst an dieser Grenze war sie bereit, über ihre schwierige Lage zu sprechen, ihren Drogenkonsum als Problem zu akzeptieren und ihre Verzweiflung darüber zu äußern. Sie erklärte sich bereit, eine Woche zuvor wäre dies noch undenkbar gewesen, mit der Leiterin in unser Haus nach Italien zu fahren, um die Dinge dort in Ruhe und mit Abstand besprechen zu können.

Für uns doch überraschend fuhr Michaela tatsächlich drei Tage später ab, eine traurige Ramona zurücklassend. Deren Fassade von Unbeugsamkeit begann schon nach kurzer Zeit der Trennung zu bröckeln. Sie erschien uns zerbrechlich, müde, abgekämpft. Bereits am zweiten Tag ging sie nicht in die Schule, hielt sich vorwiegend in der Wohngruppe auf und gab sich für ihre Art sehr anhänglich.

Michaela erschien in Italien wie erlöst. Die ländliche Umgebung, das ursprüngliche Bauernhaus, das sonnige Wetter trugen dazu bei, ihre Verzweiflung zu lösen und ihre Stärken ans Licht zu bringen. Wie ein Kind, das mit Hilfe der Mutter die Welt für sich entdeckt, so wirkte sie.

Wieder in München, wurde die deutliche Trennung der beiden Mädchen offenbar. Michaela hatte sich viel vorgenommen und war entschlossen, sich von

Ramona nicht davon abbringen zu lassen. Nach zwei Wochen allerdings konfrontierte uns die gefährdete Dyade mit der ganzen Wucht ihrer narzisstischen Abwehr. Eskapaden in Form exzessiv gesteigerter Verliebtheit verschränkten sich mit einem ebenso wahl- und maßlosen Drogenkonsum, so dass sich eine Eigendynamik entwickelte, die jeden interventiven Zugang ausschloss.

Die Abgrenzung der beiden gipfelte in einem geplanten gemeinsamen Suizid, den sie uns in einem 'Abschiedsbrief' ankündigten. Nachdem Michaela uns diesen übergeben hatte, verschwanden beide. Nach längerer telefonischer 'Fahndung' stöberten wir die beiden zuhause bei Michaela auf. Dort hatten sie – für uns überraschend – den Stiefvater zu einem längeren Gespräch aufgesucht. Da sie uns am Telefon nicht sagen konnten, wann sie in die Wohngruppe zurückkommen würden, entschlossen wir uns, sie abzuholen. Kaum zu beschreiben, mit welchem Gesichtsausdruck sie uns an der Wohnungstür begegneten. Gefragt nach dem Motiv für ihren Abschiedsbrief, hatte uns Ramona, sich mit der Hand auf die Brust schlagend, entgegengebrüllt: „Damit ihr da mal was spürt!“

Als wir nach einem längeren Gespräch aufbrachen, flohen beide. Über zwei Tage und Nächte hinweg hielt uns ihr 'Untertauchen' in extremer Sorge, zumal Michaela in den Tagen zuvor suizidale Äußerungen getan hatte. Nach ihrem Wiederauftauchen stellten wir ihrer massiven Abgrenzung die unsere ebenso scharf entgegen. Ramona und Michaela wurden in die 'Jugendpension' beurteilt.

Eine Wiederaufnahme von Michaela fand nicht statt. Das Jugendamt lehnte eine weitere Unterbringung ab und gab die Verantwortung an die Mutter zurück. Ramona kehrte in die 'Flex' zurück, hielt es da aber aus Loyalitätsgründen nicht lange aus.

Michaela und Ramona haben bei Aufnahme eine narzisstisch-fusionäre Dyade gebildet. In dieser Fusion wurde offensichtlich etwas wiederbelebt, was beiden bisher gefehlt hat. Sie waren unzertrennlich, immer für einander da. Dadurch, dass sie diese Symbiose in unserer Einrichtung so intensiv leben konnten, holten sie ein bisher nicht gekanntes Bedürfnis nach Nähe und Bindung nach. Natürlich waren beide voneinander so abhängig, dass eine Öffnung nach außen schwer möglich war. Sie schienen eine gemeinsame innere Welt zu haben. Wurde diese bedroht, von wem auch immer, übertrugen sie nicht nur ihre negativen Gefühle, sondern sie waren auch bemüht, ihre Übertragungserwartungen bestätigt zu erhalten.

Unser Bemühen um eine Beziehung bedeutete letztlich immer eine Bedrohung für die Dyade und musste durch projektive Identifizierungen abgewehrt

werden. Diese dienten auch der inneren Konfliktentlastung. So gab es für uns Betreuer keine Möglichkeit, in den Augen der Mädchen etwas richtig zu machen. Innerhalb der Jugendlichengruppe bildeten sie eine Untergruppe, die mit ihrem Agieren die Dynamik weitgehend bestimmte. Eine Verbündung mit anderen Jugendlichen gab es weder bei Ramona noch bei Michaela, sie war nicht erlaubt, zu groß war die Vernichtungsangst.

Michaela gelang es aufgrund ihrer machtvollen Persönlichkeit, die Gruppe zu beeinflussen. Da die anderen sechs Bewohner keinen Gegenpol bildeten, und es keine 'Gesundheitspartei' gab, war es für Michaela möglich, in Konfliktsituationen eine negative Verbündung der ganzen Gruppe herzustellen. In diesen Situationen wurde natürlich auch die destruktive Abwehr bei jedem einzelnen virulent, wodurch ein therapeutisches Arbeiten fast unmöglich wurde. Dennoch gelang es uns immer wieder, diese angespannten Zeiten zusammen mit den Jugendlichen durchzustehen. Obwohl die Abwehr der beiden Mädchen wie ein Bollwerk war, spürten sie sehr wohl unser aufrichtiges Bemühen, sie in ihrem Leben zu begleiten und zu unterstützen. Aber je mehr sie dies spürten, umso mehr Geschütze fuhren sie auf, um ihre Symbiose zu schützen. Und irgendwann mussten wir uns von ihrem Agieren abgrenzen.

Das Team war in dieser Zeit sehr beansprucht. Es entwickelte sich immer wieder ein Netz von Übertragungen und Gegenübertragungen, welches in den wöchentlichen Besprechungen entwirrt werden musste. Dennoch brachte das destruktive Agieren der Jugendlichen auch die Betreuer an ihre Grenzen, wodurch Interventionen nicht immer überlegt gesetzt wurden. Neben unserem pädagogisch-therapeutischen Anspruch gibt es aber vor allem den der Kostenträger, die eine Unterbringung nur begrenzte Zeit finanzieren und eine 'Wiedereingliederung' in das gesellschaftliche System erwarten. Selbst bei sehr guter Zusammenarbeit spüren wir diesen Druck, der dann bewusst oder unbewusst an die Jugendlichen weitergegeben wird.

Groupdynamic Processes in a Therapeutic Living Group – A contribution to the treatment technique for adolescents with integration difficulties. A case report

Karin Wottrich, Angela Bauer (München)

The authors describe a part of their psychotherapeutic and pedagogic work with adolescents who need particular openness and the flexible setting of demarcations. The institution is called 'Flex' and is a living group for adoles-

cents based on the concept of milieu therapy. In many cases, the adolescents have lived in homes for longer periods of time, have formed alliances to other adolescents by taking drugs, committed smaller criminal acts and sometimes prostitution. These adolescents have not experienced any stable attachment relationships in their earliest childhood, have been neglected or physically and sexually abused.

The authors describe and discuss in detail their extremely difficult work with two female adolescents who formed a very strong symbiosis in which they tried to hold each other emotionally and to compensate their lack of ego-functions in a mutual manner. The limitation of the intensive therapeutic and pedagogic work with these two adolescents is demonstrated, it was not possible to hold them in the group dynamic and milieu therapeutic living group for a longer period of time. The integration into the group of peers and an alliance with the adults failed due to the bastion-like character of the symbiotic relationship of the two girls which consisted mainly of destructive acting-out (such as running away, taking drugs, announcement of common suicide). At this extreme limitation of communication it becomes apparent that the staff members are strongly challenged, come to their own limits and also make mistakes. It also becomes apparent that the pressure for success on such an attempt of integration from the public health system is too strong and that more time, patience and more financial resources would be necessary.

Autorenadressen: Dipl.-Psych. Karin Wottrich • Nordendstr. 36 • 80801 München •
Tel. 089-337 523 • E-Mail: KarinWottrich@t-online.de
Angela Bauer • Kirchenstr. 50 • 81675 München • Tel. 089-957 0924
E-Mail: angela.bauer@hpkj-ev.de

Karin Wottrich ist Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Kinder- und Jugendlichenanalytikerin, Psychologin in der Wohngruppe 'Flex', Wohngruppe für such�gefährdete und integrationsschwierige Jugendliche (HPKJ München).

Angela Bauer ist Dipl.-Soz.Päd., Kinder- und Jugendlichentherapeutin und -analytikerin, Leiterin der Wohngruppe 'Flex', einer Wohngruppe für such�gefährdete und integrations-schwierige Jugendliche (HPKJ München).

Widerspiegelung und unbewusste Wechselwirkungen zwischen Kinder- und Elterngruppe – gruppendynamische Arbeit in einem psychoanalytischen Kindergarten

Marie Therese Kaufmann (München), Astrid Thome (AuChildre)

Children's and parents' groups in the described psychoanalytic preschool in Munich are conducted according to group dynamic principles. Long-term observations and experiences have shown that quality, intensity and themes in the parents' group have immediate impact on quality, intensity and themes in the children's groups. Children are, to a large extent, carriers of their parents' well-being, unconscious fantasies and current interactional dynamics. Exemplified on a video sequence of free play in a children's group, the authors show how central problems of the institution and special group dynamics in the parents' group have been reflected in the corresponding children's group. Theoretical considerations about unconscious mirroring processes introduce the paper.

Keywords: group dynamics, role play, children's group, parents' group, mirroring phenomena

Einführung

Die Idee zu diesem Artikel entstand in einem Seminar über gruppendynamische Prozesse in Kindergruppen am Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in München. Wir analysierten Videoaufnahmen aus dem psychoanalytischen Kindergarten der Deutschen Gesellschaft für Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie und erkannten auffällige parallele Entwicklungen zwischen Kinder- und Elterngruppe und den Team-Supervisionen. Wir danken den Mitarbeitern des Kindergartens für ihre Unterstützung und den Eltern für ihr Einverständnis zur Veröffentlichung. Die Namen der Kinder, Familien und Mitarbeiter wurden sämtlich verändert.

Theoretische und historische Grundlagen

Unbewusste Wechselwirkungen

Dass wir uns in unserem Verhalten und in unseren Einstellungen gegenseitig beeinflussen, auch wenn diese Phänomene zum Teil nur sehr vorübergehende

Vortrag gehalten am 11. Februar 2005 im Lehr- und Forschungsinstitut der DAP in München

Wirkung zeigen, ist unumstritten. Viele Wirtschafts- und Forschungszweige (Werbung, Politik, Psychologie, Pädagogik u. a.) befassen sich mit diesen Erscheinungen. Was nun aber diese Einflussnahme und Veränderungen bewirkt ist selten eindeutig und wird sehr unterschiedlich definiert.

FREUD analysierte Träume, assoziative Äußerungen, Fehlhandlungen und körperliche Erscheinungen und Symptome seiner Patienten, um das Unbewusste zu entschlüsseln. Er nutzte die Übertragung unbewussten Erlebens in der analytischen Situation für die Behandlung. LORENZER (1985) beschreibt diesen Vorgang als 'szenisches Verstehen'. In der neueren Psychoanalyse gelten vornehmlich Gegenübertragungsgefühle des Analytikers als Schlüssel zur unbewussten Welt des Patienten. „Die Arbeit mit der Gegenübertragung stellt zunehmend ein zentrales Element dar, das zu einem Identitätsmerkmal der Psychoanalytiker wird und die verschiedenen Richtungen der Psychoanalyse verbindet“ (ERMANN 2000, S.230f.). Zunehmend kommen auch der körperliche Ausdruck und das Körpererleben als 'Königsweg zum Unbewussten' in den Blick. Neurobiologische Forschungsergebnisse werden als Beleg psychoanalytischer Grundannahmen publiziert (LAKOTTA 2005). Bezugnehmend auf die von RIZZOLATTI (RIZZOLATTI, CRAIGHERO, FADIGA 2003) beschriebenen sog. 'Spiegelneuronen' erklärt Joachim BAUER in seinem Buch „Warum ich fühle, was du fühlst“ (2005) Prozesse wie Übertragung und Gegenübertragung, Empathie und Resonanz.

Die verhaltenstherapeutische Entwicklungspsychologie und Interaktionsforschung negiert die Existenz eines Unbewussten, kann aber nicht umhin „interaktionelle und psychodynamische Einflussfaktoren“ (PAPOUSEK, SCHIECHE, WURMSER 2004, S. 96) zur Erklärung menschlichen Verhaltens anzuführen. Innerhalb der Psychoanalyse ist umstritten, ob – und wenn, dann wie – sich innere, unbewusste Einstellungen im sichtbaren Verhalten zeigen und erkennen lassen. So arbeitet die psychoanalytische Babybeobachtung (LAZAR 1991) anders als die Säuglingsforschung (vgl. DORNES 1993) nicht mit Videoanalysen von Verhalten und Interaktionen, sondern mit den in der Situation sich vermittelnden Affekten und Gegenübertragungsgefühlen.

Die Bindungsforschung wurde lange Zeit vom Mainstream der Psychoanalyse abgelehnt, da sie auf der Verhaltensebene mit Videoaufzeichnungen der Fremdensituation arbeitet. Heute werden die Ergebnisse bindungstheoretischer Forschung für die Fortschreibung der psychoanalytischen Entwicklungstheorie und Behandlungsmethodik genutzt (vgl. BRISCH 1999, HURRY 2002, FONAGY, TARGET 2006, SCHORE 2003).

Körper-, Tanz- und Bewegungstherapeuten mit psychoanalytischer Aus- oder Vorbildung sehen den Körper, seinen Aufbau, Haltung, Atmung und Bewegungsfähigkeit als Ausdruck auch der psychischen Erfahrungen und der Lebensgeschichte eines Menschen. Sie verstehen ihre Arbeit mit dem Körpererleben als Arbeit mit dem Unbewussten (DOWNING 1996).

In der psychoanalytischen Arbeit mit Kindern wird nach Melanie KLEIN das Spiel als symbolischer Ausdruck des Unbewussten gedeutet. ZULLIGER (1970) nennt das Spiel „die Sprache des Kindes“. Im gemeinsamen Spiel, im Spielraum, der als 'Übergangsraum' (WINNICOTT 1973) zwischen Analytiker (Untersucher) und Kind entsteht, wenn der Analytiker das Kind in seiner ganzen Person ernst nimmt, ist Verstehen und Entwicklung möglich.

Hier wären wir also beim Thema: Das Spiel der Kinder in der Gruppe kann als Ausdruck der unbewussten Dynamik der spielenden Kinder verstanden werden.

Komplexer wird die Fragestellung, wenn wir nun die unbewusste Dynamik der Kindergruppe und der Gruppe der Eltern in einem wechselseitigen Zusammenhang verstehen und beschreiben wollen.

Zur Erforschung unbewusster dynamischer Prozesse in und zwischen Gruppen

Die Erforschung unbewusster Wechselwirkungen in der Psychoanalyse bezieht sich zumeist auf die Zwei-Personen-Perspektive der analytischen Situation oder der Mutter-Kind-Dyade.

Günter AMMON hat diese Sichtweise erweitert und die Bedeutung der Gruppe für die psychische Entwicklung des Menschen hervorgehoben. Er bezog sich dabei u. a. auf FOULKES. Dieser sah im Beziehungsgeflecht der Gruppe, der sogenannten Matrix, auch einen Niederschlag früher Primärgruppenerfahrungen. Er definierte auch den Begriff der 'Spiegelreaktion'. Jeder Gruppenteilnehmer sieht sich selbst in den anderen gespiegelt und kann unter anderem hierüber Zugang zu seinem Unbewussten finden. BALINT beschreibt als erster Prozesse der Widerspiegelung zwischen Gruppen in seiner Gruppenarbeit mit Ärzten. Die Teilnehmer übernehmen unbewusst verschiedene Aspekte der Dynamik des vorgestellten Patienten wie auch des Behandelnden und ihrer jeweiligen Beziehung. Das Erkennen und Anerkennen unbewusster eigener Anteile in der Kollegengruppe wirkt sich direkt auf die aktuelle Arzt-Patienten-Beziehung aus. EKSTEIN und WALLERSTEIN (1958) beschrieben dies für die Kontrollanalyse in der psychoanalytischen Ausbildung und arbeiteten in der Menninger Foundation mit Kontrollgruppen. FEDERN (1994) machte die Grup-

pensupervision zu einem wesentlichen Instrument der psychoanalytischen Sozialarbeit.

Günter AMMON bezeichnet die Spiegelfunktion der Gruppe als eines der Grundprinzipien seiner Theorie der Gruppendynamik (1979, S. 169). Ziel der Arbeit mit der vorhandenen, sich entfaltenden unbewussten Dynamik einer Gruppe ist, die Arbeits- und Entwicklungsfähigkeit der gesamten Gruppe zu unterstützen und damit eine Identitätserweiterung aller Teilnehmer.

Auseinandersetzungen um Kontakt in einer Gruppe bilden das sozialenergetische Feld, in dem Struktur wächst. ... Der Mensch entwickelt seine Identität in der Gruppe. Der Gruppenbezug integriert ihn, die Identität differenziert ihn aus der Gruppe heraus. (AMMON 1982, S. 93f.)

Sein ganzheitliches Verständnis des Menschen und das Erkennen, dass allein über die Sprache nicht alle Schichten der Persönlichkeit – und manche schwer narzisstisch gestörte Patienten gar nicht – erreicht werden können, führte AMMON dazu, milieutherapeutische Projektarbeit, humanstrukturellen Tanz und Theaterspiel, Malen und Musik in die therapeutische und präventive Arbeit einzubeziehen. Unbewusstes Agieren findet primär auf Körperebene statt und kann hier auch verstanden werden kann. Ulrike WINKELMANN beschreibt die Bedeutung unbewusster Widerspiegelungsprozesse zwischen Gruppen im milieutherapeutischen Setting.

Die Auseinandersetzungen und Themen der Therapiesitzungen spiegeln nicht nur die Dynamik der einzelnen Patienten, sondern auch die Dynamik der Projektgruppen wieder. ... Destruktive Bündnisse und Widerstände, die sich in den Projektgruppen festgefahren haben, werden in der Großgruppe sichtbar. Übertragungsbeziehungen innerhalb der Projektgruppen können erkannt und bearbeitet werden. ... Die therapeutische Arbeit in der Großgruppe ermöglicht einerseits die Integration der gruppendynamischen Prozesse der verschiedenen Gruppen und Bündnisse, andererseits eine Integration auf individueller Ebene. (WINKELMANN 2000, S. 31)

Gisela AMMON fielen Ende der 1960er Jahre parallele Entwicklungen in der Gruppe der Kinder, die während der Gruppentherapie ihrer Eltern betreut wurden und den Therapiegruppen ins Auge. Dieses Erkennen von Widerspiegelungsphänomenen war grundlegend für die Konzeptualisierung der von ihr gegründeten psychoanalytischen Kindergärten.

Es ist zwar nicht primär die Aufgabe des Kindergartens, die Dynamik dieses Geflechts von Individuen und Gruppen zu studieren und bewusst zu machen, es hat sich aber immer wieder gezeigt, dass die Gruppendynamik für die pädagogische Arbeit mit den Kindern weitreichende Konsequenzen hat und deshalb ihre Kenntnis und Erhellung von entscheidender Bedeutung für die Kindergartenarbeit ist. (Gisela AMMON 1973a, S. 284)

Gruppendynamische Arbeit im psychoanalytischen Kindergarten

Die integrative Leistung des Kindergartens der DGG in München ist eng an die gruppodynamische Strukturierung und das gruppodynamische Verständnis von Entwicklung gebunden. Im Raum der Gruppe findet Identitätsentwicklung statt – präventiv und nachholend. Die Arbeit mit den konstruktiven Ich-Anteilen, das Erleben von Schutz und Auseinandersetzung, der offene und direkte Umgang mit Angst und Aggression in der Gruppe bildet die Basis der ganzheitlichen Förderung jedes einzelnen Kindes. Die analytische Arbeit mit den gruppodynamischen Prozessen in der Elterngruppe und Teamsupervision spiegelt sich direkt in der Kindergruppe wider und unterstützt damit auch die Identitätsförderung und Entwicklung der einzelnen Kinder.

Gisela AMMON beschrieb unbewusste Wechselwirkungen zwischen Team, Kindergruppe und Elterngruppe. Gibt es z. B. erhebliche Unstimmigkeiten im Team, über die bisher nicht offen gesprochen werden konnte, können die Kinder nicht spielen (vgl. Gisela AMMON 1973a, S. 290). Astrid THOME kennt aus ihrer Supervisionsarbeit mit dem Erzieherteam verschiedene Beispiele des Umgangs mit einer Sündenbockdynamik. Nach ihrer Erfahrung ist derjenige Erzieher, der Sorge um ein Kind hat, das Sündenbock oder Außenseiter in der Gruppe ist, und der diese in die Supervisionsgruppe einbringt, auch in der Teamgruppe der derzeitige Sündenbock oder Außenseiter. Wenn die Supervisionsgruppe über ihre eigene Sündenbockdynamik arbeiten kann, wird das Kind, das in eine solche Position geraten ist, sofort entlastet.

Wir haben zur Schilderung von Widerspiegelungsprozessen ein Beispiel ausgewählt, an dem die Verknüpfung zwischen Institution, Team, Elterngruppe und Kindergruppe veranschaulicht werden kann. Zudem ist es eines der seltenen Beispiele, für die es eine Videoaufzeichnung, frische Erinnerungen und entsprechende Protokolle (Mitschriften während der Elterngruppensitzungen und der vor- und nachbereitenden Besprechungen) gibt.

Die Elterngruppe des psychoanalytischen Kindergartens Purzelbaum, über den wir berichten, findet 14-tägig statt. Seit mehreren Jahren gibt es nur mehr eine Gruppe übergreifend für alle Eltern des Kindergartens. Die Teilnahme ist verbindlich, kann aber nur freiwillig geschehen. Etwa ein Drittel der Eltern kommen regelmäßig, je ein weiteres Drittel unregelmäßig und sehr selten. Von Seiten des Teams nehmen mindestens ein Mitarbeiter pro Gruppe und nach Absprache auch der Fachdienst für die Integrationskinder teil. Die Elterngruppe wird von Mitarbeitern des LFI geleitet, die sich in gruppodynamischer,

gruppenpsychotherapeutischer und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutischer Ausbildung befinden oder diese bereit abgeschlossen haben. Ihre Arbeit wird in der Kontrollgruppe des Instituts für die laufenden gruppensystemischen Gruppen regelmäßig supervidiert.

Aufgabe der Elterngruppenleiter ist es, den Bedürfnissen und Ängsten, der Wut, den Sorgen, Bedenken und Widerständen der Eltern einen Raum zu geben. Dabei ist sowohl die gruppensystemische Ebene im Hier und Jetzt der Elterngruppe zu berücksichtigen, die Eltern, Erzieher und Leitung einschließt, die reale Ebene und Besprechung der Erziehungsarbeit, die Aufgabe der praktischen Erziehungsberatung, wie auch die Ebene der Kinder in ihren Gruppen und Entwicklungsprozessen, die hier die Rolle des Falles im Sinne einer Balint-Gruppen-Arbeit einnehmen.

Die Eltern wollen informiert sein über ihre Kinder, deren Entwicklung und Stand in der Gruppe, erzählen aber auch über Ereignisse und Schwierigkeiten zu Hause mit dem Kind oder in der Familie. Unbewusste und bewusste Schuldgefühle auf Seiten der Eltern müssen als grundlegendes Phänomen dieser Arbeit immer mit reflektiert werden. Unter anderem aus diesen Gefühlen der Schuld und des Ungenügens wollen sich die Eltern als gute Eltern bestätigt fühlen. Die Eltern suchen Anerkennung, Unterstützung, Rat und Halt als Person, in ihrer Aufgabe als Eltern, in ihrer Gemeinschaft als Paar und Familie und als Teil der Elterngruppe und Kindergartengemeinschaft. Darüber hinaus ist die Elterngruppe Gremium der Information über aktuelle Geschehnisse im Kindergarten, Unternehmungen, Planungen des Teams und Veranstaltungen des Institutes.

Die Konzeption fordert von den Elterngruppenleitern

ein hohes Maß an Verständnis vor allem unbewusst ablaufender Prozesse, das Erkennen und den Umgang mit Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen, das Verständnis für Trennungsprozesse und den Umgang damit. ... Rivalitätskonflikte müssen ... verstanden und interpretiert werden. ... Gerade die Beschäftigung mit kindlichen Bedürfnissen im Rahmen der Elternarbeit weckt eigene unbefriedigte Bedürfnisse und stimuliert Übertragungsprozesse bei den Eltern und Erziehern, die als solche erkannt und bewusst gemacht werden müssen. (DGG o. J., S. 3)

Therapeutische Bedürfnisse der Eltern sollten verstanden aber auch abgegrenzt und die Gruppe auf die gruppensystemische und Beratungsebene der Kindergarten- und Elterngruppenarbeit zurückgeführt werden. Die Arbeit in der Elterngruppe steht in enger Wechselwirkung mit der Supervisionsarbeit mit dem Team des Kindergartens und der Arbeit in den Kindergruppen.

Gruppenprozesse im Kindergarten Purzelbaum zu Beginn des Kindergartenjahres – die aktuelle Situation

Die Institution

Der Kindergarten 'Purzelbaum' ist eine Ganztageseinrichtung. In zwei Gruppen werden je 15 Kinder betreut, von denen fünf einen erhöhten Förderbedarf und damit Anspruch auf Eingliederungshilfe haben ('Integrationskinder'). Sie erhalten wöchentliche Förderstunden und die Eltern spezielle fachliche Beratung.

Die Teamzusammensetzung hatte sich über den Schuljahreswechsel deutlich verändert. Eine neue Leiterin war eingestellt worden. Neu dazu kamen auch ein Praktikant und eine Praktikantin. Die Stelle der zweiten Gruppenleitung war noch nicht besetzt. Einige Kinder hatten den Kindergarten zum Schuljahreswechsel verlassen und wurden in den Gruppen noch vermisst. Die neuangemeldeten Kinder sollten erst in den folgenden Wochen in die Gruppen kommen. Trotz der Anfangssituation war es noch kein gruppendynamisches Thema, neue Kinder und neue Eltern aufzunehmen.

Die Kindergruppe

Die Kinder der 'Räuber'-Gruppe kannten sich alle noch vom vergangenen Jahr. Besuchern erzählten sie von der Kinderreise im Sommer und ihren gemeinsamen Erlebnissen. Die Gruppe erlebte und vertrat sich auch nach außen als Einheit. Allerdings waren drei ältere Kinder nicht mehr da und die Position des 'Bestimmers' unter den Kindern wurde neu ausgehandelt. Wer ist jetzt 'groß'?, Wer gehört noch zu den Kleinen? Wer kann was?

Vertretungsweise hatte ein langjähriger Mitarbeiter die Gruppenleitung übernommen, unterstützt von der Pädagogin des Frühdienstes und einer ehemaligen Kinderpflegerin. Der Tag der Videoaufnahme war der letzte Arbeitstag der aushelfenden Kinderpflegerin, die sich bereits mit einem kleinen Fest verabschiedet hatte. Die neue Gruppenleiterin hatte ihre Arbeit noch nicht aufgenommen. Die Gruppe befand sich in einer Übergangssituation, einem leiterlosen Zustand.

Die ersten drei Elternabende

Am ersten Elternabend des beschriebenen Schuljahres hatte sich die neue Kindergartenleiterin vorgestellt. Neugierig und wohlwollend wurde der Neubeginn begrüßt. In alter Vertrautheit berichtete ein Vater, Herr A., von dem anklam-

mernden und aggressiven Verhalten seines Sohnes August (4 Jahre alt) und seinem Gefühl der Machtlosigkeit den maßlos erscheinenden Forderungen des Kindes gegenüber. Der Pädagoge und andere Eltern reagierten verständnisvoll, steuerten ähnliche Erlebnisse bei, gaben Ratschläge. Zwei Väter ermunterten schulterklopfend zu mehr Strenge. Herr A. solle härter und rigoroser durchgreifen.

Erst bei der Nachbesprechung wurde deutlich, dass sich die Elterngruppenleiterin trotz des ehrlichen Klimas in der Elterngruppe und der kontinuierlichen Arbeit an einem Fall schlecht, überflüssig und leer fühlte. Bei genauerer Betrachtung war das Gefühl der Wut vorherrschend. Es wurde die Vermutung geäußert, dass die Aggressionen, die sich vor den Ferien wegen der Kündigung der leitenden Erzieherin gegen die Elterngruppenleiter und den Kindergarten-träger gerichtet hatten, wie vergessen und von allen unterlaufen worden waren.

Am zweiten Elternabend ging es zuerst um Organisatorisches. Die Leiterin der Elterngruppe holte zu fragen nach, ob die vor den Ferien vorherrschende Wut schon abgeklungen sei. Lediglich zwei Mütter äußerten sich bedauernd über den Weggang der leitenden Erzieherin und den Verlust für ihre Kinder, die nun schon zum zweiten oder dritten Mal eine neue Gruppenleitung bekommen sollten.

Bald jedoch ging es wieder um die Kinder und familiäre Überlastungssituationen: Eine Mutter äußerte sich sehr verzweifelt. Sie stünde wegen Umzugs und Prüfungen so unter Druck, dass sie ihre kleine Tochter brutal angeschrien habe. Ein Pflegeelternpaar beklagte, dass die leibliche Mutter ihres Pflegesohnes das Kind wieder einmal durch schwere Ehestreitigkeiten und unzuverlässige Besuchstermine stark verunsichere. Daraufhin erörterten die Eltern die aktuellen Verliebtheiten der Kinder in den Gruppen. Dieses Thema verknüpfte und verband die Eltern miteinander und wirkte entlastend. Bei der Nachbesprechung wurde konstatiert, dass die Eltern im Beisein der neuen Leiterin bereits offen ihre Schwierigkeiten eingestehen und sich freundlich verbünden.

In der nächsten Teamsupervision sprach die neue Leiterin davon, dass sie zu Frau E., Mutter von Emil und Dieter keinen Kontakt herstellen könne. Frau E. schaue immer weg und habe es eilig. Seit dem Leitungswechsel war Frau E., die zuvor regelmäßig an den Elternabenden teilgenommen hatte, nicht mehr in die Elterngruppe gekommen. Die Elterngruppenleiterin mutmaßte in der Vorbereitungssitzung des Elternabends, Frau E. sei noch ärgerlich wegen des Leitungswechsels, zumal sie in der letzten Sitzung vor den Ferien am deutlichsten ihren Unmut zum Ausdruck gebracht, vor Wut sogar mit einer anderen Mutter zusammen die Gruppe verlassen hatte, gegen Ende aber wieder erschienen war.

Zum darauf folgenden dritten Elternabend kam Frau E. gemeinsam mit ihrem Mann. Wie so oft kam die Beschwerde auf, dass so viele Eltern fehlen. Frau E. bemängelte grundsätzlich die Einrichtung des Elternabends und seine Gestaltung. Etwas später wandte sie sich mit ihrer Kritik direkt an die neue Leiterin des Kindergartens: Sie habe zum Geburtstag ihres Sohnes für jedes Kind Süßigkeiten mitgebracht, Frau L., die Leiterin, habe diese jedoch nur zensiert verteilt und ihr vieles davon wieder zurückgegeben. Frau L. habe die Kinder damit bestohlen. Frau E. war sehr aufgeregt. Sie fühlte sich verletzt, weil sie nicht respektiert, sondern übergangen worden war. Andere Eltern pflichteten Frau E. bei, erschrocken über die Übergriffigkeit der Leiterin. Diese wehrte die Vorwürfe nicht ab, sondern war ihrerseits erschrocken. „Ich war an dem Geburtstag erst den dritten Tag da.“ Herr E. verlieh empört den Äußerungen seiner Frau nochmals Nachdruck. Manche Eltern beanstandeten, es gäbe jedoch zu viele Süßigkeiten im Kindergarten, und es wäre sinnvoll, über Ernährung grundsätzlich zu sprechen und auch darüber, wie Geburtstage zu gestalten seien. Die Regel, zur Brotzeit keine Süßigkeiten mitzugeben, würde von den meisten Eltern nicht eingehalten.

Gruppendynamische Reflexion der Elternabende

Die ersten beiden Elterngruppensitzungen scheinen die Brisanz einer gruppendynamischen Arbeit im Hier und Jetzt vermieden zu haben. Für die auseinandersetzungreichere Arbeit, die dann der dritte Elternabend brachte, brauchte es noch Zeit. Zeit die neue Leiterin kennen zu lernen, Zeit sich wieder aneinander zu gewöhnen. Die Wut über das Verlassenwerden durch die vorherige Leiterin kam vorerst auf der Ebene der Balint-Gruppe verschoben auf das Kind August und dann – in der zweiten Sitzung – über die Verlassenheits- und Überforderungsgefühle zweier Mütter indirekt zur Sprache. Die direkte Auseinandersetzung des dritten Elternabends richtete sich zunächst mit der grundsätzlichen Infragestellung der Elternabende gegen die Elterngruppenleiter, dann an die neue Kindergartenleiterin. Wichtig war, dass diese nicht eine Deutung gaben, sondern auf der Realitätsebene den Vorwurf beantworteten und Mutter und Vater in ihrer Kränkung ernst nahmen. Zentral ging es in dieser Auseinandersetzung darum, ob Kritik sein darf, ob sie ernst genommen oder weggeschlagen wird, ob Missverständnisse sein dürfen und wieder ausgeräumt werden können. Des Weiteren ging es um Fragen, wie: Erlaubt die neue Leiterin Verwöhnung? Dürfen Kinder und Eltern Bedürfnisse haben? oder werden diese rigide eingeschränkt? Werden Regeln und Grenzen ernst genommen und: Kann die Lei-

tung Gefahren graduell richtig einschätzen und die Kinder schützen?

In dieser dritten Sitzung wurde einer der wichtigsten, gruppendynamisch produktiven Schritte unternommen, nämlich in die Auseinandersetzung mit dem Leiter einzusteigen, worüber sich eine Gruppe schließt, den möglichen Sündenbock integriert und sich ein komplexes Innenleben zu entwickeln beginnt.

Das Spiel der Kinder

Wie die nun folgende Schilderung des Spiels der Kinder zeigt, bedeutete die dargestellte Auseinandersetzung nicht nur für die Elterngruppe einen wesentlichen Schritt der Gruppen- und Vertrauensbildung hin zu einer vertieften gruppendynamischen Selbsterfahrungsarbeit. Wir beobachteten eine zeitgleiche Veränderung der Dynamik auch in der Gruppe der Kinder, die nun seit längerem wieder ein gemeinsames Rollenspiel gestaltete. Spielleiter ist Emil, der Sohn von Frau E., der Protagonistin in der Leiter-Auseinandersetzung der Elterngruppe.

Am Tag nach dem dritten Elternabend des Kindergartenjahres will Emil, der Sohn von Frau E., König spielen. Ein Teil der Gruppe ist im Nebenraum zur Mittagsruhe, die übrigen Kinder wählen sich ihre Rollen. Emil, der die Idee zu diesem Spiel hatte, ist der Spielführer. Er wird vom Erzieher unterstützt, der ihm einen Thron baut.

Zunächst muss der König seine Position gegenüber Sandra, dem Pferd verteidigen: „Du sollst immer das machen, was ich dir sag’, weil sonst geb’ ich dich in ne andre Burg!“. Gabriel soll der Diener sein, Betty die Tochter des Königs, Prinzessin Lara. Samuel, Prinz Protz, der edle Ritter und sein kleiner Kollege Franz ärgern das Pferd, während sich der König von seinem Diener mit Rauchpfeife und anderen königlichen Insignien ausstatten lässt. „Königliche Hoheit, die ärgern mich“, sagt Sandra, die das Pferd spielt. „Lasst das Pferd in Ruhe!“ bestimmt der König, doch Diener und Prinz Protz ärgern weiter das wiehernde Pferd. Der König beauftragt sie, Futter für das Pferd zu besorgen. David will auch mitspielen und überlegt als was. Ein Kind hat eine Idee und der König nimmt sie, wie ein guter Leiter, auf in sein Spiel: „da kann der David ja unser Drache sein“. „Aber kein Feuer zu mir spucken!“ verlangt etwas ängstlich die Prinzessin: „Du musst fliegen!“ Auch sie will gerne das Spiel anführen. Der Drache faucht wild in die Kamera und andere Mitspieler an. „David, du bist ein lieber Drache“, weist ihn der König zurecht. Er setzt sich auf den Thron und ruft Prinz Protz zu sich. „Morgen ist Euer erster Hochzeitstag ... Morgen müsst ihr heiraten, o. k.?“. „Heiraten. Die tun sich küssen.“ Prinzessin

Lara zeigt dem Ritter, wie man küsst, doch Sandra, das zweite Mädchen, das am Spiel teilnimmt, weiß es besser: „nein so, nein so guck!“ „Ej, lass’ den Samuel jetzt, lass jetzt den Samuel,“ der König verweist jeden auf seinen Platz und führt die Trauung durch: „jetzt küssen, küssen, am Mund noch küssen“. Ausführlich verlangt er den Treueschwur: „Prinz Protz ... versprichst Du immer für Deine Prinzessin da zu sein? Sag ganz laut ‚ja‘ ... und nur ganz selten streiten? Und tust Du sie auch immer für immer lieb haben?“ Auch die Prinzessin muss ihr Eheversprechen geben. Wieder beginnt das Spiel sich über die Rivalität zwischen Pferd und Drache etwas aufzulösen. Der König ruft nach dem Diener. Der hat aber inzwischen ein Spiel am Tisch begonnen, das er noch fertig machen will. So ruft der König eine Spielpause aus.

Als es wieder losgehen soll, will Sandra Dornröschen spielen. „Aber wer ist dann der Ritter, s’Pferd und die Prinzessin?“ fragt Emil auffordernd und übernimmt damit wieder die Spielleitung. Betty, die Prinzessin, bekommt ein Baby. Die Kinder unterhalten sich darüber, wo die Babys rauskommen. Josef, der bisher vom Hochbett aus das Spiel beobachtete, will jetzt auch mitspielen und bekommt einen Auftrag vom König: „Tapferer Ritter Josef, du musst gegen den bösen Drachen kämpfen.“ Aber David ist doch der liebe Drache. Der Erzieher übernimmt spontan die Rolle des bösen Drachen. Er will sich die Prinzessin holen. „Aber ich bin nicht die Frau von Dir,“ wehrt sie sich. Der Ritter Josef schlägt mit seinem Schwert dem Drachen Kopf und Haare ab. Stolz berichtet er dem König und seinem Hofstaat, wie er den Drachen besiegt hat. Der liebe Drache hört nicht auf zu brüllen. Beeindruckt erklärt der König dem bösen Drachen: „Also der liebe Drache kann ganz gefährlich werden, der kann dich sogar besiegen.“ Der Ritter reitet auf dem lieben Drachen und soll noch mal mit der Lanze den bösen Drachen abstechen. Der Kampf gegen den bösen Drachen wird weitergekämpft.

Gruppendynamische Reflexion des Kinderspiels

Emil ist Leiter des Spiels der Gruppe und zugleich als König die zentrale Person, die Grenzen wie Raum, Zeit und Aufgabe der Gruppe definiert. Jedes Kind sucht und bekommt seinen Platz in der Gruppe, d. h. seine Rolle im Spiel und den zugehörigen Ort (Thron des Königs, Stuhl der Prinzessin, Ecke des Dieners usw.). Wie in jeder Anfangsphase eines Gruppenprozesses herrscht die Angst vor und müssen die Gruppengrenzen in der Auseinandersetzung mit dem Leiter gebildet werden. Zunächst herrschen Unruhe und Rivalität. Der König hat es schwer, seine Vorschläge gegen den Aufstand und die Aufregung von

Pferd, Rittern und Diener durchzubringen, behauptet sich aber gegenüber den Gegenleitern (abwechselnd Ritter und Pferd). Er verhindert den Ausschluss des nervig wiehernden Pferdes, das in eine Sündenbockposition zu geraten droht, befiehlt, es in Ruhe zu lassen und ihm Futter zu bringen. Er behauptet sich sozusagen als gruppendynamischer Leiter, um den herum die Gruppe sich schließen kann.

Im Spiel agieren die Kinder unvermittelt Entwicklungsthemen wie Aggression, Angst, Sexualität und Erotik. Narzisstische Bedürfnisse werden im Rollenspiel direkt und auf Spielebene ausgedrückt und befriedigt. Unbewusstes kommt offen zum Ausdruck und wird auf Spielebene verstanden und beantwortet. Interessant ist, dass die drei Grundannahmen BIONS thematisch aufgegriffen und in Szene gesetzt werden.

Nach BION löst die Gruppe bei ihren Teilnehmern Urängste aus, wie Melanie KLEIN sie für die psychische Entwicklung in den ersten Lebensjahren beschrieb. Auf der unbewussten Ebene des gruppendynamischen Prozesses werden diese Ängste in unterschiedlicher Weise abgewehrt. BION unterscheidet hierbei drei 'Grundannahmen'. Im Spiel der Kinder gilt zunächst, bis die Vertrauensfrage beantwortet und Anfangsrivalitäten durchgestanden sind, die erste Grundannahme der Abhängigkeit. Die Figur des Königs versinnbildlicht den alle versorgenden idealisierten Leiter, von dem die Gruppenmitglieder abhängig sind, weil er die unbewussten Ängste, Bedürfnisse und Aggressionen in Schach halten soll. Bis das Pferd Futter und Schutz bekommt, rivalisieren die Gruppenteilnehmer und alles ist chaotisch. Indem er Stellung bezieht und Verantwortung abgibt, wird der König entidealisiert und die dritte Grundannahme kommt ins Spiel: das idealisierte Paar, das den Erlöser und Retter zu Welt bringen soll. Durch Hoffnung, Liebe und Aggressionsverbot sollen die unbewussten Ängste vor Kontakt und Auseinandersetzung bezwungen werden. Das: „Küssen, jetzt Küssen!“ erfolgt mit Scheu, aber nicht ohne Heftigkeit. Die Spieler werden in der Mittelphase kreativer, gestalten ihre Rollen aus und erfinden neue Figuren. Bisherige Beobachter beteiligen sich nun aktiv. Mit den Auseinandersetzungen um die Geburt des Kindes, werden die Erlöserfantasien entkräftigt. Die Gruppe der Kinder verbündet sich gegen einen Außenfeind. Kampf und Flucht, die zweite Grundannahmeposition nach BION, werden nun in Szene gesetzt, immer wieder unterbrochen von kreativen und mutig-selbstbewussten Einfällen und Darstellungen einzelner Kinder. Wichtig in der Trennungsphase, die in diesem Spiel ja keine wirkliche Trennung ist, gilt es zu berücksichtigen, dass Erlebtes nicht rückgängig gemacht wird, Trennungsangst

und Trennungswut ausgesprochen und bearbeitet werden können. Im Kampf gegen den bösen Drachen, verteidigen die Kinder ihr Königreich, das sie sich im Spiel erschaffen haben.

Mit einiger Berechtigung könnte man dieses Geschehen auch ödipal deuten. Aber es kommt uns hier weniger auf eine ausführliche Diskussion von Deutungsmöglichkeiten an, als zu zeigen, wie die Gruppendynamiken der verschiedenen Gruppen den Kindergartens in diesem Spiel aufeinander treffen.

Ergebnisse und Interpretation

Die Dynamik der Elterngruppe und das Spiel der Kinder – Wechselwirkungen und Widerspiegelungsphänomene

Ähnlich wie die Mutter zum Gruppensprecher des Unmuts in der Elterngruppe wurde, der vorher nur vermittelt artikuliert werden konnte, ergreift ihr Sohn einen Tag später die Initiative in der Kindergruppe – unterstützt vom vertretenen Gruppenleiter. In den Wochen und Tagen zuvor kam es zu keiner ähnlichen Spielsequenz. Ein kontinuierliches freies Rollenspiel war in der Gruppe der Kinder über einen längeren Zeitraum nicht zustande gekommen. Als Mutter und Stiefvater ihrer Aggression Raum geben, kann Emil sich im Königsspiel mit konstruktiver Aggression seine Rolle erobern. Emil hat in seiner frühen Kindheit viel Gewalt (mit-)erleben müssen und kam als extrem ängstliches und zurückhaltendes Kind mit vielen Eigenarten in den Psychoanalytischen Kindergarten. Im dargestellten Spiel tritt er deutlich aus der Position des scheuen Kindes heraus: Er ist ein guter König, Bestimmer und Beschützer. Er lässt zu, dass seine Untertanen sich entwickeln. Die Prinzessin darf heiraten und ein Kind bekommen, der Ritter darf in den Kampf ziehen und sogar der gefürchtete liebe Drache darf böse, stark und mächtig werden. Die Gleichzeitigkeit von liebem und bösem Drachen repräsentiert auch die Toleranz, Freundliches und Destruktives in einem Objekt verkörpert zu finden, Destruktion wird nicht verleugnet, sondern kann neben dem Liebsein akzeptiert werden.

Setzen sich die Eltern mit der neuen Kindergartenleiterin und den Elterngruppenleitern auseinander, so kommt in unserem Beispiel auch in der Kindergruppe auf der Spielebene eine aggressive Leiterauseinandersetzung mit dem Erzieher zustande. Er wird als böser Drache bekämpft. Über die Mannigfaltigkeit von Leiterauseinandersetzungen in Kindergruppen konnten wir bisher keine Literatur finden. Aus Beobachtungen, Erlebnissen und Berichten aus der Supervision kennen wir jedoch verschiedene Inszenierungen: Manchmal wird

der Leiter umgebracht, wieder zum Leben erweckt, er wird gegessen und wieder zusammengesetzt, er wird an den Baum gebunden und wieder befreit. Es hat den Anschein, als würde getestet werden, inwieweit dieser Mensch spürbar ist, ob man bei ihm im Stich gelassen wird oder ob er den Ängsten und Aggressionen der Kinder stand hält, wobei wir die archaische Angst als das primäre Phänomen ansehen..

Wie die Elterngruppe insgesamt durch die Leiter-Auseinandersetzung, die Frau E. – nach gruppendynamischem Verständnis stellvertretend für alle Eltern des Kindergartens – führte, von dieser Auseinandersetzung profitierte und sich in den folgenden Sitzungen intensiver auf die eigene gruppendynamische Auseinandersetzung einlassen konnte, so klärte Emil stellvertretend für die Kindergruppe die Frage, ob die Kinder ernst genommen werden und ihre Stärken leben dürfen, ob die Gruppe nun ohne Leitung und verlassen wäre, oder ob da nicht noch ein Erwachsener ist, der sie in ihrer Angst und Wut versteht, aushält, schätzt und schützt.

Nach WINNICOTT beginnt das Selbsterleben, indem das Kind sich im Gesicht der Mutter erkennt, die ihm in ihrem Blick zurückspiegelt, was sie sieht. „Die Mutter schaut das Kind an, *und wie sie schaut, hängt davon ab, was sie selbst erblickt*“ (WINNICOTT 1973, S. 182). „Psychotherapie hat im weitesten Sinne die Funktion des Gesichts, das widerspiegelt, was sichtbar ist. [Wenn diese Arbeit gelingt, kann der Patient] sein eigenes Selbst finden, leben und sich als real erleben.“ (WINNICOTT 1973, S. 188). Nach gruppendynamischem Verständnis übernimmt die Gruppe diese Spiegelfunktion. Vielleicht lassen sich unbewusste Widerspiegelungsprozesse zwischen der Eltern- und der Kindergruppe im besten Sinne so als Prävention und Wiedergutmachung verstehen.

Integrative Entwicklungsförderung unter gruppendynamischem Gesichtspunkt

Emil, der König im Spiel der Kinder, ist eines der Integrationskinder seiner Gruppe. Als Grenzperson, die oft die Angst, Wut und Bedürftigkeit der Kindergruppe agiert oder ausdrückt, wird in der Supervision oft über ihn gesprochen. In der Rolle des Königs zeigt er, wie viel Integrationsleistung ihm selbst inzwischen bereits möglich ist. Er erlebt sich mit seinen konstruktiven Fähigkeiten als tragend für die Gruppe. Auch den anderen 'Integrationskindern', die noch nicht so lange zur Gruppe gehören, gelingt es, sich für eine gewisse Zeit am Spiel zu beteiligen, Ängste zu überwinden und im Gerangel der rivalisierenden Mitspieler eine eigene Rolle zu gestalten. Als Grenzpersonen sind sie

bedeutender Teil des gesamten Spiels und Gruppenprozesses. Die Auseinandersetzung um die Gruppengrenzen und die kreativen Entwicklungsschritte im Spiel werden verinnerlicht und bedeuten auf individueller Ebene einen Zuegewinn an Abgrenzungsfähigkeit gegenüber und eine nachholende oder Weiterentwicklung der zentralen Humanfunktionen, d. h. der Fähigkeit mit Angst und Aggressionen umzugehen und Selbstwertgefühl, Frustrationstoleranz, Gruppenfähigkeit, Kreativität und Sexualität zu entwickeln.

Aufgabe des Erziehers in der gruppendynamischen Entwicklungsförderung ist es, das Spiel und die Gruppenbildung zu unterstützen. Im Königspiel autorisierte und unterstützte er Emil als Spielleiter und half, die übrigen Kinder in das Spiel zu integrieren. Erst spät bot er sich auch als Mitspieler an und übernahm die Rolle des bösen Drachen. Er zog die Aggressionen auf sich und trägt damit die Angst der Kinder, vielleicht zu zerstörerisch zu sein. Er hilft bei Verletzungen und spendet Trost, ließ sich dann aber ungekränkt als böser Drache wieder vertreiben. Gut und Böse können in seiner Person integriert erlebt werden.

Wenn auch die Vertreter einer integrativen Pädagogik sich für die Gruppe als Ort sozialen Lernens stark machen, so wird – wie auch in der psychoanalytischen Pädagogik – die identitätsbildende Funktion der Gruppenerfahrung nicht reflektiert und genutzt. Entwicklungsförderung wird als heilpädagogische oder analytische Einzelmaßnahme definiert. Unser Beispiel veranschaulicht die grundlegende Bedeutung, die darüber hinausgehend eine gruppendynamische Sicht- und Arbeitsweise für die integrative Entwicklungsförderung haben kann.

Abschließende Bemerkungen

In Kindergruppen hat der Erwachsene viel Verantwortung und daher auch Angst. Andererseits sind die Kinder in ihrer Persönlichkeit noch schwächer als Erwachsene. Sie sind mehr angewiesen auf Schutz und Grenzen und wollen lernen (Wissensvermittlung und Erfahrungsangebot), sie sind aber auch leicht zu manipulieren und zu ängstigen.

Verdeutlichen wollten wir hier das unbewusste Zusammenspiel zwischen elterlicher und kindlicher Entwicklung, zwischen Elterngruppe und Kindergruppe, wobei sich auch die gängigen Gefahren abzeichnen: Kinder als die in ihren Ich-Grenzen offeneren Personen artikulieren eher die Not, als sie der Erwachsene in sich wahrnimmt. Man kann auch sagen, die Not des Erwachsenen wird unbewusst an das Kind delegiert. Auch dies kann man am Verlauf der drei

Elternabende erkennen.

Zu emotionalen Lernprozessen kann es nur kommen, wenn die verinnerlichten destruktiven und defizitären Erfahrungen und daraus resultierende negative Erwartungen nicht bestätigt werden, d. h. wenn es zur Begegnung kommt und nicht zum Schlagabtausch oder zum Diktat.

Über die Bedeutung von Widerspiegelungsprozessen zwischen Kinder- und Elterngruppe für die Entwicklung von Vertrauen schreibt DOLDINGER 1996 in einem Vortrag zum 20-jährigen Bestehen des Kindergartens:

Den Eltern fällt es immer wieder schwer, das Verhalten der Kinder mit Konflikten in der Familie in Zusammenhang zu bringen und im Elternabend darüber zu sprechen. Das Sprechen darüber macht eine Grenzöffnung und auch Vertrauen in die Gruppe erforderlich. Erst wenn die Eltern und Erzieher erleben, dass die Auflösung eigener Konflikte im Elternabend die beginnenden Symptomatik der Kinder zum Verschwinden bringt, werden sie mutiger in ihren Mitteilungen. (DOLDINGER 1996, S. 8)

Mirroring and Unconscious Interdependent Effects among Children and Parents Groups – Group Work in a Psychoanalytic Preschool

Marie Therese Kaufmann (München), Astrid Thome (Augsburg)

Mirror imaging means the reflection of group dynamics and general psychological processes in other connections than those in which they were generated. To this subject belong the psychoanalytically described phenomena of transference, counter-transference and more generally expressed the phenomenon of empathy. BALINT was the first to describe and work with mirroring processes between groups. With the following example, we try to illustrate how two different groups in an institutional framework perform their own group dynamic processes, intertwined with unconscious mirroring phenomena.

Emil is playing the king. The other children join in and take their roles as servant, knights, a horse, a princess and the good dragon. The king marries the princess to a knight and lays out rules for their married life. A child is to be born and the question, where it might come out, is being discussed. The king rules with justice, protects his subjects and does not permit a horse to be misused as a scapegoat. The teacher is to become an evil dragon which is being fought and conquered—all in all an integrated and integrating play, which by chance was video-taped in the group-dynamically designed and supervised psychoanalytic preschool 'Purzelbaum' of the DGG (German Association for

Group Dynamics and Group Psychotherapy) in Munich. In this preschool there are two children groups, each with 15 children, five of whom are in need of additional individual psychotherapeutic care or special-needs sessions. The concept of the preschool intends to understand the group dynamics of the children's group and the role each child plays in it. Through unconscious mirroring processes constructive and dysfunctional or deficient aspects of their families' dynamics become visible and accessible. Following group dynamic principles in the weekly team supervision meetings we try to sensitize the preschool teachers in their perception of these processes and in their working with them. The parents' group meets every fortnight. During the sessions the parents have the opportunity to ask questions, to express their wishes and to criticize. Feelings of guilt as well as envy and jealousy between parents and teachers or the conscious and unconscious fantasies about the children can be verbalized. The aim is to widen the children's psychic and group-dynamic developmental conditions by understanding and changing the mechanisms underlying the group dynamics of their families such as repetition compulsion, passing on of transgenerational traumas or the dynamics of frequent neglect.

In the parents' group that met the evening before the role play described above took place, the new head of the preschool had been openly and vehemently criticized for the first time. Emil's parents played a decisive part in this argument, testing out whether or not the group and the institution were trustworthy. The parents' concern, even though dramatized, was accepted by the head of the preschool who admitted her fault and thus proved to be reliable. The next day, like his parents in the parents' group, Emil became the protagonist in the children's role play. A game, as complex, integrating and creative as the 'king story', had not taken place for some time. Through the parents struggle for trust and confidence in their group process, the children's group was enabled to develop and express its own needs. Every child took a specific role and went through an individual experience according to his or her own developmental needs, while the group as a whole could express in a symbolic way that it was in need of a reliable teacher—a new, leading pedagogue was to begin her work with the group the following day.

LITERATUR

- Ammon, Gisela (1973a): Gruppendynamik und Selbsterfahrung im Kindergarten. In: G. Ammon (Hrsg.): *Analytische Gruppendynamik*; S. 283-292. Hamburg: Hoffmann, Campe.
- (1979): *Psychoanalytische Kindergärten und psychoanalytische Pädagogik*. In: G. Ammon: *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie* Bd. 1; S. 678-733. München: Reinhardt.

- Ammon, Günter (1979): Gruppendynamisches Prinzip. In: G. Ammon (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Band 1; S.160-187. München: Reinhardt.
- (1982). Biologische und neurophysiologische Aspekte der Dynamischen Psychiatrie. In: G. Ammon (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Band 2; S.89-350. München: Reinhardt.
- Bauer, J. (2005): Warum ich fühle, was du fühlst. Hamburg: Hoffmann, Campe.
- Brisch, K. H. (1999): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Bindungstherapie. Stuttgart: Klett-Cotta
- DGG (Deutsche Gesellschaft für Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie; Hrsg.) (o. J.): Das Konzept der psychoanalytischen Kindergärten der DGG: München.
- Doldinger, D. (1996): Grenzentwicklungen im Psychoanalytischen Kindergarten. Vortrag zum 20-jährigen Bestehen des Kindergartens Purzelbaum (unveröfftl.)
- Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Downing, G. (1996): Körper und Wort in der Psychotherapie. München: Kösel.
- Ekstein, R.; Wallerstein, R. S. (1958): The Teaching and Learning of Psychotherapy. New York: Basic Books.
- Ermann, M. (2000): Gegenübertragung. In: W. Mertens, B. Waldvogel: Handbuch Psychoanalytischer Grundbegriffe; S. 226-232. Stuttgart: Kohlhammer.
- Federn, E. (1994): Supervision in der psychoanalytischen Sozialarbeit. In: Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit (Hrsg.): Supervision in der psychoanalytischen Sozialarbeit; S. 12-20. Tübingen: edition diskord.
- Fonagy, P., Target, M. (2006): Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hurry, A. (Hrsg.) (2002): Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern. Frankfurt a. M.: Brandes, Apfel.
- Lakotta, B. (2005): Die Natur der Seele. *Der Spiegel* Nr. 16, S. 176-189.
- Lazar, R. (1991): 10 Jahre Babybeobachtung – ein Rückblick. Babybeobachtung nach der Methode von Dr. Esther Bick. Arbeitskreis DGPT / VAKJP für analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, Heft 4, S. 47-82.
- Lorenzer, A. (1985): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Papousek, M., Schieche, M. und Wurmser, H. (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Bern: Huber
- Rizzolatti, G., Craighero, L., Fadiga, L. (2003): The mirror system in humans. In: M. Stamenov, V. Gallese (eds.): Mirror Neurons and the Evolution of Brain and Language; pp. 37-59. Amsterdam: John Benjamins.
- Schore, A. (2003): Affect dysregulation and disorders of the self. New York: Norton.
- Winkelmann, U. (Hrsg.) (2000): Aggression mal konstruktiv. Eschborn: Klotz.
- Winnicott, D. (1973): Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung. In: Gisela Ammon (Hrsg.): Psychoanalytische Pädagogik; S. 180-189. Hamburg: Hoffmann, Campe
- Zulliger, H. (1970): Heilende Kräfte im kindlichen Spiel. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Marie Therese Kaufmann ist Dipl.-Psych., PPT, Psychoanalytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Gruppendynamikerin. Seit 2002 Leitung der Elterngruppe des Psychoanalytischen Kindergartens 'Purzelbaum' in München.

Autorenadressen: Marie Therese Kaufmann • Liszt-Str. 20 • 81677 München
Astrid Thome • Martin-Luther-Platz 2 • 86150 Augsburg

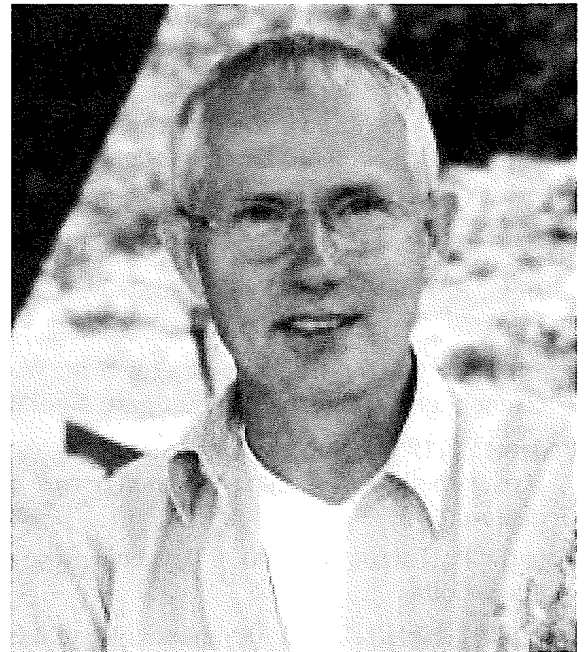
Nachrichten

Prof. Dr. med. Klaus-Dieter Dresler

2. August 1950 – 18. März 2007

Wir trauern um Klaus-Dieter Dresler, der nach schwerer Krankheit am 18. März dieses Jahres im Kreise seiner Familie verstorben ist.

Er teilte mit einigen von uns eine intensive Zeit gemeinsamer Ausbildung, Arbeit und Freundschaft am Institut der DAP in Berlin. Besonders die gruppendynamischen Tagungen im Tagungszentrum der DAP in Paestum, Süditalien, waren für ihn ein Ort wichtiger persönlicher Erfahrungen, Begegnungen und besonderer Energie.



Klaus Dresler war Dozent am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP und unterrichtete mit dem für ihn charakteristischen profunden Fachwissen und Enthusiasmus. Als Arzt, Sozialpsychiater und Hochschullehrer des sozialwissenschaftlichen Fachbereichs der Fachhochschule Jena übernahm er eine Vielzahl verantwortungsvoller Aufgaben und schuf und gestaltete neue Initiativen und Programme der Sozialpsychiatrie, leistete Arbeit in einem Feld, die hohen Einsatz, Freude und Kreativität erfordert. In seinem direkt-menschlichen Engagement verband er Pragmatik, Wissen und Freude an der Lehre, was ihn für die meisten seiner Studenten, Mitarbeiter und Mitlehrenden zu einer wichtigen zentralen Person werden ließ, zu einem gelegentlich auch ungeduldgigen Ruhepol, von dem energische Zielstrebigkeit, Freundschaft, Offenheit und Zugewandtheit ausgingen.

Er hinterlässt gute Freunde und Kollegen, die ihm in den verschiedenen Phasen seines facettenreichen Lebens begegneten, seine Frau und vier Kinder. Wir werden ihn sehr vermissen.

Die Redaktion