

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Günter Ammon

Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte der
psychoanalytischen Gruppentherapie

Harold Kaye and Clifton E. Kew

Reactions of an On-Going Therapy Group to the
Temporary Introduction of a Co-Therapist

Luiz Miller de Paiva

Abwehrmechanismen in der therapeutischen Gruppe.
Die introjektive Identifikation mit dem thanatotischen
Objekt

David W. Morgan †

Analytische Gruppen-Therapie für Therapeuten und deren
Ehefrauen

Hans A. Illing

Analytische Gruppentherapie mit Ehepaaren

6. Jahrgang

4. Heft 1973

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

21

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) e. V.

6. Jhg., 4. Heft 1973, Nr. 21

Herausgegeben von Günter Ammon
unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma — D. Anzieu, Paris — R. Barnes, San Antonio — L. Bellak, New York — G. Benedetti, Basel — G. R. Bloch, Los Angeles — J. Cremerius, Freiburg — Th. Dosužkov, Praha — R. Ekstein, Los Angeles — A. A. Fischer, Utrecht — S. H. Foulkes, London — Th. Freeman, Antrim — A. Garma, Buenos Aires — K. E. Godfrey, Topeka — J. L. Gonzales, Mexico City — G. H. Graber, Bern — F. Hacker, Wien/Beverly Hills — F. Hansen, Oslo — G. Hidas, Budapest — H. Illing, Los Angeles — I. Jakab, Belmont — H. W. Janz, Hannover — M. Khan, London — E. Linnemann, København — A. E. Meyer, Hamburg — G. Murphy, Washington — S. Nacht, Paris — G. J. Rose, Rowayton — E. Rosenblatt, Santiago — W. Schmidbauer, München — W. Schulte †, Tübingen — H. Searles, Chevy Chase — E. Servadio, Roma — D. Shaskan, Los Angeles — V. Smirnoff, Paris — T. C. Sinha, Calcutta — J. Sutherland, Edinburgh — V. Tähkä, Helsinki — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase — W. Th. Winkler, Gütersloh — W. Z. Winnik, Jerusalem — E. D. Wittkower, Montreal.

	Seite
<i>Günter Ammon</i> (Berlin)	
Ich-psychologische und gruppensdynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie	207
Ego-Psychological and Group Dynamic Aspects of Psychoanalytic Group Psychotherapy	227
<i>Harold Kaye</i> (London) and <i>Clifton E. Kew</i> (New York)	
Reactions of an On-Going Therapy Group to the Temporary Introduction of a Co-Therapist	231
Reaktionen in einem gruppenpsychotherapeutischen Prozeß auf die zeitweilige Anwesenheit eines Co-Therapeuten	235
<i>Luiz Miller de Paiva</i> (São Paulo)	
Abwehrmechanismen in der therapeutischen Gruppe. Die introjektive Identifikation mit dem thanatotischen Objekt	238
Defense Mechanisms in Group Therapy. Introjective Identification of the Thanatotic Object, the False Ego and Beta-Screen	246
<i>David W. Morgan</i> †	
Analytische Gruppen-Therapie für Therapeuten und deren Ehefrauen	249
Analytic Group Therapy for Therapist and Wife	255
<i>Hans A. Illing</i> (Los Angeles)	
Analytische Gruppentherapie mit Ehepaaren	258
Analytic Grouptherapy with Married Couples	263
Buchbesprechungen/ <i>Book Reviews</i>	265
Nachrichten	271

This journal is regularly listed in *Current Contents* and *Social Science Citation Index*
GW ISSN 0012-740X

Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie *

Günter Ammon

Mehr als eine bloße Erweiterung der klassischen Analyse hat die psychoanalytische Gruppentherapie vor allem die Aufgabe, den Patienten im Rahmen der Gruppe eine nachholende Ich-Entwicklung zu ermöglichen. Die therapeutische Gruppe stellt dabei ein Erfahrungsfeld bereit, das einerseits eine Regression bis in die Anfangsphase der Ich-Entwicklung erlaubt, wie sie auch andererseits die Realsituation der aktuellen Lebens- und Arbeitsgruppen der Patienten darstellen kann. Der Prozeß der nachholenden Ich-Entwicklung bewegt sich zwischen diesen beiden Polen, wobei die gruppendynamische Ebene des therapeutischen Prozesses als „Matrix“ der Ich-Entwicklung einen wesentlichen Aspekt des Geschehens darstellt, der in die Arbeit systematisch mit einbezogen und interpretiert wird.

Voraussetzung für die therapeutische Arbeit in der Gruppe ist das Entstehen einer Gruppengrenze, deren Aufbau durch die Auswahl und die Zusammenstellung der Mitglieder, den Gruppenvertrag, die szenische Anordnung der therapeutischen Situation und die Funktion des Therapeuten als „zentrale Figur“ ermöglicht wird. Die Gruppengrenze dient als Vorbild für die Ich-Grenze ihrer einzelnen Mitglieder, sie dient der dauernden Erprobung der Unterscheidung von innen und außen, von pathologischem und der Realität angemessenem Verhalten. Als integrativer Faktor der therapeutischen Situation ist sie Ausdruck der Gruppenidentität, deren Fortdauer und Entstehen die unentbehrliche Voraussetzung für die Durcharbeitung der Konflikt- und Übertragungsdynamik darstellen.

In der Frage der therapeutischen Technik vertritt der Autor eine flexible Kombination der verschiedenen Interpretations- und Interventionsstrategien. Je nach der aktuellen Gruppensituation kann die Interpretation der Gruppe als ganzer, die Interpretation des einzelnen in der Gruppe und die Deutung der wechselseitigen Übertragungsbeziehungen im Vordergrund stehen.

Die psychoanalytische Gruppentherapie erscheint zunächst als eine bloße Erweiterung der Standardsituation der klassischen Analyse. Zwar tritt an die Stelle einer Zwei-Personen-Situation eine Vielpersonensituation, aber die therapeutische Arbeit folgt doch beide Male den gleichen Prinzipien. Der Analytiker erkennt in der spezifischen Dynamik der interpersonellen Beziehungen im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation den Ausdruck unbewußt gewordener intrapsychischer Konflikte und Spannungen der Patienten, die vergangenen Lebenssituationen entstammen und durch Verinnerlichung eine sekundäre pathologische Autonomie gewonnen haben, die sich im Wiederholungszwang manifestiert. Durch die Deutung von Übertragung und Widerstand bemüht sich der Therapeut um die Erhellung des Zusammenhanges, der das Hier

* Vorabdruck aus: Günter Ammon, Hrsg., Gruppenpsychotherapie — Beiträge zur Theorie und Technik der Schulen einer psychoanalytischen Gruppentherapie, Hoffmann & Campe, Hamburg, 1973, i. Vorb.

und Jetzt der aktuellen mit dem Damals und Dort der vergangenen Lebenssituation der Patienten verbindet.

Aber die Situation der therapeutischen Gruppe bezeichnet nicht allein eine Erweiterung der Standardsituation der klassischen Analyse, sie verändert auch deren Struktur und erfordert daher eine spezifische Technik der Interpretation und der therapeutischen Intervention.

An die Stelle der bipersonalen Beziehung der klassischen Analyse, die durch besondere Regeln und Techniken das Entstehen einer kanalisiert, auf den Therapeuten konzentrierten Übertragungsbeziehung forciert, tritt in der therapeutischen Gruppe eine Vielpersonensituation, die ein ganzes Geflecht gleichzeitiger, einander überlagernder und wechselseitig beeinflussender interpersoneller Beziehungen entstehen läßt, welches die Dynamik der Übertragungsbeziehung auf charakteristische Weise verändert. Zu diesem Geflecht gehören die Beziehungen, welche die Patienten untereinander und jeweils zum Therapeuten entwickeln, die Beziehungen zwischen den einzelnen Patienten und der Gruppe insgesamt und die Beziehung, welche die ganze Gruppe zum Therapeuten entwickelt. In all diesen einander wechselseitig beeinflussenden Beziehungen können Übertragung und Widerstand der einzelnen Patienten und der ganzen Gruppe sich manifestieren, und die Dynamik all dieser interpersonellen Vorgänge muß in die analytische Arbeit mit einbezogen werden.

Die Gruppe als ganze bildet dabei, wie *Foulkes* (1948, 1965) gezeigt hat, als Netz der interpersonellen Beziehungen eine Art „Matrix“, die sich in einer spezifischen Gefühlsatmosphäre, in der Spannung und der Temperatur des Gruppenklimas manifestiert. Sie ist der „Mutterboden“, aus dem die individuellen Phantasien und die interpersonellen Interaktionen in der Gruppe hervorgehen und in den sie einmünden. Der „Raum zwischen den Individuen“ ist mit anderen Worten als eine dynamische Größe zu verstehen, die alles Verhalten in der Gruppe beeinflusst und prägt.

Das Erleben und Verhalten in der Gruppe, wie es sich in den Interaktionen ihrer Mitglieder manifestiert, ist daher eingebettet in das psychodynamische Kräftefeld der Gruppe insgesamt, das *Lewin* (1947) in seinen grundlegenden Forschungen erstmals der direkten Beobachtung zugänglich gemacht hat.

Jede individuelle Äußerung, sei sie verbal oder nonverbal, enthält eine Mitteilung über den einzelnen, der sich dadurch artikuliert, über die Beziehung, die er zu anderen Mitgliedern der Gruppe unterhält, und über die Gruppe selbst, in deren Rahmen er sich äußert. Die analytische Aufgabe besteht darin, gerade diesen wechselseitigen Zusammenhang der intrapsychischen, interpersonellen und gruppenspezifischen Aspekte

aller Vorgänge in der Gruppe der Einsicht und der bewußten Gestaltung zugänglich zu machen.

Die psychoanalytische Gruppentherapie, wie ich sie verstehe und praktiziere, ist daher keine „Psychoanalyse *in* der Gruppe“, wie sie z. B. von *Slavson* (1960) und von *Wolf* und *Schwartz* (1962) entwickelt wurde, die den Einzelnen in der Gruppe behandeln. Sie ist auch keine „Psychoanalyse *der* Gruppe“, wie sie etwa von *Bion* (1961) entwickelt wurde, der die ganze Gruppe in ihrem Verhalten wie eine Person auffaßt und interpretiert, eine Technik, die vor allem von den an *Melanie Klein* (1952) orientierten Gruppentherapeuten praktiziert wird (vgl. *Grinberg*, 1956; *Gonzales*; *Quevedo*, 1969).

Während die Vertreter einer „Psychoanalyse *in* der Gruppe“ die Manifestationen der unbewußten Gruppendynamik vor allem als Gefahr für die eigentliche, jeweils bipersonal strukturierte analytische Arbeit ansehen, als einen antitherapeutischen Faktor, der durch eine aktive Strukturierung der Situation so weit wie möglich ausgeschaltet werden soll, beschränken *Bion* und seine Schüler sich bewußt auf eine analytische Interpretation des gruppenspezifischen Aspektes der Interaktion in der Gruppe, d. h. sie arbeiten mit einer bipersonalen Beziehung zwischen Gruppe und Therapeuten.

Ich selbst begreife die psychoanalytische Gruppentherapie als eine Methode, welche die unbewußte Dynamik der Gruppenprozesse auf allen Ebenen der interpersonellen Beziehungen in den Dienst der therapeutischen Arbeit stellt.

Deren Ziel besteht meines Erachtens in einer kontinuierlichen Erhellung des psychodynamischen Zusammenhangs, durch den das individuelle Verhalten der einzelnen Patienten sowohl mit der unbewußten Dynamik der Gesamtgruppe als auch mit ihren verschiedenen interpersonellen Ebenen verbunden ist. Ähnliche Auffassungen werden von *Foulkes* (1948, 1965) und *Heigl-Evers* (1968) und *Heigl* (1972) vertreten.

Die Dynamik des therapeutischen Prozesses selbst erfordert dabei meines Erachtens ein Konzept, welches die verschiedenen theoretischen und therapeutisch-praktischen Ansätze der Gruppenforschung flexibel miteinander verbindet.

Ebenso wie in den Interaktionsprozessen in der Gruppe intrapsychische, interpersonelle und gruppenspezifische Vorgänge einander wechselseitig durchdringen und bestimmen — wobei der eine oder der andere Aspekt zu verschiedenen Zeiten des therapeutischen Prozesses dominieren kann — ebenso muß auch die analytische Interpretation diesen Zusammenhang berücksichtigen und entsprechend der Gewichtsverteilung der einzelnen Faktoren, wie sie sich im Hier und Jetzt der Situa-

tion beobachten lassen, den einen oder den anderen Aspekt betonen und der Bearbeitung zugänglich machen.

Entsprechend der Dynamik, die der therapeutische Prozeß der Gruppe und ihrer einzelnen Mitglieder im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation entfaltet, kann deshalb die Arbeit mit einem einzelnen Patienten in der Gruppe, die Interpretation des Verhaltens der Gruppe insgesamt oder die Dynamik der interpersonellen Beziehungen der Patienten untereinander stärker in den Vordergrund treten und die Art und Weise von Interpretation und Intervention bestimmen.

Der therapeutische Prozeß der Gruppe entfaltet sich im Rahmen eines gruppodynamischen Geschehens, in dem wir verschiedene Ebenen unterscheiden können.

1. Die Ebene der primärprozeßhaften Gruppenprozesse: Diese sind insbesondere von *Bion* (1961) erforscht worden. Er konnte zeigen, daß das Verhalten der Gruppe auf dieser Ebene des Geschehens im wesentlichen durch unbewußte Projektionen bestimmt wird, die er als Abwehr archaischer Ängste begreift, wie sie nach *Melanie Klein* (1952) mit den frühesten psychischen Entwicklungsstufen verbunden sind. Er hat diese unbewußten Projektionen als Grundeinstellungen (basic assumptions) beschrieben und sieht in ihnen den Ausdruck einer außerordentlich tiefgehenden Regression, in deren Verlauf die einzelnen Mitglieder der Gruppe die Kohärenz ihrer Persönlichkeit zu verlieren fürchten. In diesem Sinne stellt er fest: „Individuelle Bestimmtheit ist kein Teil des Lebens in einer Gruppe, die auf der Basis einer Grundeinstellung agiert“ (zit. nach *Heigl-Evers*, 1972).

Ich meine, daß wir die primärprozeßhafte Dynamik der unbewußten Gruppenvorgänge als ein direktes Abbild der frühesten Formen der Wahrnehmung und der Interaktion in der Symbiose von Mutter und Kind begreifen dürfen. Das Kind ist in dieser frühesten Lebenszeit noch nicht in der Lage, zwischen Selbst und Nicht-Selbst zu unterscheiden und zwischen Ich und Nicht-Ich zu trennen. Es erlebt die Mutter als Teil seiner selbst, und Projektion und Identifikation sind in dieser Situation die ersten Manifestationen jener primär gegebenen Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und der Kreativität, die im weiteren Verlauf der psychogenetischen Entwicklung des Kindes einer fortschreitend präziseren und differenzierteren Abgrenzung von Ich und Nicht-Ich dienen werden (vgl. *Ammon*, 1970, 1972). *Spitz* (1955) hat dafür durch die genaue Erforschung der Interaktion zwischen Mutter und Kind in der frühen Symbiose wichtige Hinweise geben können. Er beschreibt die Situation mit einem treffenden Ausdruck als „Welt der Urhöhle“. Meines Erachtens kann die Gruppe auf der Ebene ihrer primärprozeßhaften Dynamik diese „Welt der Urhöhle“ repräsentieren. In diesen Zusammenhang gehört auch die von vielen Therapeuten beobachtete

Tatsache, daß die Gruppe als ganze von ihren einzelnen Mitgliedern als Mutter erlebt wird (*W. Schindler, 1966*).

Es ist diese früheste Ebene der Kommunikation, welche die Gruppensituation für die Therapie der schwereren Ich-Störungen so besonders geeignet macht (vgl. *Ammon, 1970*). Die Gruppe erlaubt sozusagen eine Regression bis hin zu einer Auflösung der Grenzen zwischen Ich und Nicht-Ich und in diesem Sinne hat sie die von *Foulkes (1965)* beschriebene Funktion eines gemeinsamen Nährbodens für die Phantasien und Interaktionen ihrer Mitglieder.

2. Den anderen Pol bildet die sekundärprozeßhaft erlebte und gestaltete Gruppensituation, die als direktes Abbild der aktuellen Lebenssituation wahrgenommen werden kann. Die Gruppe bildet auf dieser Ebene sozusagen ein „gruppensituationales Laboratorium“ für die experimentierende Interaktion ihrer Mitglieder.

Das Erlebnis des Sehens und Gesehenwerdens, des Beschreibens der anderen und des Beschriebenwerdens dient der kontinuierlichen Aufrechterhaltung der Realitätskontrolle, durch die gerade die Ich-schwachen Patienten sehr gestärkt werden können. Die Gruppe repräsentiert in ihrem Realaspekt die Gesellschaft selbst.

3. Die „Pluralität“ der Gruppensituation (*Heigl-Evers, 1972*) stellt mit anderen Worten ein Erfahrungsfeld bereit, das sowohl die Situation der Symbiose, die „Welt der Urhöhle“, repräsentieren als auch die Real-situation der aktuellen Lebens- und Arbeitsgruppen der Patienten darstellen kann. Zwischen diesen beiden Polen kann die Gruppensituation im Rahmen der jeweils dominierenden Übertragungsdynamik zum Schauplatz sämtlicher Konfliktkonstellationen ihrer einzelnen Mitglieder werden, die daher im Rahmen der Gruppe erkannt und bearbeitet werden können. Sie kann in diesem Sinne auch als Repräsentanz der Primärgruppe erlebt werden und zur Bühne ödipaler Übertragungen und unbewußter Geschwisterrivalität werden. Die therapeutische Gruppe stellt auf dieser Ebene die Familiengruppe dar (vgl. *W. Schindler, 1951*).

Die verschiedenen hier kurz umrissenen Ebenen des therapeutischen Gruppenprozesses und die ihnen entsprechende Dynamik der Interaktion können nicht starr getrennt werden. Sie durchdringen sich im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation auf jeweils spezifische Weise, wobei die einzelnen Mitglieder der Gruppe entsprechend ihrer persönlichen Konfliktgeschichte am therapeutischen Gruppenprozeß beteiligt sind.

Ich möchte im folgenden den therapeutischen Gruppenprozeß als Prozeß einer nachholenden Ich-Entwicklung im Medium der Gruppe untersuchen. Zunächst lassen sich ein Ich-psychologischer und ein gruppensituationaler Aspekt dieses Prozesses voneinander unterscheiden. Ich

möchte jedoch betonen, daß es sich dabei lediglich um verschiedene Seiten desselben Geschehens handelt.

1. Bezogen auf den einzelnen Patienten verstehe ich die therapeutische Gruppe als Ort einer nachholenden Ich-Entwicklung, in deren Verlauf der Patient durch Regression und Übertragung und durch deren kontinuierliche Interpretation Einsicht in seine unbewußten Konflikte gewinnt und im Zuge einer Reintegration seiner Persönlichkeit lernt, mit diesen Konflikten bewußt und konstruktiv umzugehen. In diesem Ich-psychologischen Sinne handelt es sich darum, den einzelnen Patienten beim Aufbau flexibler *Ich-Grenzen* (Federn, 1952; Ammon, 1971; v. Kries, 1971, 1972) zu unterstützen, die ihm eine von irrationalen Schuldgefühlen freie Abgrenzung und fortschreitende Erweiterung seiner eigenen Ich-Identität und eine gelingende Kommunikation mit der inneren und der äußeren Welt erlauben.

2. Bezogen auf die Gruppe als ganze verstehe ich den therapeutischen Prozeß als ein interpersonelles Geschehen, in dessen Verlauf die Gruppe mehr und mehr in die Lage kommt, die nachholende Ich-Entwicklung ihrer einzelnen Mitglieder korrespondierend zu begleiten, d. h. als Ort dieser nachholenden Ich-Entwicklung tatsächlich zu funktionieren. In diesem gruppodynamischen Sinne geht es um den Aufbau flexibler *Gruppengrenzen* (vgl. Ammon, 1972), welche der Gruppe insgesamt eine konstruktive Abgrenzung von der Umwelt erlauben und ihr ermöglichen, sich im Rahmen dieser Gruppengrenze mit den Konflikten ihrer einzelnen Mitglieder, wie sie im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation deutlich werden, auf bewußter und unbewußter Ebene auseinanderzusetzen.

3. Mit der Ausbildung der Gruppengrenzen wird die therapeutische Gruppe sowohl in ihrer Struktur als auch in der wechselnden Dynamik ihrer Interaktionsprozesse zu einer gleichzeitig realen und symbolischen Verkörperung des Ichs ihrer einzelnen Mitglieder in seinen bewußten und unbewußten Anteilen. Ebenso wie das Ich der einzelnen Patienten ist dabei auch die Gruppe als eine flexible und dynamische Einheit zu verstehen, die sich aus einer Vielzahl verschiedener psychischer Operationen zusammensetzt.

4. Die therapeutische Gruppe erfüllt damit für die nachholende Ich-Entwicklung ihrer einzelnen Mitglieder die gleiche Funktion, wie die Primärgruppe der Familie sie für die Ich-Entwicklung des Kindes übernimmt.

Beide Male, d. h. sowohl bei der Ich-Entwicklung des Kindes als auch bei der nachholenden Ich-Entwicklung der Patienten, handelt es sich um ein interpersonelles Geschehen, in dessen Verlauf die Primärgruppe bzw. die therapeutische Gruppe das sich entwickelnde Ich in der Ent-

faltung und Differenzierung seiner Ich-Funktionen unterstützen müssen, indem sie ein „facilitating environment“ (*Winnicott, 1972*) bereitstellen, welches dem einzelnen bei der Abgrenzung und Erweiterung seiner Ich-Identität behilflich ist.

5. Wie die Primärgruppe, so hat auch die therapeutische Gruppe als Ort der nachholenden Ich-Entwicklung vor allem die Aufgabe, das sich entwickelnde Ich des Kindes bzw. das regredierte Ich des Patienten zu schützen, indem sie wesentliche Ich-Funktionen der Abgrenzung, der Realitätskontrolle, der Integration zunächst stellvertretend übernimmt, um dem sich entwickelnden Ich die Möglichkeit zu geben, diese Ich-Funktionen allmählich schrittweise selbst zu übernehmen und in eigener Verantwortung auszuüben.

Wenn ich diese Gemeinsamkeit in der Funktion von Primärgruppe und therapeutischer Gruppe hier hervorhebe, dann geschieht das, um deutlich zu machen, daß die Ebene des gruppodynamischen Geschehens nicht etwas ist, was zu der psychischen Dynamik des Individuums zu irgendeinem Zeitpunkt, z. B. beim Eintritt in eine besondere Gruppe, hinzutritt, um wieder zu verschwinden, sobald der einzelne die Gruppe verläßt und sich in die Privatheit zurückzieht. Ich meine vielmehr, daß die unbewußte Dynamik der Gruppe immer schon, von Geburt an, und in mancher Hinsicht bereits in der pränatalen Zeit, alles psychische Geschehen beeinflusst und prägt, so daß mit Recht gesagt werden kann, daß psychische Prozesse immer interpersonelle Prozesse und in diesem Sinne auch gruppodynamische Prozesse sind (vgl. *Ammon, 1973; Foulkes, 1948*).

Die Bedeutung, welche diese gruppodynamischen Prozesse als Faktor jeder Form der Psychogenese haben, ist bisher sowohl von seiten der Gruppodynamik als auch seitens der psychoanalytischen Gruppentherapie meines Erachtens zu wenig gewürdigt worden. Sie bildet jedoch den Schlüssel zum Verständnis der scheinbar individuellen Psychopathologie wie auch der Gruppenphänomene überhaupt. Beispiele dafür liefert sowohl die Erforschung der pathogenen Dynamik sogenannter schizophrenogener Familien und der Familiengruppen später depressiv-psycho-tisch reagierender Patienten (vgl. *Bateson et al. 1969; M.B. Cohen et al., 1954*) als auch die Erforschung der Entstehung und Funktion von Gruppenideologien (vgl. *Ammon, 1972*).

Erst wenn wir verstehen, daß die Gruppe als soziales Gebilde nicht erst dann entsteht, wenn fertige Individuen sich zusammenschließen, sondern daß die Gruppe im wörtlichen Sinne die „Matrix“ (*Foulkes*) jeder psychischen Entwicklung darstellt, erst dann können wir die verschiedenen Ebenen der Gruppenprozesse, von denen oben die Rede war, als Ausdruck jeweils entwicklungsspezifischer Phasen der Wahrnehmung und der Erfahrung der Gruppe begreifen, welche in diesem Zusammen-

hang die grundlegende Einheit aller biologischen, psychischen und sozialen Lebensprozesse darstellt.

Scheidlinger (1968) hat in einer Arbeit über die Regressionsprozesse in der Gruppe zu diesem hier angeschnittenen Problem eine dezidiert andere Position bezogen, die uns helfen kann, das Problem zu verdeutlichen. Er vertritt die Auffassung, daß psychologische Vorgänge wie Regression, Identifikation, Phantasiebildungen und Haßgefühle per definitionem individualpsychologische Vorgänge bezeichnen, und er stützt diese Auffassung darauf, daß diese psychischen Prozesse an die physikalisch-physiologische Realität des individuellen Organismus gebunden seien.

Die Gruppe dagegen sei keine physikalische, sondern eine soziale und psychologische Realität. Meines Erachtens enthält diese Feststellung weniger eine Antwort als vielmehr gerade das ganze Problem. Denn die durch den biologisch-physiologischen Zusammenhang gegebene funktionelle Einheit des Organismus konstituiert noch kein Individuum. Wie *Spitz* (1946, 1956) in seinen berühmt gewordenen Beobachtungen gezeigt hat, und wie *Harlow* und *Harlow* (1966) in ihren Versuchsreihen demonstrieren konnten, ist selbst die Entwicklung grundlegender organischer Funktionen an die Voraussetzung einer gelingenden Interaktionsgeschichte in der frühesten Lebenszeit gebunden. Ohne eine solche Erfahrung sind auch Tiere nicht in der Lage, ihr grundlegendes Instinktiverhalten zu entwickeln, und das menschliche Kind ist unter den Bedingungen einer frühestkindlichen Hospitalisierung ebenfalls von psychischer und organischer Desintegration bedroht. Diese tritt als irreversibles Geschehen ein, sobald eine gewisse Toleranzgrenze überschritten ist.

Dieser kurze Exkurs soll deutlich machen, daß die Realität der Gruppe als der entscheidenden Lebenseinheit nicht als eine Konstruktion begriffen werden sollte, welche organisztisch individualpsychologische Begriffe auf die Gruppe überträgt.

Aber auch umgekehrt darf uns die Erkenntnis, daß die Matrix der Gruppe jedem individuellen Entwicklungsprozeß vorhergeht — das Kind wird in eine Gruppe hineingeboren — nicht dazu verleiten, die Beeinflussung, welche das sich entwickelnde Ich durch die unbewußten Gruppenprozesse erfährt, als Vorgang einer einseitigen mechanischen Prägung zu verstehen, denn jedes Kind verwandelt auch die Lebensprozesse der Gruppe, in die es hineingeboren wird.

Meines Erachtens geht es gerade darum, die Geschichte und die Dynamik der *wechselseitigen* Interaktionen zu erforschen, in deren Verlauf das sich entwickelnde Kind sowohl in die Gruppe, der es angehört, hineinwächst und zu ihrem Mitglied wird, als auch seine eigene unverwechselbare Identität in der Gruppe abgrenzt und ausbildet und sich von

ihr loslöst und emanzipiert bzw. die Gruppe verändert. Dieser wechselseitige Zusammenhang ist es, dessen Interpretation in der therapeutischen Gruppe dazu dient, die nachholende Ich-Entwicklung der einzelnen Patienten und den gruppenspezifischen Prozeß der ganzen Gruppe fortlaufend miteinander zu integrieren und der bewußten Einsicht und Gestaltung zugänglich zu machen.

Gruppendynamik und Ich-Entwicklung, wie ich sie verstehe, sind daher zwei Aspekte *eines* Geschehens, das sich auf verschiedenen bewußten Ebenen in Form manigfacher interpersoneller Interaktionen prozeßhaft entfaltet. Es ist die Aufgabe der therapeutischen Praxis, einerseits die Integration der verschiedenen intrapsychischen, interpersonellen und gruppenspezifischen Aspekte dieses Geschehens und andererseits ihre fortschreitende Differenzierung zu ermöglichen. Keinesfalls dürfen die einzelnen Aspekte theoretisch und praktisch voneinander isoliert und verabsolutiert werden (vgl. dazu bes. *Ammon*, 1973; *Arsenian* und *Semrad*, 1951; *Bach*, 1954; *Schmidbauer*, 1973).

Ich möchte nun zurückkehren zu den besonderen Problemen, mit denen uns die nachholende Ich-Entwicklung in der therapeutischen Gruppe konfrontiert.

Zunächst ist es von besonderer Wichtigkeit, daß überhaupt eine Gruppe entsteht, die als ein gruppenspezifisches Feld ihre therapeutische Aufgabe wahrnehmen kann. Sie sollte nicht weniger als acht und in der Regel nicht mehr als zwölf Mitglieder haben. Die Zahl acht bildet also meines Erachtens die untere Grenze. Bei weniger Mitgliedern kann sozusagen kein gruppenspezifisches Medium für den therapeutischen Prozeß entstehen. Für die Vertreter einer Psychoanalyse *in* der Gruppe bildet sie daher auch häufig die Höchstgrenze.

Nach meinen Erfahrungen ist es günstig, wenn die Zusammensetzung der Gruppe so heterogen wie möglich ist, hinsichtlich der durch die einzelnen Mitglieder repräsentierten Symptomatik, hinsichtlich ihrer Hautfarbe, ihres Geschlechtes, ihrer Religion, Nationalität, Interessen, Berufe usw. Dagegen sollte hinsichtlich des Alters und des Intelligenzgrades eine gewisse Homogenität in der Gruppe da sein.

Die Zusammensetzung der Gruppe erfolgt im Rahmen einer gründlichen Voruntersuchung der Mitglieder und wird geleitet von dem Gesichtspunkt, daß sowohl der Therapeut sich mit jedem einzelnen Patienten bis zu einem gewissen Grade identifizieren kann — und zwar jenseits von Übertragung und Gegenübertragung —, und daß auch die Gruppenmitglieder sich miteinander und mit dem Therapeuten bis zu einem gewissen Grade identifizieren können. Wichtig ist, daß Patienten mit spezifischer Symptomatik, also etwa extreme Schweiger, Stotterer, sexuell Perverse usw., nicht allein in einer Gruppe sind, sondern zumindest noch einen Patienten mit ähnlicher Symptomatik in der Gruppe

finden können. Einerseits sollen die Patienten in der Gruppe in der Lage sein, sich soweit miteinander identifizieren zu können, daß sie eine Gruppe bilden können, andererseits sollen die in ihr vertretenen Krankheitsbilder ein möglichst vielfältiges Spektrum bilden, dessen Reichhaltigkeit und Farbigkeit den Gruppenprozeß entscheidend fördern kann.

Wie bereits oben ausgeführt, hat die Gruppe für ihre einzelnen Mitglieder die entscheidende Funktion, eine Gruppengrenze bereitzustellen, in deren Rahmen und in deren Schutz die einzelnen Patienten sich eine Regression gestatten können, indem sie wesentliche Ich-Funktionen der Abgrenzung, der Kontrolle und der Integration an die Gruppe delegieren.

Alle Schritte in der Anfangsphase dienen daher dem Aufbau einer solchen flexiblen und kohärenten Gruppengrenze. Eine wichtige Funktion dabei erfüllt der Gruppenvertrag, den die Mitglieder in der ersten Sitzung schließen. Dieser Vertrag verpflichtet die einzelnen Patienten zur regelmäßigen Teilnahme an den Sitzungen, er regelt die Entrichtung des vereinbarten Honorars, verpflichtet die Mitglieder der Gruppe auf ein absolutes Schweigegebot hinsichtlich aller Dinge, die in der Gruppe zur Sprache kommen, er verbietet freundschaftliche oder intime Kontakte der Mitglieder der Gruppe außerhalb der Therapie. Als eine Art Über-Ich der Gruppe dient er der Herstellung und Absicherung der Basis der gemeinsamen Arbeit. Er sichert die Vollzähligkeit und Kontinuität der Gruppe und sichert sie durch das Schweigegebot nach außen hin ab. Nach innen, im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation, gilt die Aufforderung, ohne Rückhalt alles frei auszusprechen. Die szenische Anordnung der Situation — die Mitglieder der Gruppe und der Therapeut sitzen im Kreis nebeneinander und einander gegenüber — bringt das Programm der Gruppe zum Ausdruck, nämlich einen geschützten „interpersonellen Innenraum“ zu bilden, und stellt das Hauptinstrument der Gruppe, die Gruppengrenze, räumlich plastisch, körperlich dar.

Im Laufe der Strukturierungsphase — d. h. während der ersten vier bis acht Wochen — wird die Zusammensetzung der Gruppe gründlich überprüft. Offensichtliche Außenseiter, die in der Gruppe keine Resonanz finden können, oder Patienten, welche alle Aufmerksamkeit zwanghaft monopolisieren und in der Gruppe keinen Widerpart finden, werden aus der Gruppe herausgenommen (vgl. *R. Schindler*, 1968, 1971). Sie können zumeist in andere Gruppen integriert oder aber in Einzeltherapie behandelt werden. Auf diese Weise werden die Voraussetzungen für das Entstehen einer „gemeinsamen Gruppenspannung“ geschaffen, wie *Ezriel* (1952) den besonderen Aggregatzustand treffend bezeichnet hat, in dem die Gruppe sich selbst fühlen und wahrnehmen kann.

Die Situation einer derart konstituierten therapeutischen Gruppe entfaltet nun eine charakteristische doppelte Dynamik. Der deutliche Realitätscharakter der Situation dient einer kontinuierlichen Aufrechterhaltung der Realitätskontrolle und wird daher besonders von den Ich-schwachen Patienten als Unterstützung erfahren. Andererseits enthält das Erlebnis des engen Zusammenseins im Sinne von „presence and contact“ (Semrad, 1963) eine starke Aufforderung zur Regression, die, wie oben bereits erwähnt, archaische Ebenen erreichen kann. In dem Spannungsfeld zwischen diesen beiden Ebenen entfaltet sich der therapeutische Prozeß, in dessen Verlauf unter den Gruppenmitgliedern eine Polarisierung eintritt in eine mehr neurotische Untergruppe, die eher der Realitätsebene der Gruppensituation zugeordnet ist, und in die Untergruppe der ich-schwächeren, mehr psychosenahen Patienten, die sozusagen den Regressionspol der Gruppe verkörpern.

Aus dieser durch die verschiedenen Ebenen des gruppodynamischen Geschehens gegebenen Polarisierung ergeben sich die spezifischen Möglichkeiten der psychoanalytischen Gruppentherapie.

Im interpersonellen Innenraum der Gruppe verändern die archaischen Abwehrmechanismen der Projektion abgespaltener Ich-Anteile auf andere Mitglieder der Gruppe, bzw. der Identifikation mit diesen, ihre Funktion. Sie werden direkt zum Vehikel des therapeutischen Prozesses. Denn die Patienten, die aufgrund ihrer Ich-Schwäche häufig nicht in der Lage sind, ihr eigenes Verhalten zu beobachten und ihre Gefühle zu reflektieren, können doch zumeist das Verhalten ihrer Mitpatienten mit großer Genauigkeit wahrnehmen und deuten. Die Gruppe als ganze bekommt dadurch sozusagen die Funktion eines Spiegels, der die Persönlichkeit und das Verhalten ihrer einzelnen Mitglieder mit vielen Facetten reflektiert und von allen Seiten beleuchtet und sichtbar macht, wobei die Betonung einzelner Züge unterschiedlich ist und je nach der Situation wechseln kann. Durch das verbale und vor allem auch nonverbale „feedback“ (vgl. dazu vor allem Berger, 1958) ermöglicht die Vielpersonensituation der Gruppe eine kontinuierliche Konfrontation der Patienten mit den verschiedensten Aspekten ihres Verhaltens.

Im Hier und Jetzt der Situation wird dadurch die Gruppe zu einer vielschichtigen Bühne für die Darstellung der infantilen und der aktuellen Konfliktsituation ihrer Mitglieder. Dabei ermöglicht die Gruppe ein Umgehen der archaischen Abwehrmechanismen, die insbesondere für die schwerer gestörten Patienten oft lebenswichtig sind. Sie ermöglicht z. B. auch ein schweigendes Partizipieren am therapeutischen Prozeß. Patienten, die selbst nicht in der Lage sind, über ihre Gefühle und Konflikte zu sprechen, können sich mit anderen Patienten identifizieren, und sie können die Reaktion, die diese durch ihr Verhalten von seiten der Gruppe und der Therapeuten hervorrufen, auf sich beziehen.

Dieses Wiedererkennen im anderen ist meines Erachtens einer der zentralen therapeutischen Mechanismen, welche durch die Gruppe ermöglicht werden. Er sollte durch eine geeignete Interpretationstechnik, die alle Vorgänge in der Gruppe auch auf diese selbst bezieht, gefördert werden.

Die Gruppe kann aber nur dann zur Bühne der unbewußt gewordenen Konflikte ihrer Mitglieder werden, sie kann nur dann ihre Spiegelfunktion wahrnehmen und ein Wiedererkennen im anderen ermöglichen, wenn sie selbst als ganze sich abgrenzen und für ihre einzelnen Mitglieder ein beobachtendes und reflektierendes „Gruppen-Ich“ bilden kann. Erst im Schutze eines solchen Gruppen-Ichs kann die Regression der einzelnen Patienten zu einer konstruktiven Regression werden, die Einsicht und Verständnis findet und hervorruft. Hierin liegt meines Erachtens auch der wesentliche Unterschied zu den Massenphänomenen, wie sie von den Autoren des 19. Jahrhunderts studiert und beschrieben wurden und in denen vor allem die Bedrohung der Kohärenz der individuellen Persönlichkeit hervorgehoben wurde (vgl. vor allem *Le Bon*, 1895). Wie wichtig die Funktion der Gruppengrenze für das Entstehen eines therapeutischen Prozesses ist, zeigt das Beispiel nicht fachgerecht zusammengestellter, sondern eher zusammengewürfelter Gruppen, die bereits in der Anfangsphase wieder zerfallen. In diesen Gruppen kann eine gemeinsame, der Abgrenzung dienende Gruppengrenze nicht aufgebaut werden. Ihre einzelnen Mitglieder, die sich miteinander nicht in ausreichendem Maße identifizieren können, können daher auch nicht als Hilfs-Ichs füreinander fungieren. Die Gruppe als ganze muß daher jeder Regression mit starrer Abwehr begegnen, sie kann deshalb auch als therapeutische Gruppe nicht arbeiten.

Im Prozeß der therapeutischen Gruppe ist es häufig die gemeinsame Wendung der ganzen Gruppe gegen den Therapeuten, die anzeigt, daß die Gruppe kohärente Grenzen ausgebildet hat. Die Übertragungsdynamik, die sich dann zu entfalten beginnt, trägt nach meinen Beobachtungen in der Regel zunächst ausgesprochen symbiotischen Charakter. Vor allem die Probleme der Abhängigkeit, der Angst vor dem Verschlungenwerden, der Angst vor Vernichtung und die Konfliktdynamik der destruktiven Aggression stehen im Vordergrund.

Ein Beispiel, das für viele andere steht, bietet die folgende Gruppensituation aus der Anfangsphase einer therapeutischen Gruppe. Die Situation der Gruppe in den ersten Sitzungen war lange Zeit bestimmt worden durch monologisierende Beiträge einzelner Gruppenmitglieder, ohne daß sich ein kohärentes Gruppenthema ausbildete. Es gab sehr viel Schweigen und oftmals entstand eine lähmende Müdigkeit. Als der Therapeut dann in einer Sitzung mit erheblicher Verspätung erschien, schloß die Gruppe sich gegen ihn zusammen. Die einzelnen Mitglieder

brachten eine Fülle von Erinnerungen an ihre Mütter, von denen sie sich eingeengt gefühlt hatten, die alles verboten und viel geschlagen hatten. In den Mittelpunkt trat dann die Erinnerung an Mütter, die als bedrohlich, fressend und kontrollierend erlebt worden waren und die als Spinnenmütter bezeichnet wurden. Zur Sprecherin der Gruppe wurde in dieser Phase eine psychosomatisch reagierende Patientin, die selbst eine große Schmuckspinne auf ihrem Kleid trug.

Dies war der Punkt, wo der Therapeut die Gruppe als ganze ansprach und die symbiotisch archaische Mutterübertragung interpretierte, in der die Identitätsangst dieser Gruppe ihren Ausdruck fand. Ein solches Ansprechen der ganzen Gruppe durch den Therapeuten dient in dieser Phase vor allem dem Aufbau der entstehenden Gruppengrenze, welche auch gegenüber dem Therapeuten entsteht, von dem die Gruppe sich bedroht fühlt und von dem sie andererseits gerade auch Hilfe in ihrer Angst vor sich selbst erwartet.

Darüber hinaus hat der Therapeut in dieser Phase des Gruppenprozesses vor allem die Aufgabe, die Intaktheit der Gruppengrenze zu garantieren. Wendet sich die Gruppe im Zuge einer Abwehr ihrer eigenen unbewußten Angst gegen ihr schwächstes Mitglied oder gegen einen möglichen Außenseiter in der Gruppe, um ihn anzugreifen und womöglich aus der Gruppe hinauszudrängen, dann muß der Therapeut sich schützend vor dieses Gruppenmitglied stellen und die Aggression der Gruppe auf sich ziehen, um sie dadurch zu einigen.

Der Schutz des schwächsten Mitgliedes ist auch deshalb wichtig, weil dieses Mitglied regelmäßig den unbewußten Konflikt verkörpert und zum Ausdruck bringt, der die gesamte Gruppe beschäftigt. Jede Gruppe ist nur so stark wie ihr schwächstes Mitglied, können wir sagen, und es ist die Aufgabe des Therapeuten, dafür zu sorgen, daß die Gruppe hierfür ein Gefühl bekommt und lernt, Konflikte nicht durch Abspaltung — d. h. durch Ausschluß von Mitgliedern — lösen zu wollen, sondern zu bearbeiten.

Das Problem des Außenseiters in der Gruppe stellt sich also verschieden. Zu Beginn, in der Strukturierungsphase, bildet der Anfangsaußenseiter, wie wir ihn nennen können, ein Hindernis für das Entstehen eines kohärenten Gruppenzusammenhanges, er zieht alle Aufmerksamkeit auf sich, ohne daß sich daraus eine tatsächliche Gruppenarbeit entwickeln kann. Aus diesem Grunde wird er aus der Gruppe herausgenommen und kommt zumeist in eine andere Gruppe, wo er eine andere Rolle haben kann.

Der Außenseiter aber, der erst im Prozeß der Gruppe entsteht, verkörpert in der Regel bereits ein Gruppenproblem. Seine Entfernung aus der Gruppe wäre daher gleichbedeutend mit einer Amputation, welche die Arbeit der Gruppe nicht ermöglicht, sondern verhindert. Überhaupt

kann gesagt werden, daß im Rahmen des laufenden Gruppenprozesses die einzelnen Gruppenmitglieder entsprechend ihrer dominierenden intrapsychischen Konfliktsituation jeweils dann zum Sprecher der Gesamtgruppe werden, wenn dieser Konflikt im Zuge des unbewußten Gruppenprozesses thematisiert wird.

Patienten, die einen starken Autoritätskonflikt in die Gruppe bringen, werden in dem Augenblick ihr Problem in der Gruppe artikulieren, wo die Gruppe als ganze einen Autoritätskonflikt in der Auseinandersetzung mit dem Therapeuten oder der Institution erlebt, in deren Rahmen sie zusammenkommt. Eine starke Gruppenangst dagegen wird zum Beispiel die psychosenahen Gruppenmitglieder vorübergehend psychotisch reagieren lassen. Ihre Abwehrformationen können der in der Gruppe virulenten Angst am wenigsten widerstehen. Durch ihre Reaktion aber bringen sie der Gruppe ihren unbewußten Konflikt zu Bewußtsein und ermöglichen damit seine Bearbeitung.

In diesem Sinne können wir sagen, daß die Patienten ihre jeweils spezifische Symptomatik gewissermaßen als Mitgift in die Gruppe bringen und damit den Erfahrungs- und Wahrnehmungsbereich der Gruppe insgesamt bereichern.

Ein Beispiel soll dies kurz verdeutlichen: In eine bereits laufende Gruppe wurde ein amerikanischer psychotisch reagierender Patient aufgenommen, der wegen seiner paranoischen Ängste von Mitgliedern eines Wohnheimes in meine Praxis gebracht wurde. Er hörte Stimmen, die ihn als Muttermörder verfolgten, und hatte die Vorstellung, daß die gesamte Polizei der USA ihn verfolge.

Die Gruppe reagierte auf diesen Patienten und sein Verhalten anfangs mit starker Angst und schwieg. Als ich dem Patienten sagte, daß die Gruppe Angst vor ihm habe, reagierte er mit Verblüffung. Die schwächsten Patienten der Gruppe konnten daraufhin ihre Ängste davor ausdrücken, ähnlich die Kontrolle zu verlieren. Der Patient fand dadurch eine Brücke. Er konnte seine diffusen Ängste vor der Gruppe allmählich als Kindheitsängste erleben und erkennen und aus der psychotischen Reaktion herauskommen. Kurze Zeit später konnte er in die USA zurückkehren, um dort seine Therapie fortzusetzen. Die ganze Periode dauerte etwa ein Vierteljahr.

Dieses Beispiel, in dem die Arbeit mit einem einzelnen Patienten eine Zeitlang im Mittelpunkt des Gruppenprozesses steht, macht deutlich, daß die Gruppe insgesamt durch eine solche zeitweilige Konzentration auf ein Einzelproblem im Sinne einer Fokalthherapie bereichert wird. Der deutliche Ausdruck der Ich-Schwäche des Patienten gibt den schwachen Mitgliedern der Gruppe die Möglichkeit der Artikulation. Dem kranken Einzelnen wird dadurch erlaubt, seine mit Angst reagierenden Mitpatienten zu beruhigen und gewissermaßen zu beraten, was seine

eigenen gesunden Ich-Anteile stärkt. Die Gruppe als ganze aber erfährt eine Erweiterung ihres Vorstellungs- und Artikulationsvermögens.

Deutlich wird auch, wie wichtig eine möglichst heterogene Zusammensetzung der Gruppe ist, die nämlich eine für die Gesamtgruppe bedeutsame Untergruppenbildung ermöglicht. Diese Untergruppen, wie sie sich im Prozeß des Gruppengeschehens permanent bilden und verschieben, erfüllen sozusagen die Funktion besonderer Organe der Gruppengrenze bzw. des Gruppen-Ichs, die jeweils zur Bearbeitung akut auftretender Konfliktsituationen entstehen.

Die Bildung und Verschiebung der Untergruppen ist ein differentialdiagnostisches Instrument von großer Präzision, das über die Dynamik der Gesamtgruppe ebenso Aufschluß gibt wie über die Position, welche die einzelnen Mitglieder in dem Spannungsfeld der Gruppe einnehmen, d. h. ob sie eher dem neurotischen Pol oder dem der schwerer Ich-kranken Patienten zugeordnet werden müssen. Die Konfliktspezifität der wechselnden Untergruppen erlaubt darüber hinaus eine differentialdiagnostische Beurteilung der verschiedenen Persönlichkeitsbereiche der einzelnen Patienten. Diese selbst aber haben durch die Bildung der Untergruppen im Rahmen der Gesamtgruppe die Möglichkeit zu einem vielfältigen Rollenwechsel und einem damit verbundenen Wechsel von Passivität und Aktivität, der für ihre nachholende Ich-Entwicklung sehr bedeutsam ist.

Auf der anderen Seite aber sind die Untergruppen immer auch auf die Gruppengrenze der Gesamtgruppe bezogen, ein Umstand, der durch die Interpretation bewußt gemacht werden muß. In diesem Sinne können wir sagen, daß alle Interaktionsprozesse in der Gruppe als jeweils verschiedene Beiträge zur Herstellung, Aufrechterhaltung und Flexibilisierung der Gruppengrenze begriffen werden können, wobei die Gruppengrenze in drei Bereichen aufgebaut wird, gegenüber der Außenwelt, gegenüber dem Therapeuten und gegenüber der konfliktuösen, in der Übertragung erneuerten Vergangenheit ihrer einzelnen Mitglieder.

Indem die Gruppe daran arbeitet, ihre Grenzen gegenüber diesen Bereichen ständig neu zu bestimmen, wird das Problem der Ich-Abgrenzung und der Identität der einzelnen Patienten permanent thematisiert. Diese haben dadurch die Möglichkeit, ihre konstruktiven Ich-Funktionen kontinuierlich zu üben und dadurch zu stärken und zu differenzieren.

Auf eine wichtige therapeutische Technik, welche durch die Gruppe ermöglicht wird, möchte ich an dieser Stelle hinweisen. Die Gruppe erlaubt es dem Therapeuten, Patienten, die auch in der Gruppe nicht in der Lage sind, ihre starre Abwehr aktiv zu durchbrechen, durch eine psychodramatische Darstellung ihrer inneren Objekte in der Gruppe die Externalisierung ihrer Konflikte zu ermöglichen. Basis dieser Technik

ist eine genaue Analyse der Gegenübertragung im Hier und Jetzt der Situation. Insofern handelt es sich um eine psychoanalytisch begründete Technik, im Unterschied zu mehr kathartischen Verfahren. Der Therapeut konfrontiert durch eine psychodramatische Technik, wie ich sie informell in die psychoanalytische Gruppenarbeit integriere, den einzelnen Patienten und die Gruppe mit einem unbewußten Konflikt, nicht allein mit dem Ziel eines kathartischen Erlebnisses. Vielmehr wird auf diese Weise die Gruppe aufgefordert, sich selbst aktiv um eine analytische Erhellung des demonstrierten Konflikts zu bemühen. Die therapeutische Intervention betritt hier direkt die Ebene einer primärprozeßhaften Kommunikation, um den Patienten hinter seiner Abwehrfront erreichen zu können.

Meines Erachtens ist es nicht nötig, die psychodramatische Technik in der Gruppe eigens zu formalisieren. Sie ergibt sich aus der Spontaneität des Gruppenprozesses und benutzt die sich anbietende Primärsprache in der Gruppe, wie sie als nonverbale Kommunikation den therapeutischen Prozeß kontinuierlich begleitet. Der Therapeut hat dann lediglich die Aufgabe, durch seine psychodramatische Demonstration dieses Geschehen aufzugreifen und sozusagen zuzuspitzen.

Die psychodramatische Technik arbeitet auf der primärprozeßhaften Ebene des Gruppengeschehens, um diese der sekundärprozeßhaften Reflexion und Bearbeitung zugänglich zu machen. Sie macht dabei im Rahmen der Gruppe Gebrauch von der Tendenz der Ich-kranken Patienten, ihre Konflikte traumhaft direkt in eine Realsituation auszuagieren.

Das Auftreten von Gruppenträumen, die Tatsache, daß in der Gruppe und von der Gruppe geträumt werden kann, ist dann ein wichtiges Indiz. Es zeigt einerseits an, daß kohärente Gruppengrenzen entstanden sind, und macht andererseits deutlich, daß der Träumer selbst diese Gruppengrenze als eigene Ich-Grenze internalisieren konnte. Jeder Traum, der in die Gruppe gebracht wird, ist daher zu verstehen als ein persönlicher Kommentar, eine Interpretation der unbewußten Dynamik des Gruppengeschehens. Er bringt zugleich die individuelle und die interpersonelle Dynamik des Träumers und der Gruppe insgesamt zum Ausdruck.

Nach der Bearbeitung ihrer primären Abgrenzungskonflikte gegenüber der Außenwelt, gegenüber dem Therapeuten und der Institution, in deren Rahmen die Gruppe sich trifft — die Bearbeitung dieser Problematik wird häufig übersehen, ist aber besonders wichtig, wenn der Gruppenprozeß nicht stagnieren oder gar auseinanderbrechen soll —, verläßt die Gruppe die Ebene der Symbiose und der „Urhöhle“ und schreitet fort zur Bearbeitung ihrer ödipalen Konflikte und der damit verbundenen libidinösen Problematik.

Die Patienten, die im Zuge der Anfangsphase ihre diffusen symbiotischen Übertragungsprozesse und insbesondere die damit regelmäßig

verbundene destruktive Aggression erinnert, wiederholt und durchgearbeitet haben, erreichen mit der Abgrenzung ihrer eigenen Ich-Identität einen Wendepunkt des therapeutischen Prozesses, der sich zumeist darin ausdrückt, daß sie ein deutliches Ich-Gefühl (*Federn*, 1952) erleben können, daß sie sich freuen können und sich existent fühlen. Die nun einsetzende ödipale Übertragungsdynamik trägt dann nicht mehr den Charakter einer archaischen Identitätsdiffusion, sondern bezeichnet bereits einen Konflikt hinsichtlich der sexuellen und sozialen Rolle des im wesentlichen abgegrenzten und stabilisierten Ichs.

Im Gruppenprozeß insgesamt findet dies darin seinen Ausdruck, daß anstelle der primärprozeßhaften Gruppenprozesse eine immer stärker sekundärprozeßhaft reflektierte Dynamik der interpersonellen Beziehungen in den Vordergrund tritt, wobei insbesondere auch der Therapeut bzw. das Therapeutenpaar hinsichtlich seiner sexuellen Rollen erlebt wird. Der Schritt von der präödipalen zur ödipalen Problematik ist natürlich nicht schematisch zu verstehen als ein eindeutiger und irreversibler Schritt der Gesamtgruppe, mit dem die Ebene der Symbiose endgültig verlassen wird. Die primärprozeßhafte Dynamik der Gruppenvorgänge verschwindet nicht einfach. Aber das reflektierende Instrumentarium, über das die Gruppe verfügt, wird doch fortschreitend reichhaltiger und differenzierter, wobei die einzelnen Mitglieder der Gruppe entsprechend ihrer jeweils spezifischen Krankheitssituation an diesem Prozeß partizipieren.

In Form der Gruppenmythologie, wie *Slater* (1970) sie detailliert beschrieben hat, wird außerdem die Erfahrung der Gruppe, ihre spezifischen Erlebnisse, Träume usw. in die aktuelle Gruppenkommunikation immer wieder mit eingebracht.

Besondere Bedeutung für ein Fortschreiten des therapeutischen Prozesses von der Ebene der symbiotischen Problematik zur differenzierteren Ebene der ödipalen Konfliktkonstellationen hat die Bearbeitung der destruktiv gewordenen Aggression. Erst die Bearbeitung dieser Pathologie der zentralen Ich-Funktion der primär konstruktiven Aggression (vgl. *Ammon*, 1970; *Schmidbauer*, 1972) ermöglicht eine strukturelle Veränderung der Ich-Struktur und kann dem Patienten eine schuldfreie Abgrenzung der eigenen Ich-Identität und deren kreative Erweiterung erlauben.

Die Durcharbeitung der destruktiven Aggression bildet daher regelmäßig den Wendepunkt im therapeutischen Prozeß und markiert den Schritt von einer bloßen Symptombeseitigung zur vordringlichen Arbeit am eigentlichen Identitätsproblem des Patienten.

Ich möchte mich nun einem Aspekt unseres Themas zuwenden, den ich bisher bewußt ausgespart habe: der Rolle und den verschiedenen

Funktionen, die der Therapeut im therapeutischen Prozeß der Gruppe erfüllt.

Der Therapeut, der die Gruppe zusammenstellt und mit ihr arbeitet, hat meines Erachtens vor allem die Aufgabe, gegenüber dem gruppenspezifischen Geschehen in seinen verschiedenen Aspekten und auf seinen verschiedenen Ebenen erfahrungsfähig zu sein und durch seine Interpretationen und Interventionen die therapeutische Zielsetzung der Gruppe zu verkörpern.

Die gruppenspezifischen Prozesse, die er beobachtet und interpretiert, sind kein therapeutisch-technisches Instrument in seiner Hand, sie sind Ausdruck eines Naturgeschehens, das sich in allen Gruppen abspielt, ob dies den Beteiligten bewußt ist oder nicht. Indem der Therapeut sich darum bemüht, dieses Geschehen dem Bewußtsein der Patienten zugänglich zu machen, arbeitet er daran, die Gruppe als Ort einer nachholenden Ich-Entwicklung funktionsfähig zu machen.

Seine Aufgabe ist dabei außerordentlich kompliziert. Er muß sich der Übertragungsdynamik aller einzelnen Mitglieder ihm gegenüber bewußt sein und muß zugleich die Übertragungsbeziehung erkennen, welche die Gruppe als ganze ihm gegenüber entwickelt.

Kemper (1973) hat darauf hingewiesen, daß jedes einzelne Gruppenmitglied einen Aspekt der Person des Therapeuten verkörpert und von diesem so erlebt wird. Der Therapeut wird auf diese Weise zur zentralen Figur (*Redl, 1963, 1971*) der Gruppe. Als solche erfüllt er insbesondere in der Anfangsphase des Gruppenprozesses eine entscheidende Funktion. Als gemeinsame Übertragungsfigur aller Mitglieder der Gruppe und der Gruppe insgesamt ist er die Person, welche den Zusammenhang der Gruppe und damit die Möglichkeit der Therapie überhaupt verkörpert. Er muß in seinem Verhalten zeigen, daß eine Kommunikation zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern möglich ist, indem er demonstriert, daß er selbst zwischen den verschiedenen Aspekten seiner Person, die in der Übertragung durch die einzelnen Mitglieder der Gruppe angesprochen und mobilisiert werden, eine gelingende Verbindung herstellen kann.

Im Unterschied zur klassischen Standardsituation der Psychoanalyse, die voraussetzt, daß der Patient kohärente Ich-Grenzen sozusagen mitbringt und daher über eine im wesentlichen funktionstüchtige, wenn auch neurotisch eingeschränkte Reflexionsfähigkeit verfügt, konfrontiert die therapeutische Gruppe den Therapeuten mit einer Situation, in der die Voraussetzung für eine therapeutische Arbeit mit Übertragung und Widerstand erst hergestellt werden bzw. entstehen muß. Das direkte Einbezogensein des Therapeuten in die therapeutische Situation, wie es in der szenischen Anordnung der Gruppe zum Ausdruck kommt, konfrontiert ihn dabei mit einer schwierigen Aufgabe, die ein hohes Maß

an Flexibilität und Festigkeit erfordert. Anstelle der kanalisierten Übertragungsbeziehung der klassischen Analyse arbeitet er mit einem vielfältigen Übertragungsgeflecht. Er muß daher vor allem seine Gegenübertragungsreaktionen einer ständigen Kontrolle unterziehen, um in seiner Erlebnisfähigkeit und in seinen Reaktionen im Hier und Jetzt der Situation nicht durch irrationale Ängste und Bedürfnisse eingeschränkt zu werden.

Andererseits bietet die Gruppensituation selbst dem Therapeuten die Möglichkeit dieser Kontrolle. Seine Mimik, seine Haltung, seine verbalen Interpretationen werden kommentiert, und die Reaktion der Gruppe selbst und ihrer Mitglieder gibt ihm ein dauerndes feed back.

Die Einführung von Co-Therapeuten ist eine weitere spezifische Möglichkeit, welche durch die Vielpersonensituation der Gruppe angeboten wird. Sie hat sich in mehrfacher Hinsicht als fruchtbar erwiesen. Sie dient der wechselseitigen Kontrolle in der therapeutischen Arbeit. Sie räumt darüber hinaus dem Therapeuten ein zusätzliches Maß an Unabhängigkeit ein.

Erkann sich im Hier und Jetzt der Gruppensituation zeitweilig zurückziehen, d. h. selbst einen Rollenwechsel vornehmen, er kann auch einmal der Gruppe fernbleiben, ohne diese ganz sich selbst zu überlassen. Die Gruppe überhaupt ohne Therapeuten tagen zu lassen, ist dann im weiteren Verlauf des therapeutischen Prozesses ebenfalls eine wichtige Form der therapeutischen Intervention, die dazu dient, die Gruppe sich selbst finden und erleben zu lassen (vgl. das Prinzip der „alternate sessions“ bei *Wolf* und *Schwartz*, 1962).

Die Gruppe aber bekommt durch die Einführung von Co-Therapeuten wichtige zusätzliche Übertragungsmöglichkeiten angeboten. Beide Therapeuten können durch ihre Form der Funktionsverteilung — ein Therapeut kann stärker konfrontieren, der andere eine mehr empathisch-schützende Funktion wahrnehmen — und ihrer Kooperation der Gruppe positive Identifikationsmöglichkeiten bieten. Sie werden sozusagen zu einem Vorbild für das therapeutische Bündnis. Voraussetzung ist natürlich, daß beide Therapeuten miteinander angstfrei kooperieren können und in der Lage sind, möglicherweise auftretende Rivalitäten rechtzeitig zu erkennen und zu bearbeiten.

Die Arbeit mit Co-Therapeuten und auch mit Beobachtern macht die therapeutische Gruppe zu einer hervorragenden Forschungssituation und zu einem wichtigen Instrument für die psychoanalytische Ausbildung. Die Basis aller psychoanalytischen Forschung, die teilnehmende Beobachtung und das Prinzip des „action-research“, d. h. die Erforschung einer Situation im Augenblick und durch die eingreifende Veränderung selbst, wird hier ausgeweitet und dadurch wissenschaftlich kontrollierbar (vgl. *Ezriel*, 1952).

Als Beobachter und Co-Therapeut kann der werdende Analytiker und Gruppenpsychotherapeut im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation von dem erfahrenen Therapeuten lernen und dessen therapeutische Strategie gleichzeitig prüfen. Er selbst kann umgekehrt in seiner therapeutischen Arbeit direkt beobachtet und korrigiert werden.

Die gruppenpsychotherapeutische Arbeit ist wegen dieser besonderen Lehr- und Lernmöglichkeiten daher auch geeignet, die allgemeine psychoanalytische Ausbildung durch Lehranalyse, Seminare usw. fruchtbar zu ergänzen. In den Ausbildungsrichtlinien der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. wird aus diesem Grunde die analytische Ausbildung obligatorisch mit einer gruppenpsychotherapeutischen Ausbildung verbunden.

Hier sei noch angemerkt, daß über den Rahmen der engeren Ausbildung hinaus die Gruppensituation auch ermöglicht, besuchenden Kollegen einen Einblick in die eigene therapeutische Arbeit zu geben und damit das wissenschaftliche Niveau der psychoanalytischen Arbeit und Forschung zu verbessern. Die Gruppen selbst erleben erfahrungsgemäß die Hinzuziehung von Ausbildungskandidaten und Co-Therapeuten ebenso wie den Besuch von Fachkollegen als eine Bereicherung ihrer Arbeit.

Zusammenfassend möchte ich sagen: Die psychoanalytische Gruppentherapie, wie ich sie vertrete, bemüht sich darum, den Patienten im Rahmen der Gruppe eine nachholende Ich-Entwicklung zu ermöglichen. Die therapeutische Gruppe stellt dabei ein Erfahrungsfeld bereit, das einerseits eine Regression bis in die Anfangsphase der Ich-Entwicklung ermöglicht und auf der Ebene der primärprozeßhaften Gruppenprozesse die „Welt der Urhöhle“ (*Spitz*, 1955) repräsentieren kann, wie sie auch andererseits die Realsituation der aktuellen Lebens- und Arbeitsgruppen der Patienten darstellen kann.

Der Prozeß der nachholenden Ich-Entwicklung bewegt sich zwischen diesen beiden Polen, und in seinem Verlauf bearbeitet die Gruppe die verschiedenen Stadien der Ich- und Triebentwicklung in nicht schematischer und jeweils spezifischer Reihenfolge. Dabei bildet die gruppendynamische Ebene des therapeutischen Prozesses als „Matrix“ (*Foulkes*, 1948, 1965) der Ich-Entwicklung einen wesentlichen Aspekt des Geschehens, der nicht als Störfaktor ausgeklammert, sondern im Gegenteil in die Arbeit systematisch mit einbezogen und interpretiert wird.

Die Gruppe als ganze wird im Zuge des therapeutischen Prozesses zu einer gleichzeitig realen und symbolischen Verkörperung des Ichs ihrer einzelnen Mitglieder sowohl in seinen bewußten als auch in seinen unbewußten Anteilen. Voraussetzung dafür ist das Entstehen einer Gruppengrenze, deren Aufbau durch die Auswahl und die Zusammenstellung der Mitglieder, durch die Punkte des Gruppenvertrages, die szenische

Anordnung der therapeutischen Situation und die Funktion des Therapeuten als „zentrale Figur“ (Redl, 1963, 1971) ermöglicht wird. Die Gruppengrenze dient auf allen Ebenen des therapeutischen Prozesses als Vorbild für die Ich-Grenze ihrer einzelnen Mitglieder, sie dient der dauernden Erprobung der Unterscheidung von innen und außen, von pathologischem und der Realität angemessenem Verhalten. Sie bildet den Schutzraum, in dem die Projektionen der Patienten als solche wahrgenommen und erlebt werden können. Sie ist selbstverständlich kein starres, sondern ein dynamisch-prozeßhaftes Gebilde, das sich ständig verändert und durch die Interaktion in der Gruppe kontinuierlich neu bestimmt wird.

Als integrativer Faktor der therapeutischen Situation ist die Gruppengrenze Ausdruck der Gruppenidentität, die im Laufe des therapeutischen Prozesses durch die Bearbeitung der Konflikte ihrer Mitglieder zwar ständig neu bestimmt wird im Sinne einer Ausweitung und Differenzierung, deren Entstehen und Fortdauer jedoch die unentbehrliche Voraussetzung für die Bearbeitung der Konflikt- und Übertragungsdynamik darstellt. Die Gruppengrenze ist damit ein Ausdruck des therapeutischen Bündnisses, das die Mitglieder der Gruppe mit dem Therapeuten und untereinander schließen und das sie im Laufe der konfliktuösen Auseinandersetzungen in der Gruppe immer wieder erneuern. Besondere Bedeutung hat dabei die Durcharbeitung der mit der symbiotischen Übertragungsdynamik immer verbundenen destruktiv gewordenen Aggression. Sie bildet in der Regel den Wendepunkt des therapeutischen Prozesses und ermöglicht dessen progrediente Entfaltung.

In der Frage der therapeutischen Technik vertrete ich eine flexible Kombination der verschiedenen Interpretations- und Interventionsstrategien.

Je nach der aktuellen Gruppensituation kann die Interpretation der Gruppe als ganzer, die Interpretation des Einzelnen in der Gruppe und die Deutung der wechselseitigen Übertragungsbeziehungen im Vordergrund stehen.

*Ego-Psychological and Group Dynamic Aspects of
Psychoanalytic Group Psychotherapy*

Günter Ammon

Psychoanalytic group therapy is more than a technical extension of the classical analytic method. Group situation is a specific dynamic situation with new dimensions and new possibilities. For the author it is the appropriate field for the research and treatment of ego illnesses. The first and principal aim of analytic group therapy is to permit the make up of ego-development of the patient within the group. It affords an

experiential field, which, on the one hand, makes possible a regression to the archaic phases of ego-development, representing thus on the "level of the primary processes of the group the primeval cavern" (*Spitz*), and which, on the other hand, constitutes the real situation of the actual patient group.

The make up of ego-development is a process which moves between these two poles — primary level and reality. The group works out in the course of this process the stages of ego and instinct development in specific sequences. The group dynamic level of the therapeutic process constitutes the "matrix" of the ego-development. It is an essential factor in the whole process, that should not be excluded as a disturbing element but should rather be systematically interpreted and integrated in the therapeutic work.

The group as a whole becomes in course of the therapeutic process a real and in the meantime a symbolic embodiment of the ego of each individual group member and represents the conscious as well as the unconscious parts of the individual egos. This however is conditioned by the formation of group boundaries, to which contribute the choice and the arrangement of the group members, the group contract, the scenic structure of the therapeutic situation and the function of the therapist as the central person. Group boundaries give a model for the ego boundaries of its members and render possible the distinction between the interior and exterior and between pathological and reality adapted behavior. They have a protective function for the patients, in so far they allow their projections to be perceived and experienced as such. These boundaries are not static and rigid, but constitute a dynamic process which is in constant change and always determined by the interaction of the group members.

Group boundaries, being an integrative factor of the therapeutic situation, express the group identity. This identity can be changed by the working through of conflicts of the group members yet in the sense of being enlarged and differentiated. However its continuity is an indispensable condition for the working through of conflicts and transference dynamics. Group boundaries express thus the therapeutic alliance which is concluded between the group patients and the therapist and between each group member and the other. The working through of the destructive aggression, which is attached to the symbiotic transference dynamics, is of particular significance in this context. It constitutes as a rule the turning point in the therapeutic process.

Interpretations and interventions of the therapists very corresponding to the actual situation, may accordingly concern one individual member, the group as a whole or the mutual transference relationship between the group members.

Literatur

- Ammon, G.* (1970): Gruppendynamik der Aggression. Beiträge zur psychoanalytischen Theorie (Berlin: Pinel-Publikationen)
 — (1971): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I—III. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 9—28, 123—167, 181—201
 — (1972): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *Ammon, G.*, Hrsg.: Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen)
 — (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
Arsenian, J.; Semrad, E. V. (1951): Application of Analytic Observations to Teaching Group Dynamics. In: *J. Psychiat. Soc. Work* (20) 150—158
Bach, G. R. (1954): Intensive Group Psychotherapy (New York: Ronald Press)
Bateson, G. et al. (1969): Schizophrenie und Familie (Frankfurt: Suhrkamp)
Berger, M. M. (1968): Nonverbal Communications in Group Psychotherapy. In: *Int. J. Group Psychother.* (8) 161—178. Dt. Ausg. in: *Ammon, G.*, Hrsg. Gruppentherapie — Beiträge zur Theorie und Technik der Schulen einer psychoanalytischen Gruppentherapie (Hamburg: Hoffmann & Campe)
Bion, W. R. (1961): Experiences in Groups and other Papers (London: Tavistock)
Le Bon, G. (1895): Psychologie der Massen (Dt. Ausg. 1953: Stuttgart: Kröner)
Cohen, M. B. et al. (1954): An Intensive Study of Twelve Cases of Manic — Depressive Psychosis. In: *Psychiatry* (17) 103—138
Ezriel, H. (1950): A Psycho-Analytic Approach to Group Treatment. In: *Brit. J. Med. Psychol.* (29) 59—74
 — (1952): Notes on Psycho-Analytic Group Therapy: Interpretation and Research. In: *Psychiatry* (15) 119—126
Federn, P. (1952): Ego Psychology and the Psychoses (New York: Basic Books)
Foulkes, S. H. (1948): Introduction to Group-Analytic Psychotherapy (London: Heinemann)
 — ; *Anthony, E. J.* (1965): Group Psychotherapy (London: Penguin Books, 2. Aufl.)
Gonzales, J. L. (1972): Psychoanalysis and Creativeness. In: *Ammon, G.*, Hrsg.: Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen)
 — ; *Quevedo, G.* (1969): Referential Design of Psychosis. Vortrag auf dem I. Int. Symp. Anal. Gruppenpsychother. Paestum/Italien
Grinberg, L. (1956): Aspectos mágicos de la Transferencia y Contratransferencia, Identificación y Contraidentificación proyectiva. Sus implicaciones técnicas. Vortrag in der Assoc. Psicoanal. Argentina. Zit. nach: *W. Kemper* (1973)
Harlow, H. F.; Harlow, M. (1966): *Am. Scient.* 54,3. zit. nach *Zepf, S.* (1973): Zur Theorie der psychosomatischen Erkrankung (Frankfurt/M.: Fischer)
Heigl, F. (1972): Prognose und Indikation in Psychoanalyse und Psychotherapie (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)
Heigl-Evers, A. (1968): Einige technische Prinzipien der analytischen Gruppenpsychotherapie. In: *Z. psychosom. Med.* (14) 282
 — (1972): Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)
Kemper, W., Hrsg. (1973): Psychoanalytische Gruppentherapie. Praxis und theoretische Grundlagen (München: Kindler)
Klein, M. (1952): Developments in Psychoanalysis (London: Hogarth Press)
v. Kries, D. (1971): Anmerkungen zur Kreativität und Symbolbildung. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 306—312
 — (1972): Psychosomatische Syndrome als Ich-Aufbau-Kategorien. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 266—276
Lewin, K. (1947): Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science: Social Equilibria and Social change. In: *Human Relations* (5)
Redl, F. (1963): Psychoanalysis and Group Therapy: A Developmental Point of View. In: *Am. J. Orthopsychiat.* (33) 135—147
 — (1971): Gruppenemotionen und Führerschaft. In: *Erziehung schwieriger Kinder* (München: Piper)
Semrad, E. V. et al. (1963): The Fields of Group Psychotherapy. In: *Int. J. Group Psychother.* (13) 452—464

- Slater, Ph. E.* (1970): Mikrokosmos: Eine Studie über Gruppendynamik (Frankfurt/M.: Fischer)
- Slavson, S. R.* (1960): Analytic Group Psychotherapy (New York: Columbia Univ. Press)
- (1966): Die historische Entwicklung der analytischen Gruppenpsychotherapie. In: *Preuss, H. G.*, Hrsg.: Analytische Gruppenpsychotherapie (München: Urban & Schwarzenberg)
- Spitz, R. A.* (1946): Anaclitic Depression. In: *Psychoanal. Study Child 2* (New York: Int. Univ. Press)
- (1955): Die Urhöhle: Zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle in der psychoanalytischen Theorie. In: *Psyche* (9) 641—667
- (1956): Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen (Stuttgart: Klett, 2. erw. Aufl. 1960)
- Scheidlinger, S.* (1968): The Concept of Regression in Group Therapy: Interpretation and Research. In: *Psychiatry* (XV) 119—126, dt. Ausg.: Der Begriff der Regression in der Gruppentherapie. In: *Ammon, G.*, Hrsg.: Gruppenpsychotherapie — Beiträge zur Theorie und Technik der Schulen einer psychoanalytischen Gruppentherapie (Hamburg: Hoffmann & Campe, 1973, i. Vorb.)
- Schindler, R.* (1968): Das Verhältnis von Soziometrie und Rangordnungsdynamik. In: *Gruppenpsychother. Gruppendyn.* (3)
- (1971): Das Suizidthema in der analytischen Gruppe. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 333—339
- Schindler, W.* (1951): Family Pattern in Groupformation and Therapy. In: *Int. J. Gr. Psychother.* (1) 100—105
- (1955 a): Übertragung und Gegenübertragung in der „Familien“ Gruppentherapie. In: *Prax. Kinderpsychol. u. Kinderpsychiat.* (4) 101—105
- (1955 b): Gegenübertragung in der Familie. In: *Z. Psychosom. Med.* (1) 130—134
- (1966): The Role of the Mother in Group Psychotherapy. In: *Int. J. Group Psychother.* (16) 198—202
- (1972): Das Selbst und die Gruppenanalyse. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 165—176. Vortrag im Rahmen der Wissenschaftlichen Veranstaltungen der DAP in Berlin
- Schmidbauer, W.* (1972): Die sogenannte Aggression (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- (1973): Sensitivitätstraining und analytische Gruppendynamik (München: Piper)
- Winnicott, D. W.* (1972): The Maturation Process and the Facilitating Environment. *Studies in the Theory of Emotional Development* (London: Hogarth Press)
- Wolf, A.; Schwartz, E. V.* (1962): *Psychoanalysis in Group* (New York: Grune & Stratton)

Reactions of an On-Going Therapy Group to the Temporary-Introduction of a Co-Therapist*

Harold Kaye and Clifton E. Kew

Kaye und Kew berichten über einen kurzen Abschnitt in zwei analytischen Gruppen, in dem ein zweiter Therapeut, Kaye, als Leiter teilnahm. Beide Gruppen versuchten zunächst, die beiden Leiter in eine destruktive Rivalität zu drängen, indem sie Eltern-imagines in der Übertragung gegeneinander ausspielten. Nachdem dieses Verhalten interpretiert worden war, konnten besonders effektiv für den therapeutischen Prozeß homosexuelle Wünsche und Phantasien bearbeitet werden, deren Verbalisierung durch die Beobachtung der guten Arbeitsbeziehung zwischen den Therapeuten erleichtert wurde.

Much of the case both for and against co-therapy revolves around how therapists feel about "complications" that are seen to be implicit in the two-therapists situation. Opponents argue that it dilutes the transference (*Slavson, 1950*); twice as many patients can be seen by separate therapists (*Gans, 1957*); it is difficult for the group to unite (*Pine, Todd, and Boenheim, 1963*); it is more difficult than conducting a group alone (*MacLennan, 1965*); and complications and confusions are overwhelming (*Berne, 1966*).

Proponents see it offering considerable potential for constructive use by offering patients a less threatening therapist to whom to relate (*Loeffler and Weinstein, 1954*); co-therapists, like parents, give emotional support to one another and help each to see blind spots (*Solomon, Loeffler and Frank, 1953*); a more realistic atmosphere is provided (*Lundin and Aronov, 1952*); it gives emotional support to patients (*Fink, 1953*); patients can test fantasy stereotypes of male and female with male and female therapists; it elicits latent oedipal and preoedipal conflicts, and aids to the dissolution of transference fixations after prolonged individual therapy (*Mintz, 1965*); it makes possible to expedite transferences and permits the use of larger groups without the loss of therapeutic effectiveness (*Orange, 1955*). The working relationship between therapists serves as a model for introjection and extrapolation of interpersonal harmony, enhancing the processes of amalgamation and individuation (*Solomon and Solomon, 1963*).

* Vortrag gehalten auf dem I. Internationalen Symposium für Analytische Gruppentherapie vom 1.—7. 8. 1969 in Paestum (Italien)

Some view the procedure as offering advantages in terms of training (*Lundin and Aronov, 1952*); leading to the improvement of techniques, training and to minimize countertransference problems (*Solomon, Loeffler and Frank, 1953*), and that it should be used only for special treatment purposes, training, and research (*MacLennan, 1965*).

What actually happened in one illustrative instance is reported here. *Kaye* was invited to sit in on two of *Kew's* groups. Both are long established, heterogeneous, twice weekly groups, which meet in *Kew's* professional suite in a classical setting. There was no prior discussion between the therapists on what their role was to be. Neither knew one the other's style or technique in advance, and *Kaye* had no prior knowledge of the patients' diagnoses or case histories. It was made clear to the groups in the first session that *Kaye* would return if they wished it, but for not more than two weeks. While this probably accelerated events, it is our belief that the same phenomena would occur in any co-therapy group, though here they were spotlighted by the specific circumstances.

Perhaps providentially, *Kew* and *Kaye* found from the start that their orientation was similar. Both are non-directive and permissive and basically group analytic in style and therapeutic set. Each found the initial respect they had for the other deepened as the experience continued, and each showed this by his demeanor in the group. Personality approach and therapeutic orientation turned out to be similar for each. Both were consistent, flexible and exploratory in style and method, and there was no problem about seniority. It was *Kew's* group and *Kaye* was present as a colleague of equal status. As co-therapist, without prior consultation, he felt he could intervene, question or interpret whenever he felt it was timely for him to do so.

Though two groups were involved, reactions were remarkably similar and for economy's sake, this report will concentrate on the responses in both. There seemed to be a well defined sequence, starting with exploratory testing, then going on through seductive manipulation, projection, splitting and finally, rejoining the splits.

Testing began with the very first communication in the group, a highly oedipal dream *Ted* addressed provocatively and challengingly at *Kaye*, virtually ignoring *Kew*. *Kaye* interpreted the challenge and the group quickly took up the theme, confirming that they did like to see whether *Kaye* would give them gratifications that *Kew* denied them. *Kew* just sat there analysing; could they seduce *Kaye* into being more active? For others, the wish was for *Kaye* to become the more kindly father or the more feeding mother to them than *Kew*, who analytically frustrated them. Within moments, a campaign was on to try to split *Kew* and *Kaye*, to try to manipulate them into destructive rivalry.

Now, this was a group which for the most part had not easily exhibited its negative reactions to *Kew*. He was highly idealised by the group, and such negative feelings as were expressed were largely voiced indirectly by one of the two most aggressive men. These two handled *Kaye's* coming into the group by first ignoring him and then by denying that there was meaning in this for them, and only after analysis, did they come to recognize the anger implicit in this response. From then on, for the rest of the first session, they expressed growing annoyance, but mixed it with shock absorber as well, enough of them to buttress their denials of latent wishes to attack the intruder. By the second session, these angry, prickly exteriors were essentially a defense against underlying terror.

By the second session, the group began to respond to what was clearly a satisfactory working partnership between the co-therapists. *Ted* said he felt inferior, since he had no relationship to another man that had the same partnership feeling as *Kew* and *Kaye* evidenced and was envious of this. *Bob*, one of the angry ones, felt inferior too, but he connected this with seeing *Kew* and *Kaye* as so very different. *Kew* was the permissive father; *Kaye*, the forbidding one.

For the other angry man, *Jack*, the fears were because *Kaye* was warm. It would be against the rule of his life for him to respond to feelings of warmth, it would be like feeling unmanly in front of his father. His rigidity in life was largely connected with this, as his defense against revealing any warm feelings whatsoever, especially toward a man. And then — surprise! — he recognized that he found *Kew* warm too, and was similarly afraid of this. Clearly homosexual fears were implicit in the communications of all the men, but these were disguised enough that both therapists merely referred to them in their interpretations, and concentrated on the more accessible levels, largely in connection with the projections and splitting.

Edith also responded to *Kaye* as a remote, frightening father. *Kew* for her was a very helpful, feeding person, toward whom she could and did feel grateful. For *Anne*, *Kaye* brought out guilt in relation to *Kew*. She responded to *Kew* as an old lover, to be discarded, and *Kaye* as a potential new one, later brought in a very useful fantasy of having both *Kew* and *Kaye* at her bed, seeing the possibility of having love and hate together, rather than having to discard one for other. *Katie* in a later session brought the rejoining of the splits a bit closer, with tearful recognition that she wanted to be accepted by both therapists. By now, *Edith* began to see *Kaye* as an extension of *Kew*, and saw in *Kew's* fancied manipulation of *Kaye* a reenactment of what she did with people. By this third session, the presence of *Kaye* in the group

seemed to be rather accepted and well digested. Previously, most of the transference reactions had been directed toward him. Now, most were toward other people in the group. It was apparent that *Kaye's* presence was no longer the central issue in the group, and that the group could get about its therapeutic task in its customary fashion.

At the fourth session, there was about an equal split of reactions to *Kaye* and *Kew*, and those directed toward *Kaye* were largely evaluative or connected with his departure. *Anne* saw *Kaye* as now very much like *Kew* (and *Kew* reciprocally very much like *Kaye*) in that *Kaye* could see through her and she would have to modify her aggression toward men if, as she wanted with *Kaye*, she wished to make a good relationship with one. *Ted* felt that with *Kaye* in the group, he could talk more easily about his positive feelings toward *Kew*, that he could talk more spontaneously, 'less like reciting'. *Katie* talked a good bit about *Kaye*, but significantly, looked at *Kew* throughout, even when saying that it was easier to talk to *Kaye* than to *Kew*, and that she wished to seduce *Kaye* into remaining in the group. *Bob*, who had previously been so angry, wanted to give *Kew* some special knowledge about the Stock Exchange, in gratitude for knowledge *Kew* had given him. *Jack*, the second angry man, felt that having *Kaye* in the group was like having two of *Kew*. He was keenly disappointed that *Kew* was not afraid of *Kaye*. This raised questions for him about whether he really needed to be so afraid of men.

He was also able to speak in some depth about his initial resistance to *Kaye*, connecting this with identifying *Kaye* with his father, toward whom he didn't dare to have or express feelings, and had to use rigid controls so as not to feel at all.

Overall, it seemed quite clear to both therapists that the introduction of a providentially well-matched co-therapist for a short term evoked a substantial number of reactions that could be pursued with great therapeutic promise. Had we disagreed, no doubt this could have been used resultfully as well, provided that the disagreement was not so basic as to make the team incompatible. Incompatibility, after all, may be the best possible reason for divorce.

The group reported interesting reactions in following sessions as well: "*Kaye* showed me that *Kew* was giving me affection, and that I had not seen it at the time." "*Kaye* brought in the outside, and it shocked me when *Kew* showed no fear." "*Kaye* and *Kew* enjoyed each other, and were open to each other." And from a man who was cliffhanging between becoming a homosexual or a heterosexual, that seeing *Kew* and *Kaye* getting along together was an indication for him that it was possible for two men to love each other without implying homosexuality. He was able to put this to use in following weeks by changing

his way of relating in the group. Previously, he had been involved almost exclusively in transference relationships with the men; from this point on, he was able to include women as well, in ever widening and warming interactions. One of the angry men felt that seeing the co-therapists' relationship freed him from his fears that relationship meant dependence, and that he could now relate to *Kew* as a person and could be *Kew's* equal, having now gained from the co-therapists' relationship "some sense of my own identity".

Kew's own comments in retrospect, some weeks afterwards: *Kaye's* presence tended to knit the groups, similar to the time a guest visits a family. At the same time they were more conscious of my presence and role. In one group, one patient was able to release much more aggression to me, and related that this was the only place and I the only one she could scream at and not kill, as she felt she had killed her father. I think *Kaye's* being in the group unconsciously helped as she did not seduce him, nor was I afraid. *Ted* voiced what others in the group felt, too: to have another man from another country attend the group without knowing any of the group members before and to say what I had been talking about, was even more surprising and only reinforced what had been done before. It gave the group a feeling that they were on the right track, extended their transferences to another therapist and in a sense to another country. It seemed to give them a feeling of security, and that Papa was o. k. It gave me the feeling they were less complicated (or less sick) if *Kaye* could figure them out, and I think they felt so, too.

Reaktion in einem gruppenpsychotherapeutischen Prozeß auf die zeitweilige Anwesenheit eines Co-Therapeuten

Harold Kaye und Clifton E. Kew

Kaye und *Kew* berichten in dieser Arbeit über die erfolgreiche Anwendung der Technik der Co-Therapie in zwei analytischen Gruppen von *Kew*, die sie vier Sitzungen lang gemeinsam leiteten.

In der Literatur, die von *Kaye* und *Kew* über die Co-Therapie zitiert wird, finden sich Argumente für und gegen die Anwendung dieser Technik. Eingewendet wird, daß die Übertragungsbeziehung gestört wird, daß nur halb so viele Patienten gesehen werden können, daß die Gruppe es dadurch schwerer habe, eine Einheit zu bilden, usw. Für die Anwendung der Co-Therapie in analytischen Gruppen wird angeführt, daß die Patienten den zweiten Therapeuten als weniger bedrohlich erleben können, die Situation einen realistischeren Charakter annehme und so die Verbalisierung geheimer Wünsche erleichtert werde. Ferner, daß die beiden Therapeuten sich wie gute Eltern einander emotional unterstützen und auf blinde Flecke in der Gegenübertragung aufmerksam machen

können, daß Übertragungsfixierungen nach einer langen Einzeltherapie leichter aufgehoben werden können, und daß die Co-Therapie besonders wertvoll für die Ausbildung von Gruppenpsychotherapeuten sei.

Kaye und *Kew*, die die gleiche therapeutische Orientierung haben und einander lange kannten, ehe *Kew* *Kaye* einlud, an einigen Sitzungen in seinen analytischen Gruppen teilzunehmen, versuchten nicht, die Situation im voraus zu strukturieren. Weder gab *Kew* *Kaye* eine Einführung in die Geschichte der Gruppe, noch in die der einzelnen Patienten und deren Diagnosen. Beide nahmen als gleichberechtigte Therapeuten an den vier Sitzungen teil, jeder hatte das Recht, in den Gruppenprozeß einzugreifen, wann immer er es wollte.

Die beiden Gruppen waren hinsichtlich Geschlecht und Diagnose heterogen zusammengesetzt, sie trafen sich zweimal in der Woche in der Praxis von *Kew*. Sie wurden darüber informiert, daß *Kaye* nur an vier Sitzungen teilnehmen würde, und es wurde ihnen das Recht eingestanden, *Kaye* nicht an den Sitzungen teilnehmen zu lassen.

1. Sitzung: Die Patienten versuchen, die Situation für sich auszunutzen, indem sie *Kaye* und *Kew* in Rivalitätsrollen zu drängen suchen. Ein Mitglied erzählt einen Traum und möchte testen, ob *Kaye* mehr Interpretationen gibt, ob *Kaye* die bessere „Mutter“ ist. *Kew* wird von ihm ignoriert. Damit wird zum ersten Mal die Aggression gegenüber *Kew* manifest, die bis dahin ängstlich unterdrückt worden war. Andere Patienten reagieren auf diese Gefühle gegenüber *Kew* mit starker Abwehr, indem sie *Kew* gegenüber warme Gefühle äußern und *Kaye* ignorieren.

2. Sitzung: In dieser Sitzung beschäftigen sich die Patienten mehr mit der guten partnerschaftlichen Arbeitsbeziehung zwischen den beiden Therapeuten. Beide werden abwechselnd als freundlich oder verbotend erlebt. Homosexuelle Ängste und Neidgefühle auf seiten der Männer werden geäußert, während die Frauen mehr in den Phantasien von altem und neuem Liebhaber befangen sind. Sie versuchen, *Kaye* ebenso in die Rolle des neuen Liebhabers hinein zu manipulieren, wie sie es mit ihren Partnern machen. Der Wiederholungszwang in den Partnerbeziehungen wird deutlich und damit interpretierbar.

3. Sitzung: Die Patienten haben die Anwesenheit von *Kaye* angenommen, er steht nicht mehr im Mittelpunkt. Die Übertragungsreaktionen werden von ihm auf andere Gruppenmitglieder gelenkt.

4. Sitzung: Die Gruppenmitglieder beschäftigen sich mit dem Abschied von *Kaye* und versuchen herauszufinden, was er ihnen bedeutet hat. Einige Patienten sagen, daß er ihnen half, warme Gefühle gegenüber *Kew* auszudrücken, daß ihnen das Beispiel von der guten Beziehung zwischen *Kaye* und *Kew* half, Ängste gegenüber Beziehungen mit Männern abzubauen. *Kew* selbst stellte nach einigen Wochen noch fest, daß

die Anwesenheit von *Kaye* dazu beigetragen hatte, daß die Gruppe sich fester zusammenschloß, und daß einige Patienten seitdem besser ihre Aggressionen ihm gegenüber äußern konnten.

Literature

- Belmont, L. P.; Jasnow, A.* (1961): The Utilization of Co-Therapists and of Group Therapy Techniques in a Family-Oriented Approach to a Disturbed Child. In: *Int. J. Group Psychother.* (11) 319—338
- Demarest, E. W.; Teicher, A.* (1954): Transference in Group Psychotherapy: Its Use by Co-Therapists of Opposite Sexes. In: *Psychiatry* (18) 187—202
- Fink, H. K.* (1956): Some Therapeutic Departures in Group Therapy. In: *Psychol. Newsletter* (8) 1—11
- Gans, R. W.* (1962): Group Co-Therapists in the Therapeutic Situation: A Critical Evaluation. In: *Int. J. Group Psychother.* (12) 82—88
- (1957): The Use of Group Co-Therapists in the Teaching of Psychotherapy. In: *Am. J. Psychother.* (11) 618—625
- Hulse, W. C. et al.* (1958): Transference Reactions in a Group of Female Patients to Male and Female Co-Leaders. In: *Int. J. Group Psychother.* (6) 430—435
- Kassoff, A.* (1958): Advantages of Multiple Therapists in a Group of Severely Acting-Out Adolescent Boys. In: *Int. J. Group Psychother.* (8) 70—75
- Krasner, J. et al.* (1964): Observing the Observers. In: *Int. J. Group Psychother.* (14) 214—217
- Loeffler, F. J.; Weinstein, H. M.* (1954): The Co-Therapist Method: Special Problems and Advantages. In: *Group Psychother.* (6) 189—192
- Lundin, W. H.; Aronov, B. M.* (1952): The Use of Co-Therapists in Group Psychotherapy. In: *J. Consult. Psychol.* (16) 76—80
- MacLennan, B. W.* (1965): Co-Therapy. In: *Int. J. Group Psychother.* (15) 154—166
- Mintz, E.* (1963 a): Transference in Co-Therapy Groups. In: *J. Consult. Psychol.* (27) 34—39
- (1963 b): Special Values of Co-Therapists in Group Psychotherapy. In: *Int. J. Group Psychother.* (13) 127—132
- (1965): Male-Female Co-Therapists: Some Values and Some Problems. In: *Am. J. Psychother.* (19) 293—301
- Nash, H. T.; Stone, A. R.* (1951): Collaboration of Therapist and Observer in Guiding Group Psychotherapy. In: *Group Psychother.* (4) 85—93
- Orange, A. J.* (1955): A Note on Brief Group Psychotherapy with Psychotic Patients. In: *Int. J. Group Psychother.* (5) 80—83
- Pine, I.; Todd, W.; Boenheim, C.* (1963): Special Problems of Resistance in Co-Therapy Groups. In: *Int. J. Group Psychother.* (13) 354—362
- Slavson, S. R.* (1950): *Analytic Group Psychotherapy* (New York: Columbia Univ. Press)
- Solomon, A.; Loeffler, F. J.; Frank, G. H.* (1953): An Analysis of Co-Therapist Interaction in Group Psychotherapy. In: *Int. J. Group Psychother.* (3) 171—180
- Solomon, J. C.; Solomon, G. F.* (1963): Group Psychotherapy with Father and Son as Co-Therapists: Some Dynamic Considerations. In: *Int. J. Group Psychother.* (13) 133—141

Author's addresses:

Harold Kaye
88 Montagu Mansions
London W 1H 1LF

Clifton E. Kew
245 East, 19 Street
New York, N. Y. 10 003

Abwehrmechanismen in der therapeutischen Gruppe. Die introjektive Identifikation mit dem thanatotischen Objekt*

*Luiz Miller de Paiva***

Der Autor beschreibt anhand eines gruppenpsychotherapeutischen Prozesses folgende Abwehrmechanismen: die moralisch begründete Abwehr gegen schlechte, internalisierte Objekte, die Abwehrmechanismen des beta-screen, des Falschen Selbstes und des toten Lebens, der Foetalisierung und der Introjektion eines thanatotischen Objektes, das als gut erlebt wird.

Im Gruppenprozeß spaltet sich die Gruppe der psychosenahen Patienten, die zur Idealisierung der Selbst- und Eltern-Imagines neigen, von der Gruppe der Ich-stärkeren Patienten, die zwar die Abwehrmechanismen des toten Lebens und des Falschen Selbstes einsetzen, aber die Aggressivität und Mangelhaftigkeit der Eltern-Imagines und des Analytikers weniger stark als der psychotische Teil der Gruppe abwehren und den Gruppenprozeß dadurch befruchten.

Der Autor sieht die Abwehr der eigenen thanatotischen, destruktiven Impulse (die fehlende Identifikation mit dem thanatotischen Objekt) als wesentlichen Hemmschuh für therapeutische Einsicht und therapeutischen Fortschritt mit dem möglichen Ausgang eines Abbruchs der Analyse. Der Autor betont den archaischen Aspekt der introjektiven und defensiven Vorgänge und warnt davor, diese Mechanismen auf der ödipalen, bewußteren Ebene zu behandeln. Therapeutischer Fortschritt wird erst möglich, wenn interpretatorisch die archaische Tiefe des Konfliktes erreicht wird.

Wir haben Formen des Widerstandes in der Gruppentherapie beobachtet, die den therapeutischen Prozeß und Fortschritt extrem hemmen können, wie zum Beispiel den "beta-screen" (*Bion*, 1966), das „Falsche Selbst“ ("false ego") (*Fairbairn*, 1962) und das Leben als ein Toter (living-death) (*Laing*, 1963), die introjektive Identifikation (*Klein*, 1964) oder die introjektive Identifikation mit einem thanatotischen Objekt, das aber als gut wahrgenommen wird (*Ribeiro*, 1970). Auf diese Widerstandsphänomene ist in der gruppenanalytischen Literatur kaum Bezug genommen worden, während sie in psychoanalytischen Publikationen durchaus Erwähnung finden.

Wir möchten hier bestimmte Abschnitte aus den gruppentherapeutischen Sitzungen einer Gruppe wiedergeben und analysieren, um zu einem besseren Verständnis dieser Widerstandsformen beizutragen.

Im folgenden Beispiel beginnt ein Patient (Nr. 200) die Gruppensitzung, der einen Traum berichtet. Dieser Patient ist schizoid, Student der Wirtschaftslehre und Junggeselle. Er verhält sich sehr passiv, und seine Vorstellungen sind in solchem Maße mit Verfolgungsideen ver-

* Vortrag gehalten auf dem III. Int. Symposium f. Analytische Gruppentherapie vom 1.—7. 8. 1971 in Stelzerreut/Passau

** Dr. med., Psychoanalytiker und Gruppentherapeut, São Paulo, Brasilien

mennt, daß er bei einer neu begonnenen Liebesbeziehung die Vorstellung hat, von dem ehemaligen Freund seiner neuen Geliebten niedergeschossen zu werden. Er berichtet von seiner Mutter unverändert in einer wohlwollenden Haltung. Seinen Vater empfindet er eher als distanziert.

Nr. 200 sagt: „Eine ehemalige Freundin von mir, die jetzt verheiratet ist, war bei mir zu Hause in meinem Schlafzimmer. Ich fragte sie, ob sie schon Kinder hätte, und sie sagte: ‚Ja, zwei.‘“ Der Patient berichtete, daß er ziemlich erstaunt gewesen sei. „Zwei Kinder in weniger als neun Monaten? Zwillinge?“ Dann berichtete er weiter: „Ich lachte und scherzte über das, was sie sagte. Ich fand mich allein gelassen, und dann sah ich, wie mein Penis sich richtiggehend von meinem Körper loslöste. Sobald ich das bemerkt hatte, hob ich ihn auf und tat ihn an seinen Platz zurück. Ich ging hinüber, um die Tür zu schließen und sah, wie meine Mutter etwas schrieb. Ich sah durch das Schlüsselloch und beobachtete, wie sie herüberkam, um mich zurechtzuweisen. (Sie schimpft noch heute mit mir, wenn ich in Badehosen aus dem Schwimmbaden komme, wegen der Hausmädchen.) Dann fuhr ich mit meiner Mutter, meiner Schwester und einem Freund zusammen im Auto. Plötzlich hatte ich das Gefühl, von einem Mann in einem anderen Auto gejagt zu werden. Ich bog von der Straße ab und fuhr in eine Sackgasse, wo jedoch ein Tor offenstand. Die Szene änderte sich. Ich ging mit meiner Mutter spazieren, und sie sagte: ‚Wenn dieser Mann noch einmal kommt, werde ich ihn schlagen.‘ (Er war der Dieb, der versucht hatte, in das Haus meiner Mutter einzudringen.) Ich konnte ein verriegeltes Fenster sehen und sagte: ‚Ehe du den Mann zusammenschlägst, solltest du die Jalousie verstärken, denn sie scheint ziemlich schwach zu sein.‘ Ich hätte 30 Minuten gebraucht, um sie eigenhändig herauszuziehen. Zwei Männer liefen herum und unterhielten sich laut: ‚Es gibt Leute im zweiten Jahr, die es in knapp 15 Minuten schaffen würden.‘ Die Szene änderte sich. Ich riß Stücke aus dem Körper eines Hundes heraus. Er klagte überhaupt nicht, sondern umschmeichelte mich. Ich hatte schon die Zähne und den Schwanz entfernt, aber es langweilte mich immer mehr, so daß ich schließlich seine Zunge herauszog (die aus Plastik zu sein schien). An diesem Punkt begann das Hündchen aufzuschreien und zu jaulen, und ich dachte: ‚Niemand wird merken, wenn es stirbt.‘ Ich hatte Angst, gebissen zu werden und kletterte auf ein Fenster hinauf. Der Hund schrie auf: ‚Warst du es, der mir das angetan hat, Carlos Alberto?‘ (Mein Bruder, der mit drei Monaten gestorben ist.) Er jaulte so, als ob er mir sagen wollte: ‚Jetzt muß ich sterben, weil ich nicht mehr essen kann.‘“

Die Gruppe begann, den Traum zu analysieren. Nr. 212 (Philosophielehrer, unverheiratet) sagt: „Er (Nr. 200) onaniert und phantasiert da-

bei von seiner Mutter, was er aber als unmoralisch ansieht. Er schließt die Tür, kommt aber von seinen Vorstellungen nicht los, so daß er mit seiner Mutter ins Auto steigt und wegfährt.“

Nr. 213 (Hausfrau, verheiratet) sagt: „Du wirst von deinem Vater verfolgt. Der Vater ist gut, aber nicht sehr . . .“

Nr. 202 (portugiesische Lehrerin, unverheiratet, sehr aggressiv, hat einen Klinikaufenthalt hinter sich wegen stuporöser Depression) sagt: „Die Mutter möchte ihn loswerden, wenn sie sagt: ‚Ich töte jeden, der in mein Haus kommt‘ (oder so ähnlich), wobei er sich dann entschuldigt: Genau wie ich. Ich habe mich immer entschuldigt, weil ich Angst hatte. Jetzt weiß ich warum. Ich hatte immer Angst vor meiner Mutter. Sie erweckte immer den Eindruck, eine gute Mutter zu sein. Nein! . . . Sie war wirklich gut, genau wie seine (Nr. 200) Mutter, über die er immer so voll Verehrung spricht.“

Nr. 201 (schizoide junge Frau, sehr initiativlos) sagt: „Die Schranken, um diese Phantasien abzuwehren, sind deutlich und bewußt, aber er erkennt, daß die Jalousie schwach ist. Es sieht aus wie irgendein Wettkampf. Der ältere (im zweiten Jahr) würde die Jalousie in 15 Minuten herausziehen. Der Bruder ist mutiger, er wird als erster zur Mutter kommen. An diesem Punkt fühlt er sich massakriert, und das Bild des Hündchens taucht auf, das demütig Strafe in Kauf nimmt, obwohl er Angst hat, daß er als Täter entdeckt wird.“

Nr. 203 (Polizeibeamter, unverheiratet, impotent, leidet unter Neurasthenie und psychosomatischen Erkrankungen) sagt: „Wenn er (Nr. 200) sich mit dem männlichen Geschlecht des Hundes befaßt, dann reagiert er und jault. Er ist ein Mann (gemeint sind sowohl der Hund als auch Nr. 200), sein Penis darf nicht herausgezogen und mißhandelt werden. Deshalb beschuldigt er seinen Bruder, der ihn schwach gemacht hat. ‚Hast du das mit mir gemacht, Carlos Alberto?‘ Ich habe meinen Penis wieder zurückgeholt. Das ist mir passiert. Und heute habe ich meinen Penis. Das ist keine kafkaeske Angelegenheit.“

Nr. 202 sagt: „Mir geht es genauso. Meine Eltern können mir meine Phantasien nicht verzeihen. Sie machen überhaupt keine Konzessionen. Ich hasse sie, ich beneide sie. Ich wünschte, ich könnte sie alle töten. Meine Mutter, die jetzt tot ist und mich in meinen Träumen verfolgt, meinen Vater, den ich geliebt habe, der aber Trinker war. Alle Männer sind wie mein Vater. Sie scheinen alle ganz gut zu sein, aber in Wirklichkeit sind sie schlecht. Wenn ich eine verrückte Idee habe, helfen sie mir immer, sie auszuführen. Keiner von ihnen taugt etwas.“

Nr. 200 sagt: „Ich fühle mich so schwach, immer vom Spott verfolgt, ohne Energie zu studieren, ohne Lebenswillen. Leben ist Scheiße: Mein

Gott, mein Penis fällt von meinem Körper ab . . . und mein Analytiker taugt nichts . . .“

Nr. 212: „Zieh die Jalousien hoch, öffne die Tür, zieh dich aus und nimm eine Frau, so wie sie ist. Sie ist für dich gemacht und du für sie. Wir sind der Ursprung des Lebens.“

Nr. 203: „Das stimmt.“

Die Gruppe beschäftigte sich dann mit den Schwierigkeiten der Gruppentherapie. Nr. 192 (eine Soziologin mit elektro-encephalographischer Dysrhythmie und Sexualangst) sagt: „Seine (Nr. 200) Gefühle erlebe ich ganz genau wie meine. Was kann das sein, wonach ich immer so verzweifelt suche und das ich nicht finden kann? Ich kann nirgends Ruhe finden. Heute hatte ich ein paar Träume, aber das nützt auch nichts. Ich brauche Dr. Miller. Er soll klar und sauber bleiben und nicht durch irgendeine Art von Destruktivität getrübt sein, wie mein Vater. Ich bin eine Frau und kein Hermaphrodit!“

Nr. 212 sagt: „Ich brauche einen Mann, und ich werde ihn auch finden. Ich habe genug vom Alleinsein! Ich muß mich selbst definieren und meine Haßgefühle und Aggressionen verlieren. Ich will nicht weglaufen. Ich will mich mit Dr. Miller auseinandersetzen. Was soll ich tun? Der Analytiker ist gut. Er ist anders als mein Vater . . .“ Nr. 203: „Hört endlich auf, das Hündchen wie das von Nr. 200 anzugreifen.“

Durch Interpretation des Traumes und der Assoziationen versuchte ich, der Gruppe zu zeigen, daß die ehemalige Freundin und die Mutter ein und dieselbe Person mit zwei Söhnen darstellte, nämlich der Gruppe und Carlos Alberto. Die Gruppe hatte Kastrationsängste wegen inzestuöser Onaniephantasien, verbunden mit einem somatopsychischen Symptom der Auflösung des Körperschemas (der Penis löst sich vom Körper) und mit dem der Depersonalisation (in der Gleichsetzung der Gruppe mit dem Hündchen). Die Gruppe fühlte sich aber auch abgelehnt (wegen ihrer Nacktheit und weil sie im Hause in Badehosen herumlief) und verfolgt von der Analytiker-Mutter, die eigentlich gut zu sein schien, die aber sagte: „Ich werde ihn schlagen, wenn er hereinkommt“, d. h. wenn er sexuellen Verkehr mit ihr wünscht.

Der reifere Teil der Gruppe versuchte frühzeitiger, im Gruppenprozeß die Abwehrhaltung des beta-screen* aufzugeben und sich mit dem verfolgenden Analytiker-Vater auseinanderzusetzen. Der beta-screen dient der Abwehr gegen die Erkenntnis des aggressiven Mutter-Bildes und gegen das Ausleben von projizierten Gefühlen.

* Der Abwehrmechanismus des beta-screen, wie er von Bion (1966) eingeführt wurde, beschreibt eine Beziehungsbarriere zwischen Patient und Analytiker, durch die der Patient versucht, Informationen zurückzuhalten, obwohl er selbst nach echter therapeutischer Nahrung oder danach, die Wahrheit zu finden, verlangt. Diese Patienten erwarten Heilung auch, wenn sie wenig substantiell, konfus oder traumhaft, wie in

Ich wies in der Gruppe auch auf die Ähnlichkeit zwischen dem Hündchen im Traum und der Küchenschabe in Kafkas *Metamorphose** hin, die eine phantasierte Metamorphose des Körperschemas ist, ein nach außen projiziertes inneres Körpergeschehen (*Garbarino, 1960*). Die Gruppe hatte sich so sehr mit dem Hund identifiziert, daß sie zugleich der mit drei Monaten gestorbene Bruder und der Analytiker war, was ich später noch näher erläutern möchte. Ich fuhr fort zu interpretieren, daß entsprechend den Phantasien des Patienten (Nr. 200) der Bruder infolge seiner (Nr. 200) Eifersuchtsphantasien gestorben war, infolge der unbewußten Mordwünsche, die auftraten, als er erkennen mußte, daß der kleinere Bruder jedem Versuch des Älteren standhielt, den Thron des Jüngsten in der Familie zu erobern, so daß sein Bruder im Traum als ein Objekt auftaucht, das zwar nicht schlecht zu sein scheint, aber so handelt, als wäre es schlecht. Diese Gefühle entsprechen seiner Einstellung dem Analytiker gegenüber, nämlich der Angst, daß dieser nur etwas vorspiegeln und nicht wirklich gut sei. Beide, der Hund-Bruder und die Analytiker-Mutter, scheinen eigentlich gut, aber die Gruppe betrachtete die guten Eigenschaften mit Mißtrauen. Der Ichstarke Kern der Gruppe konnte aber bereits die Aggressivität gegenüber den Eltern und in der Übertragung gegen den Analytiker akzeptieren, was die widerstrebende Partei der Gruppe dann dazu bewog, die Vorstellung von den guten Eltern in Frage zu stellen. Die Nahrungsverweigerung des Hundes im Traum bedeutete, daß die Gruppe das ablehnte, was der Analytiker als Nahrung anbot, nämlich seine Interpretationen. Die Gruppe litt unter Verfolgungsideen und erlebte den Analytiker als Kontrollinstanz und als mögliche Quelle von Destruktion, verursacht durch sein Wissen. Die Gruppe fürchtete, den Analytiker „zu verschlingen“, unter ähnlichen Umständen, unter denen der Bruder umgebracht wurde, nämlich durch den Neid auf alles Gute, was der Analytiker besaß.

Traumbildern, berichten. Diese Patienten haben die Tendenz, ständig über persönliche Erlebnisse zu berichten und dadurch die Stärke des Analytikers, die auf Interpretation verbunden mit Gegenübertragungsbeobachtung beruht, auszuschalten und dennoch den Eindruck einer freundlichen Einstellung zu erwecken, obwohl das Gegenteil der Fall ist. In diesem spezifischen Beispiel einer Gruppensitzung hatte das Zurückhalten von Information die Bedeutung, über die Mängel der Mutter schweigen zu können, so daß erst durch einen Traum darauf aufmerksam gemacht werden mußte, in dem die Mutter aber jemand anderen als den Patienten bedroht. Andererseits ist das Traummaterial vieldeutig und reich an projektiven und introjektiven Identifikationen, z. B. der tote Bruder = Hund. Sowohl der Bruder als auch der Hund im Traum stellen den Patienten dar.

* Kafkas *Held, Gregory*, fühlte, daß seine Umgebung ihn wie eine Küchenschabe behandelte. Er empfand seine innere Welt so abstoßend und verachtungswürdig wie eine Küchenschabe und projizierte dieses Gefühl in seinem psychotischen Erleben nach außen.

Ribeiro (1970) vertritt die Auffassung, daß die Dissoziation des Über-Ich aus der Internalisation von zwei Objekten entsteht. Das eine ist streng, zensierend und entwicklungshemmend. In diesem Beispiel ist es die Kontrollinstanz des Mutter-Vater-Analytikers und des „beta-screen“. Das andere Objekt ist im Wesen thanatotisch und ruft Zerstörung der guten Objektbeziehungen hervor. Es ist tief im inneren Erleben verborgen (hier ist es der internalisierte Analytiker und der tote Bruder) und bildet eine Quelle von konflikthaftem Handeln.

Nach der *Kleinianischen* Theorie inkorporiert das Kind die Eltern-Imagines und schreibt jedem bestimmte Eigenschaften und Funktionen zu. Die Verbindung von beiden bildet dann seine Über-Ich-Struktur, die, entsprechend den Vorstellungsbildern von seinen Eltern, grausam und sadistisch sein kann (*Alexander*, 1948). Nach *Ribeiro* (1970) kann das Eltern-Imago ein thanatotisches Objekt sein, das jedoch trotzdem als gut erlebt wird und das die Qualität eines institutionalisierten Todestriebes hat, jedoch ohne sichtbar verfolgende Züge.

In der nächsten Sitzung bestätigte die Gruppe die Interpretationen des Analytikers, indem sie folgendermaßen begann: Nr. 212 sagt: „Alles berührt mich im Augenblick sehr tief. Ich habe mich in dem Traum mit dem Hund selbst wiedergesehen. Wer weiß: Vielleicht hat mein Bruder, der starb, bevor ich geboren war, mich beeinflußt. Ich wollte ein Mann sein und dadurch den toten Bruder ersetzen, aber ich begegne Männern, besonders, wenn ich Kontakt zu ihnen bekomme, immer nur, um sexuelle Erlebnisse zu haben.“

Nr. 202 sagt: „Weißt du, ich hatte einen Traum, den ich vergessen hatte zu erzählen. Ich war in meinem Landhaus und lag im Eßzimmer auf einem Doppelbett. Ich lag ausgestreckt, als wäre ich tot, genau wie mein Vater bei seiner Beerdigung. Ein Lehrer des Gymnasiums, der gerade hinter mir stand, sagte: ‚Ich werde bei dir bleiben, hab keine Angst.‘ Ich trug ein besticktes Nachthemd, das meiner Großmutter gehörte (sie hatte mich, glaube ich, sehr gern).“ Nr. 200 sagt: „Ich habe die letzten beiden Tage mit Bauchschmerzen verbracht und in Embryo-Stellung ganz am unteren Ende des Bettes zusammengekauert gelegen; ich habe überhaupt nichts von meinem Traum verstanden.“

Nr. 192 sagt: „Sei doch mal ein Mann: du bist wie ein lebender Toter. Dr. Miller hat soviel interpretiert, und du willst es nicht annehmen. Meine Güte! . . . Du bist genau wie Carlos Alberto!“

Nr. 200 sagt: „Ich weiß nicht, ob ich es bin oder nicht. Ich bin ein Windei. Ich will nicht über die letzte Sitzung sprechen.“ (Schweigen)

Ich versuchte, der Gruppe zu zeigen, daß sie zugleich mit der Abwehr Angst hatte, mit dem internalisierten thanatotischen Objekt (Bruder, Eltern, Analytiker) sich selbst kennenzulernen. Die Unverdaulichkeit

der assimilierten Analytiker-Nahrung führte zur „Foetus-Regression“ als Selbstschutz. Eine Parallele dazu sind die archaischen, kannibalistischen Horden, in denen der erwachsene Sohn den Vater tötet, um die Rolle des Häuptlings zu übernehmen, sich dann aber nicht in der Lage sieht, seinen Vater zu verspeisen. (Miller de Paiva, 1969, 1970) *

Der nicht psychotische Teil der Gruppe verlangte nach Neugeburt, obwohl sich diese Gruppenmitglieder im Leben als lebend-tot empfanden, und äußerte den Wunsch, eine Scheinwelt mit Hilfe eines „falschen Selbst“ („false ego“) aufzubauen. Da sie enge Kontakte zu den Eltern nie erlebt hatten, es sowohl an Liebe als auch an einer spielerischen Haltung gefehlt hatte und sie daher nie wirklichen Kontakt mit anderen Menschen bekommen konnten, schien die Gruppe hier unter einer starken Hemmung zu leiden. Die Gruppe benutzte eine äußere Fassade oder Maske, um eine Kontaktmöglichkeit zu finden, die sowohl oberflächlich als auch vorsichtig in der Angst vor Selbst-Erkenntnis und der möglichen Aufdeckung von schwerwiegenden Fehlern gehandhabt werden mußte: nämlich aufgrund des mangelnden Vertrauens in die Liebe der Eltern, das dem mangelnden Vertrauen in die therapeutische Stärke des Analytikers entsprach. Der Widerstand gegen das Annehmen und Verstehen der Vorgänge während der Sitzung, in der der Traum berichtet wurde, entsprach dem Widerstreben, das thanatotische Objekt innerhalb des Traum Inhaltes zu analysieren. Die Gruppe zeigte ein unbekümmertes und oberflächliches Verhalten. Einige der weniger starren Gruppenmitglieder, die sich in einem nicht-psychotischen Zustand befanden, waren sich dieser schwierigen Situation bewußt und stachelten die andere Partei in der Gruppe an, zu akzeptieren, daß die Eltern in Wirklichkeit nicht so gut waren, wie sie sie sehen wollten. Ein Teil der Gruppe nahm die Eltern als schlecht wahr. Dadurch wurde dem mehr widerstrebenden Kern der Gruppe ermöglicht, Ablehnung und Aggression gegen ihre eigenen Eltern auszudrücken. Eine Partei beschrieb der anderen einen Vater, der nur scheinbar gut gewesen war. Die tief empfundene Besorgnis, daß die Eltern in der Realität schlecht gewesen seien, entstammte der Befürchtung, daß der Analytiker so schlecht sein könnte wie die Eltern. Der Todestrieb wurde deutlich in Form eines „Jemand“, der die selbstdestruktiven Handlungen der Gruppe befürworten sollte. Nach Ribeiro (1970) ist dieser „Jemand“ ein Objekt im Über-Ich, das eine solche Haltung institutionalisiert. Dieser „Jemand“ war für die Gruppe der Analytiker, der den freigesetzten Gefühlen der Empörung gegen die Eltern zustimmte. Der Gruppe war geholfen wor-

* Wie ich in einer früheren Arbeit gezeigt habe (Miller de Paiva, 1969, 1970) ist Foetalisierung eine Regression des Ich als Versuch, sich vor den Schicksalsschlägen des Lebens zu schützen.

den, destruktiven Gefühlen Raum zu geben, aber sie fürchtete, dafür bestraft zu werden.

Durch angemessene Interpretationen sollte die Gruppe erkennen, daß der Analytiker weniger konkrete Hilfe leistet als vielmehr diese Gefühle wieder aufleben und bewußtwerden läßt, ohne darauf mit Vorwürfen zu reagieren. Stattdessen weigerte sich die Gruppe zu akzeptieren, daß der Analytiker nicht nur eine Rolle spielte (das internalisierte thanatistische Objekt führt zu dieser Vorstellung), und nahm ihn nur mit größtem Mißtrauen wahr.

Dennoch wurde eine Teilbeziehung zu dem Objekt deutlich sichtbar, die sich aber angesichts des Imago (des thanatotischen Objektes) auf einer sehr archaischen Stufe bewegen mußte. Diese Objekte beruhen auf frühen Objektbeziehungen, die vom introjizierten thanatotischen Objekt nicht zerstört worden sind. Man kann diese Situation wie einen abgeschwächten Sohnes- oder Elternmord verstehen, wie er von *Rascovsky* (1970) beschrieben wurde. Nach *Rosenfeld* (1955) sucht das Kind innerhalb eines Systems, das auf Selbsterhaltung ausgerichtet ist, einen Zustand der Beruhigung durch entschiedene Idealisierung der Eltern sogar soweit, daß verfolgende Imagines auftauchen können. Denn durch die Verurteilung der Destruktion in der Eltern-Kind-Beziehung macht der Aspekt des Sohnesmordes auch die konstruktiven Aspekte der Eltern lediglich zu irrationalen, idealisierten Eigenschaften.

Die Gruppe introjiziert sowohl die thanatotischen als auch die Sohnes-Objekte als schlechte Objekte, ähnlich wie bei Straftätern. An den Schuldgefühlen der Gruppe kann die Stärke der Abwehrhaltung gegen den Fortschritt der Therapie abgelesen werden. Denn die Gruppenmitglieder bringen ihre schlechten Eltern auf einer sehr archaischen Ebene in die Gruppe ein. Die Gruppe exorziert diese Eltern, aber sie kann sich nicht von ihnen befreien. Ebenso bestraft die Gruppe den Analytiker und kann ihn doch nicht vernichten. Die Gruppe besteht solange auf ihrer Furcht vor Selbstkenntnis, bis die Interpretationen diese archaische Ebene erreichen. Die fehlende Identifizierung der Gruppe mit einem thanatotischen Objekt (was in diesem Beispiel über mehrere Stunden beobachtet werden konnte) verhindert das Erlangen von tieferer Einsicht. Es handelt sich dabei um eine starre und destruktive Form der Introjektion und verhindert den Erfolg der Therapie oder führt zum Abbruch der Analyse. Das Ich anzugreifen verursacht Leiden. Dieser Schmerz ist Teil der psychischen Entwicklung, so wie Schmerz ein physischer Wachstumsfaktor während der Adoleszenz ist. Die Gruppe muß soweit gebracht werden, die Bedeutung des beta-screen (wie beschrieben) zu erkennen und das thanatotische Objekt im Analytiker selbst wahrzunehmen. Selbstzerstörerisches Verhalten, das bisher immer in Begriffen des Es oder als Konflikt mit einem zu strengen Über-Ich verstanden

wurde, kann hier von einem neuen Gesichtspunkt aus gesehen werden, durch den die Gruppe zu neuer Einsicht gelangt.

Das gesamte Gruppenverhalten dieser Gruppe durchlief eine unterschwellige selbstdestruktive Tendenz, als stünde die Gruppe im Bann der destruktiven Macht der thanatotischen Objekte, der Identifikation mit dem toten Bruder, der „Als-ob-Beziehung“ zu Mutter und Vater, des „lebenden Tod“- (living-death) und „falschen Selbst“- (false ego) Komplexes.

Zu Beginn der Sitzungen weigerte sich die Gruppe anzunehmen, daß ihre Eltern schlecht seien. Dann akzeptierte sie sie als schlecht und überlegte zugleich, ob sie auf den Analytiker, der als ebenso schlecht empfunden wurde, nicht verzichten sollte. *Fairbairn* (1962) betont, daß Analytiker dem Fehler verfallen können, diese Inhalte auf einer neurotischen, weniger archaischen Ebene von Schuldgefühlen und ödipalen Konflikten zu interpretieren, wobei aber Schuld hier als eine Form der Abwehr gegen das Exorzieren der schlechten frühen Objekte auf einer archaischen Ebene auftritt. Exorzieren wird verstanden als mißlingender Versuch, das internalisierte Schlechte zu vernichten.

Diese Patienten hatten eine Störung ihres Identitätsgefühls in Kauf genommen, um sich an das Objekt anpassen zu können und ein destruktives Objekt zu versöhnen. Dieser Mechanismus liegt der Identifikation mit dem Angreifer zugrunde.

Wie wir beobachten konnten, nahm die Gruppe zu einem anderen Zeitpunkt wahr, wie das Individuum die thanatotischen Regungen befriedigt mit der Vorspiegelung, unter Libido-Einflüssen zu stehen (*Bicudo*, 1968), in einer Art Täuschungsmanöver, in dem Selbstzerstörung und Destruktion unter dem Deckmantel der Libido auftreten, und wie es dabei nicht wahrnimmt, daß es eigentlich Zielscheibe des Todestriebes ist (*Ferrari*, 1967).

*Defense Mechanisms in Group Therapy
Introjective Identification of the Thanatotic Object,
the False Ego and Beta-Screen*

Luiz Miller de Paiva

Forms of resistance arise in group therapy, as in psychoanalysis, which greatly hamper therapeutic progress: a moral defense against bad internalized objects (*Fairbairn*), beta-screen (*Bion*), a false ego and living-death (*Laing*), foetalization (*Miller de Paiva*) or the introjecting of a thanatotic object experienced as good (*Ribeiro*).

In his article, the author focusses on the abovementioned aspects and presents passages from group sessions, based on a dream with signs of

depersonalization (the patient was simultaneously a dog and his own deceased brother) and somatopsychic symptoms of corporal scheme disturbance (penis detached from the body). In his dream the patient is chased by a thief bent on assaulting his mother who, in turn, threatens to retaliate.

Some of the group would not admit to experiencing the mother as bad. The more mature part of the group, however, made attempts to do away with this beta-screen (a barrier devised to prevent acceptance of the mother as aggressive in order to avoid living out projected feelings). The group had identified itself with the dog who was both the deceased brother and the analyst himself. The analyst was experienced as dangerous through the introjective identification. Both, the dog-brother and the mother-analyst seemed good enough, yet the group viewed this same goodness with scepticism. The parental imago was a thanatotic object, nevertheless experienced as good and imbued with the quality of institutionalizing deathinstinct activity, without apparent persecutory connotations.

Part of the group was afraid to know itself and resorted to a non-digesting of interpretations, using foetalization in self-defense. However, the non-psychotic fraction encouraged rebirth although it still regarded itself as both living-and-dead: preferred to subsist on a farce and use a false ego. One part of the group accepted the parents as bad. This enabled the more resistant core to admit to resentment and aggression towards their own parents: one part showed the other a falsely good father. To experience the parents as bad would incur in the fear that the analyst was similar to them.

As observed during sessions, a lack of identification on the part of the group with a thanatotic object hinders the attaining of sufficient insight. It is an obdurate and destructive form of introjection and either prevents success or induces giving up analysis. To broach the subject causes suffering. The group must feel the importance of the beta-screen and recognize the thanatotic object in the analyst himself.

The group was, therefore, gratifying thanatotic impulses under the false pretense of being under the influence of the libido.

Literatur

- Alexander, F.* (1948): *Fundamentals of Psychoanalysis* (New York: Norton)
- Bicudo, Mito, V. L.* (1968): Instinto de morte e regressão no processo analítico. In: II. Jornada Brasil. Psicanal. Rio.
- Bion, W. R.* (1966): *Aprediendo de la experiencia* (Buenos Aires: Paidos)
- Fairbairn, W. R.* (1962): *Estudio psicoanalítico de la personalidad* (Buenos Aires: Paidos)
- Ferrari, A.* (1967): Instinto de Morte. In: *Rev. Brasil. Psicanal.* (1) 324—334
- Garbarino, M. F.* (1960): La metamorfosis de F. Kafka y el esquema corporal. In: *Urug. Psicoanal.* (3) 254—274
- Klein, M.* (1964): *Contribuciones al psicoanálisis* (Buenos Aires: Hormé)
- Laing, R. D.* (1963): *O eu dividido* (Rio: Zahar)
- Miller de Paiva, L.* (1969): Regressão — Reprogressão de ego na esquizofrenia. VII Congresso Latino Americano de Psicanálise, Bogota.
- (1970): Purposeful Regression, Loss of Identity, Foetalization, Homosexuality and Splitting in Therapeutic Group. In: *Gaipac* (3) 75—79
- Rascovsky, A.* (1970): La matanza de los hijos. In: *Rev. Brasil. Psicanal.* (4) 389—406
- Ribeiro, B. I.* (1970): Objetos tanáticos. In: *Rev. Brasil. Psicanal.* (4) 180—190
- Rosenfeld, A.* (1955): Notes on the Psychoanalysis of the Super-ego Conflict in an Acute Schizophrenic Patient. In: *Klein, M.; Haimann, P.; Money-Kyrle, R.* *New Directions in Psychoanalysis* (London: Tavistock)

Adresse des Auteurs:
 Dr. med. Luiz Miller de Paiva
 Rua Itacolomi, 601, 5^o
 São Paulo, Brasilien

Analytische Gruppen-Therapie für Therapeuten und deren Ehefrauen *

David W. Morgan †

Auf der Basis langjähriger Erfahrungen mit Ehepaargruppen skizziert der Autor die theoretische Basis der analytischen Gruppentherapie als beruhend auf der zunehmenden Tendenz, psychische Konflikte ins soziale Feld auszuagieren, eine Tendenz, die nur eine gruppenanalytische Methode adäquat bearbeiten kann. Die spezifischen Probleme beider Partner der Therapeutenhehe werden in dieses Konzept miteinbezogen.

Die besondere Motivations- und Rollenstruktur des Therapeuten, wie z. B. die Haltung der „guten Mutter“, voyeuristische und masochistische Tendenzen, Konkurrenzverhalten, etc., die der Bedürfnisstruktur der Therapeutenhehefrau entgegengesetzt sind, werden beleuchtet und als optimales Bearbeitungsfeld für diese Probleme wird die kombinierte Technik von Gruppen- und Einzelsitzungen empfohlen, wobei die Gruppe im Laufe der Jahre die Funktion einer lebens- und analysefähigen erweiterten Familiengruppe annimmt.

Analytische Gruppentherapie wird von mir nicht als isolierte therapeutische Technik oder als eine Alternative zur klassischen Analyse gesehen. Die von mir am häufigsten angewandte analytische Technik kombiniert gruppen- und einzelanalytische Sitzungen, orientiert an den jeweiligen therapeutischen Erfordernissen.

Diese Arbeit versucht, die theoretische Basis der analytischen Gruppentherapie zu skizzieren, wobei im Mittelpunkt der Betrachtungen die spezifischen Bedürfnisse der Therapeuten und ihrer Ehefrauen stehen. Diesen besonderen Bedürfnissen kann zum Beispiel durch eine wöchentliche Ehepaargruppe begegnet werden, die dann im Laufe des therapeutischen Prozesses den Charakter einer erweiterten Familiengruppe annimmt.

Wir wissen heute, daß viele Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene durch soziale Institutionen wie Familie und Ehe zu festen Handlungsschemata werden. Diese Übertragungstendenzen werden im beruflichen Feld, in Glaubensbeziehungen, in der Politik und in den verschiedenen Lebensformen derartig stark ausgelebt, daß sie mit Hilfe von Reflexion, freier Assoziation, Selbstanalyse, Phantasien und Träumen nicht erschöpfend zu behandeln sind. Diese ausagierten Übertragungstendenzen gehören häufig schon so stark zur Persönlichkeitsstruktur, daß sie die direkte Beobachtung im sozialen Feld selbst erforderlich machen, um der Analyse zugänglich zu werden. In der analytischen Arbeit kann man auch nicht auf den restlichen, frei verfügbaren Besetzungsenergien aufbauen, um diese verzerrten Aspekte des Charakters

* Vortrag gehalten auf dem I. Internationalen Symposium für Analytische Gruppentherapie vom 1.—7. 8. 1969 in Paestum (Italien)

dann dem beobachtenden Ich entgegenzuhalten. Ebenso wenig können diese Übertragungsverzerrungen in der analytischen Einzelsituation aufgelöst werden, da gerade sie die die Charakterdeformation begleitenden Verhaltens- und Lebensweisen nicht aktiviert. Um diesen Engpaß zu vermeiden, vergrößern wir das Spektrum der beobachtbaren Daten, indem wir den Analysanden sowohl in der Gruppe als auch in Einzelsitzungen sehen. Mit dieser Konstellation trägt die analytische Gruppentherapie Wesentliches zur analytischen Theorie und Praxis bei.

Worin bestehen nun die spezifischen Probleme von Therapeuten und deren Ehefrauen? Ein guter Therapeut ist ein erfahrener Mann, der durch seine Ausbildung in besonderem Maße Fähigkeiten erlangt hat, die tieferen und oft verborgenen Bedeutungen und Gefühle in den Gesprächen mit anderen Menschen herauszudestillieren. Dies gilt auch für seine engsten Beziehungspersonen, wie z. B. seine Frau. In seiner Arbeit ist er ausgebildet, seine Fähigkeiten einzusetzen, um leidenden Menschen zu helfen, aber er muß mit ihnen nicht zusammenleben. Zuhause jedoch verhält er sich häufig zögernd, weil er für einen mißverstandenen Kommentar von seiner Seite, gleichgültig ob er hilfreich ist oder nicht, teuer bezahlen muß. Er weiß sehr gut, daß er seiner Frau gegenüber nicht die Rolle des Therapeuten einnehmen kann. Aber traut er irgendjemand anderem diese Aufgabe zu? Häufig hat er dagegen alle möglichen Bedenken, von denen viele sicher auch berechtigt sind.

Wenn die Schwierigkeiten in den ehelichen Beziehungen zunehmen und ernste Krisen entstehen, taucht mit Sicherheit folgende Anschuldigung auf: Du kannst allen möglichen Leuten helfen, warum nicht mir oder deinem Kind?! Dies ist ein sehr schwerwiegendes und in seiner Konstellation einzigartiges Problem, denn da der Therapeut ja Experte ist, drängt sich die Frage auf, weshalb er seiner Familie nicht helfen kann. Irgendwann in dieser Auseinandersetzung wird dem abzuwehrenden Partner dann meistens empfohlen, doch Ruhe zu geben und einen eigenen Therapeuten zu suchen. Diese Eskalierung führt meistens zu einer fatalen Stagnation der Kommunikation und einer Trennung der Partner durch Ehescheidung. Die Familie wird dann noch stärker in gegnerische Lager aufgespalten. Wesentlich an dieser Auseinandersetzung ist, daß die Klage des weiblichen Ehepartners eine starke Berechtigung hat. Ich schlage daher vor, daß dieser Konflikt in der Gruppe der erweiterten Familie der Kollegen und ihrer Frauen behandelt werden sollte.

Ein anderes spezifisches Problem ist die Abgeschirmtheit der therapeutischen Arbeit und besonders der Einzelsituation. Der Partner fühlt sich daher sehr leicht ausgeschlossen und hintangestellt. Therapiegruppen mit Therapeutenhepaaren reintegrieren den ausgeschlossenen Partner in die berufliche Gemeinschaft. Die ausgeschlossenen Partner lernen dadurch die Arbeit und das Leben des Therapeuten-Ehemannes kennen

und verstehen. Denn die Ehepaargruppe beleuchtet auch die reale Ebene, einander zu helfen. Diese Situation ist nicht mit der bekannten Form der Parties zu verwechseln, bei der die Therapeuten in einer Ecke zusammenstehen, um über Patienten zu diskutieren, während die Ausgeschlossenen einer anderen Ecke überlassen werden, um über die unwesentlichen Dinge des Lebens zu sprechen.

Ein anderes spezifisches Problem ist die Tatsache, daß Therapeuten hartgesottene und wendige Kämpfer in den eigenen Reihen sind. Sie vermögen ihre Kollegen und engsten Freunde mit Fachtermini und berufsbezogenen Techniken gekonnt in Stücke zu zerreißen. Diese mißbräuchlich eingesetzten therapeutischen Techniken treten sehr schnell in den Anfängen der Ehepaargruppe in Erscheinung und führen zu einer gelangweilten und spannungslosen Atmosphäre des eiteln Intellektualisierens und Theoretisierens. Aber Ehepaargruppen und besonders die teilnehmenden Frauen tolerieren eine derartige narzißtische Selbstbespiegelung nicht lange. Ebenso ist die niedrige Frustrationsschwelle einer solchen Arbeitsgruppe ein sehr wirksames Gegenmittel für anale Aufgeblätheit.

Die schwerwiegendsten berufsspezifischen Probleme liegen in den Grundmotivationen für die therapeutische Arbeit. An erster Stelle steht die Übersetzung des Therapeuten, die erste und die beste Mutter zu sein. Diese besonderen Muttereigenschaften und Bedürfnisse machen die Arbeit des Therapeuten für ihn selbst erst zufriedenstellend und erfolgreich. Zuhause fällt es ihm dann aber schwer, sein mütterliches Verhalten aufzugeben. In vielen unbewußten Verhaltensweisen drängt er seine Frau in die Rolle der unzulänglichen oder schlechten Mutter. Diese Situation wird im Laufe der Jahre einer Ehe die Quelle von Zank und Verbitterung, und nur dieser einzelne Aspekt allein kann eine Familienatmosphäre erheblich brutalisieren.

Die verschiedenen Folgen dieser weiblichen Identifikation des Therapeuten sind komplizierter und komplexer Natur. Vor allem wird der Ehemann im Rahmen seiner erhabenen mütterlichen Fähigkeiten ruhig, gesetzt und ernst mit seiner stürmischen Frau und seinen wilden Kindern umgehen, in einer so stark gebenden Haltung, daß leicht Schuldgefühle bei den Empfängern dieser guten Nahrung hervorgerufen werden. Nie fordern in eigener Angelegenheit und immer da sein im Notfalle für andere — ist dieses Selbstporträt des Therapeuten nicht zu gut, um wahr zu sein? Die barsche, eigensinnige und autoritäre Seite der Vaterrolle wird selten gezeigt. Manipulationen werden passiv und indirekt durch Schweigen, durch erhabenes Lächeln, weise Erklärungen und Liebesentzug erreicht. Vernunft und Wahrheitsbezug werden in allen Argumentationsweisen überbetont. Überredung und Geduld sind die Hauptmerkmale der (therapeutischen) Disziplin. Der Therapeut als Ehemann kann

sie mit leichter Hand mißbräuchlich einsetzen, um sie gegen seine Frau und seine Kinder auszuspielen. Durch diese passiv-masochistische und überfürsorgliche Haltung attackiert er indirekt das Vertrauen seiner Frau in ihre eigenen mütterlichen Fähigkeiten und ihre Haltung wird folgerichtig kämpferisch defensiv.

Therapeuten sind schwierige Patienten. Es fällt ihnen besonders schwer, kindliches Vertrauen zu entwickeln. Noch schwieriger sind ihre Frauen, denn sie sehen den Therapeuten-Ehemann als Teufel, der die Erfüllung ihrer emotionalen Bedürfnisse verhindert, und es macht für sie keinen Unterschied, ob es der Ehemann ist oder sein Bruder, ihr Therapeut. Wie kann dem Ehemann nun geholfen werden, die Gabe seiner Femininität mit seiner Frau zu teilen? Die Ehefrau wehrt jede therapeutische Maßnahme von vornherein ab, weil ihr Stolz und ihr Selbstvertrauen als Frau und Mutter gebrochen worden sind. Aber die Gegenwart anderer Frauen in der Ehepaargruppe gibt ihr das Gefühl der Stärke, und sie findet Gelegenheit, wieder Vertrauen in sich selbst als Mutter zu entwickeln.

Dieses wiedergewonnene Vertrauen in ihre weibliche Stärke reduziert die Abwehrhaltung gegenüber den femininen Zügen ihres Mannes. Auf der anderen Seite entbindet die mütterliche Unterstützung und Anteilnahme der ganzen Gruppe den Therapeuten-Ehemann auch von dem Druck oder Zwang, seine Ehefrau ständig bemuttern zu müssen. Das macht ihn wieder frei, sich eher als ihr Junge oder Mann zu fühlen und von anderen Männern zu lernen. Innerhalb einer Zeitspanne von drei bis vier Jahren können durch regelmäßige Gruppensitzungen gefestigte neue Möglichkeiten des Zusammenlebens aufgebaut werden.

Der Therapeut, dessen Hauptmotiv darin liegt, in das psychische Innere von Menschen einzudringen, ist sadistisch und intrusiv (aufdringlich). Der voyeuristisch motivierte Therapeut dringt passiv beobachtend in das Leben von anderen ein. Er zieht es vor, nur zuzusehen, anstatt Veränderungen anzustreben. Bei ihm haben sich seine Ehefrau und sein Patient auf ein enttäuschendes Manöver eingelassen.

Ehepaargruppen verbringen viele vergnügliche Stunden mit Scherzen und gegenseitigem Übereinanderherziehen. Obwohl diese Verhaltensweisen nicht direkt Einsicht und Wissen vermitteln, wird dadurch doch gegenseitiger Neid und Eifersucht reduziert. Das Zurückgehen von Neid und Eifersucht ermöglicht Nähe. Zweistündige wöchentliche Treffen scheinen genau das richtige Zeitmaß für diesen Prozeß zu sein.

Frauen, die Therapeuten heiraten, sind fasziniert von der erhabenen mütterlichen Stärke ihrer Männer und brauchen häufig omnipotente Mutter- oder Vater-Imagines, um sich sicher fühlen zu können. Sie

neigen zu Regression und sind leicht infantilisiert. Häufig reagieren sie mit tiefer Enttäuschung auf die fehlende Omnipotenz des Mannes. Ehepaargruppen enthüllen die Therapeuten häufig als sehr schwerfällig, und die Gruppe muß dann hart daran arbeiten, den Frauen dabei zu helfen, die Anklammerung und die Verbitterung aufzugeben, die mit der Isolierung als einer hartnäckigen Übertragungsverzerrung einhergeht.

Das spezifische Bedürfnis des Therapeuten nach Nähe kann durch die gruppenanalytische Methode ebenfalls erfüllt werden. Gewöhnlich treten nach Beendigung seiner Ausbildungszeit gleichzeitig zwei Prozesse in Erscheinung. Das disziplinierte Verhalten mit Patienten führt zu erheblichen Entbehrungen, besonders für den Analytiker. Er praktiziert gewöhnlicherweise allein und trifft seine Kollegen nur auf stark konkurrenzbetonten, politisch determinierten Treffen, auf denen die Möglichkeiten für wirklich echtes feed-back stark eingeschränkt sind. Auch arbeitet er meistens nach einem strengen Stundenplan und sieht kaum Kollegen in seinem eigenen Haus. Dadurch wächst das Bedürfnis nach Intimität, das eigentlich von der Familie und seinen Freunden erfüllt werden sollte.

Gleichzeitig mit der Tendenz, Entbehrungssituationen herzustellen, wächst das Bedürfnis nach bedeutungsvolleren Beziehungen. In dem Maße, in dem der Therapeut sich bequem und sicher in seiner therapeutischen Haltung fühlt, werden die Dialoge mit den Patienten weniger abwehrend, werden freier und tiefergehend. Der Therapeut erfährt dann zunehmend Unzufriedenheit mit den üblichen, oberflächlich abwehrenden Dialogen des täglichen sozialen und beruflichen Zusammenseins. Er wirkt dann als Folge im Umgang mit anderen sehr direkt, gelangweilt und schweigsam oder fordert besonders von seiner Familie, wenigstens zuhause offener sein zu dürfen. Beide Haltungen führen zu Schwierigkeiten. Die analytische Gruppentherapie ist ein vernünftiger Weg, diese Bedürfnisse in einer (analytisch) kontrollierten und disziplinierten Situation zu erfüllen, um Selbstanalyse und gegenseitige Reifung zu sichern. Selbstanalyse allein kann das Bedürfnis des Therapeuten nach Freundschaft und Verständnis in seinem Arbeitsfeld nicht erfüllen. Auch wenn ein Mann oder eine Frau sich einer intensiven individuellen therapeutischen Behandlung unterzogen haben, können sie durch Selbstanalyse nicht mehr viel über sich erfahren, hingegen können sie sich in der Gruppe in den Gruppeninteraktionen beobachten und überrascht und angetan sein von der Neuartigkeit und Fülle der Selbstentdeckungen. Paare, die ihre Ausbildung abgeschlossen haben, sind eher gewillt und auch in der Lage, sich anderen Kollegen zu öffnen, teilweise, weil sie erfahren und beruflich abgesichert sind, aber hauptsächlich, weil sie sich weniger abwehrend verhalten. Auch muß man sich vergegenwärtigen, daß hier über lebenslange Beziehungen gesprochen wird, denn Therapeu-

ten sind, ob zum guten oder schlechten, mit ihrem Beruf gewöhnlich mehr verbunden als mit ihrer Familie.

Ich habe einen eher direkten analytischen Ansatz beschrieben, um in das Zentrum und die enge Umgebung von Familien- und Ehezwistigkeiten einzudringen und eine sichere, ausgewogene Veränderung für den Therapeuten und seine Familie zu erreichen. Inadäquate Bewältigungsversuche Konflikten gegenüber haben ihren Ursprung in der Primärgruppe der Familie und werden in der Ehe und der neuen Familie fortgesetzt und wiederholt. Die analytische Gruppenmethode ermöglicht den Teilnehmern, sich selbst durch die freimütigen und offenen Antworten und Reaktionen der Gruppenmitglieder zu betrachten. Diese Situation verstärkt ihre Wirkung noch dadurch, daß sich im Laufe der Zeit vertrauensvolle und aneinander tief engagierte, enge Beziehungen entwickeln. Es braucht eine Zeit von vier bis sieben Jahren, bis die Gruppe durch ihre regelmäßigen therapeutischen Sitzungen zu einer wirklich miteinander vertrauten, erweiterten Familie werden kann.

Der Gruppentherapeut ist als teilnehmender Beobachter und Leiter verantwortlich für die analytische Bearbeitung der Gruppenaktionen. Die von mir angewandte Technik entspricht der therapeutischen Technik der Einzelanalyse, allerdings mit mehr Betonung auf den pathologischen Interaktionsformen als auf freier Assoziation. Die tiefgehende analytische Arbeit findet in der Gruppenanalyse der individuellen Träume statt.

Eine therapeutische Ehepaargruppe beginnt mit einer Reihe von Krisen zwischen den verschiedenen Ehepartnern. Die nächste Phase zentriert in detaillierter Beobachtung von Paar-Interaktion und Gruppen-Reaktion. Dann beginnt die Phase, in der das Paar in Vater oder Mutter und andere durch Übertragung hervorgerufene Verzerrungen der Gruppenwahrnehmung aufgespalten wird. Nachdem diese Verzerrungen sich aufgelöst haben, erfahren sich die Gruppenmitglieder als authentische Personen. Anschließend beginnt die Arbeit an den eigenen vergangenen Erfahrungselementen und die Traumarbeit. Die häufiger werdenden gemeinsamen Erfahrungen mit authentischen Gruppeninteraktionen führen zu größerer Intimität, und die oralen Bedürfnisse und Forderungen, die mit dem Wunsch nach Intimität erwachsen, beherrschen das Bild der Gruppe. Von dieser Phase ausgehend entwickelt sich die Gruppe zu einer erweiterten Familie, die Vertrauen und Wohlbehagen im Zusammensein und in der gegenseitigen Hilfe erfährt und die dennoch in der Lage bleibt, die Interaktionen innerhalb dieses sehr realitätsbezogenen und unterstützenden Rahmens zu analysieren — im Sinne der Wiener Tradition und der frühen Jahre der Psychoanalyse eine genuine analytische Familie.

Analytic Group Therapy for Therapist and Wife

David W. Morgan

A combined therapeutic technique of group- and individual sessions for psychotherapist and spouse is applied for the special problems lying behind this extraordinary marriage constellation. The general background for the analytic group therapy is outlined as the need to render the therapeutic situation into a reality-orientated interacting life situation in order to reach the acting out behaviour and character deformations, which often are fixated through marriage and family. The specific problems of the therapist are:

1. He cannot play out his therapeutic knowledge against his wife and children, although the family has expectations on him in this regard. His reservations are misunderstood as refusal for giving help and therefore the marriage often gets in serious danger.

2. Through the secrecy of the therapeutic work, especially the individual treatment, the partner feels easily left out and pushed away. Through the couples' group the left out partner is reintegrated into the professional family and gets to know about a psychotherapist's life.

3. Through their theoretical training and practical experience therapists are tough and clever in-fighters with colleagues and partners. But the low boredom threshold in working groups, and, especially of the women easily stop boresome intellectualizing narcissistic indulgence and anal pomposity.

4. The motivations for becoming psychotherapist lead to the most specific problems. The therapist imagines himself as the mother superior, a role, that makes his work satisfying and effective, but brings up various difficulties at home. Unconsciously he shows up his wife as a poor or bad mother and produces through his over-giving mother-attitude additionally guilt in his wife and children. Through his passive, masochistic and nursing techniques the wife's confidence in her own maternal strength is shattered, and as a result she acts defensive against any therapist's skills.

In the couples' group the presence of other wives renews the trust in her female strength and on the other hand the motherly support of the group relieves the husband of his compulsion to mother his wife. He learns to behave more like a man.

5. Women married to psychotherapists often need an omnipotent mother or father imagery to feel secure. They tend to regress and are easily infantilized. The couples' group must work hard to help the women to stop clinging and bitterness that goes with idolatry. Through

the weakly two hours meetings of the group over 3 to 7 years, the group diminishes envy and can get closer.

6. The disciplined contact with his patients leads for the analyst to considerable deprivation. Practitioning alone and working a tight schedule he rarely meets colleagues other than in competitive political meetings. Thus he finds no analytic friendship and support. The need for meaningful relationship, deriving from his intense and deep work with his patients, that makes him act silent or demanding towards others can be met by the couples' group in an analytically controlled manner. The couples' group enables men and women after having had long individual training to discover new sides of themselves through the group interactions. The emphasis of the analytic work should be laid by the leading group analyst as participant observer more on pathological interactions than on free association. The deeper going work stems from group analysis of the individual dreams.

The therapeutic process of the couples' group starts with a concrete crisis, followed by observation of interactions, and then transference operations and ends in the perception of one another as authentic persons. Then the past experience and dreams are worked through. The greater intimacy leads to pleasure in being with one another and helping one another still analyzing their interactions — a truly analytic family in the tradition of Vienna and the early years of psychoanalysis.

Literatur

- Ackerman, N.* (1938): *The Diagnosis and Treatment of Family Relationship* (New York: Basic Books)
- Blinder, M. G.; Kirschenbaum, M.* (1967): *The Technique of Married Couple Group Therapy*. In: *Arch. Gen. Psychiat.* (17)
- Gottlieb, A.; Pattison, E. M.* (1966): *Married Couples Group Psychotherapy*. In: *Gen. Psychiat.*, (14) 143—152
- Gottlieb, S. B.* (1960): *Response of Married Couples Included in a Group of Single Patients*. In: *Int. J. Group Psychother.* (10) 143—159
- Grotjahn, M.* (1960): *Psychoanalysis and the Family Neurosis* (New York: Norton).
— (1960—1969): *Unpublished writings and personal communications*
- Jackson, D.* (1960—1968): *Personal Communications*
- Jones, W. L.* (1967): *The Villain and the Victim: Group Therapy for Married Couples*. In: *Am. J. Psychiat.* (124) 3
— (1960—1969): *Unpublished papers and personal communications*
- Leichter, E.* (1962): *Group Psychotherapy with Married Couples: Some Characteristic Treatment Dynamics*. In: *Int. J. Group Psychother.* (12) 154—163
- Mendel, W.* (1964—1969): *Personal communications*
- Peck, J.* (1968): *Panel Discussion*
- Perelman, J. S.* (1960): *Problems Encountered in Psychotherapy of Married Couples*. In: *Int. J. Group Psychother.* (10) 136—142
- Rogowski, A.; Brown, S.; Grotjahn, M.* (1966): „A Symposium on Conjoint Therapy“. In: *Psychoanal. Forum* (1) 2

- Sommers, V. S.* (1953): An Experiment in Group Psychotherapy with Members of Mixed Minority Groups. In: *Int. J. Group Psychother.* (3) 254—269
- (1968): Psychodynamic Aspects of Group Psychotherapy with Married Couples. Unpublished manuscript and discussion
- Stone, L.* (1961): *The Psychoanalytic Situation* (New York: Int. Univ. Press)

Analytische Gruppentherapie mit Ehepaaren

Hans Illing*

Neurotische Fehlentwicklungen wie psychosomatische Syndrome haben ihren Ursprung in der frühen Kindheit, werden aber oft erst in späteren Partnerbeziehungen verstärkt erlebt. Der Autor berichtet über eine Gruppentherapie mit 3 Ehepaaren, die vordergründig wegen Ehekonflikten, wie z. B. Eifersucht, sexuelle Schwierigkeiten, Geldprobleme, die Praxis aufgesucht hatten. Im Verlauf der Therapie, in der die einzelnen Mitglieder ihre Konflikte in der Gruppe ausagierten und diese therapeutisch bearbeitet werden konnten, wurde es den Mitgliedern klar, daß ihre Schwierigkeiten auf Kindheitskonflikten beruhten, die sie in der Ehe ausagierten. Diese Einsicht und das Miterleben eigener Konflikte in den anderen Mitgliedern führte trotz relativ kurzer Dauer der Gruppenpsychotherapie zu Änderungen in den Haltungen der einzelnen.

Klinische Arbeit mit Ehepaaren auf psychotherapeutischem Gebiete ist verhältnismäßig neu und ein Streitgebiet der Therapeuten. Entweder kann nur einer der beiden Ehepartner von einem Therapeuten zu gleicher Zeit in der Einzelsitzung gesehen werden, oder es weigert sich der andere Ehepartner, sich der Behandlung zu unterziehen, wie ja der Widerstand als tägliches Symptom in der Praxis beobachtet werden kann. Dazu kommt der Kostenpunkt, scheinbar das größte Abschreckungsmittel, individuelle Psychotherapie für beide Ehepartner durchzuführen. Schließlich hängt viel von der Ätiologie der Neurose der Partner ab, gleich, ob sie nun vom Therapeuten diagnostiziert ist oder der praktische Arzt den Mann oder die Frau wegen psychosomatischer Symptome an einen Therapeuten überwiesen hat.

Um auf die psychosomatischen Symptome zuerst zu sprechen zu kommen: es ist nötig, daß der Therapeut (gleich ob Arzt oder nichtärztlicher Psychotherapeut) im engsten Einvernehmen mit dem überweisenden Arzt arbeitet und die Ausschaltung organischer Symptome vorgenommen wurde. Es ist heute allgemein bekannt, daß z. B. Asthma, Dermatosen, peptische, gastrische oder kolitische Ulcera, ferner kardiologische Störungen durch Psychotherapie behoben werden können. Im allgemeinen wird angenommen, daß die Ursache meist lange vor der Ehe zurückliegt, aber durch die Ehe verstärkt wird. Psychotherapie greift hier nicht nur heilend durch die Aufdeckung psychischer Depressionen und regressiver Tendenzen ein, sondern wird gerade in Amerika oft durch pharmazeutische Mittel, wie z. B. durch Tranquillizer, unterstützt.

Um nun die Kosten der Behandlung niedrig zu halten und um die „Gewissensbisse“ und die Angstgefühle des einen oder der beiden Ehepartner zu vermindern, greift hier die Gruppenpsychotherapie als Hilfe

* Dr. phil., Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeut, Los Angeles

ein. Die beiden Hauptfaktoren des Widerstandes, nämlich der Kostenpunkt und die Annahme, daß nur ein Partner Therapie „braucht“, werden dadurch überwunden, daß die Kosten verhältnismäßig niedrig sind und daß oft derjenige Partner, der sich für „normal“ hält, seines (ihres) Partners wegen und um ihm (ihr) einen „Gefallen“ zu tun, sich ebenfalls der Gruppe anschließt.

Im folgenden möchte der Verfasser an Hand der Protokolle über eine Gruppe, die er 10 Monate behandelt hatte, berichten.

Die Gruppe begann zuerst mit 2 Ehepaaren, die sich einmal wöchentlich für 1 1/2 Stunden zusammenfand. Ehemann A war ein Medizinstudent im letzten Semester und arbeitslos (gelegentlich „arbeitete“ er als Amateurfotograf, wobei er sich auf Pornographie „spezialisierte“). Seine Frau arbeitete als Sekretärin in einer Fabrik. Das Paar hatte 3 Kinder im Alter von 4—9 Jahre. Die beiden waren elf Jahre verheiratet und Anfang dreißig. Ehepaar B hatte ähnliche Probleme, der Ehemann war ein arbeitsloser Berufsfotograf, der kurz zuvor aus einer Strafanstalt entlassen wurde. Er war wegen „Belästigung“ eines 12jährigen Mädchens verurteilt worden. Er hatte dem Mädchen während einer Aufnahme „unter das Kleid gefaßt“, es aber sonst nicht berührt und keinen Geschlechtsverkehr mit ihm gehabt. Seine Frau arbeitete ebenfalls als Sekretärin im Büro einer großen Universität und unterhielt ihren Mann und ihre beiden Kinder (Alter 4 und 8). Beide Ehepartner waren ebenfalls Anfang dreißig und 9 Jahre lang verheiratet.

Nach den ersten 6 Sitzungen kam im Einvernehmen dieser Ehepaare noch ein drittes Paar in die Gruppe. Der Mann war Friseur und erst 9 Jahre in den Vereinigten Staaten. Er hatte seine Frau in einem Konzentrationslager in Polen kennengelernt; es war seine zweite Ehe. Seine erste Frau war erschossen worden, als sie sich weigerte, sich vergewaltigen zu lassen. Die beiden Kinder aus erster Ehe im Alter von 5 und 7 Jahren waren in einem Konzentrationslager vergast worden. Die zweite Frau war zum ersten Mal verheiratet, und ihr Mann hatte sie in einem Konzentrationslager kennengelernt, um ihr seinen Dank zu sagen, da er gehört habe, daß sie die letzte gewesen sei, die sich um seine Kinder aus erster Ehe gekümmert hatte. Die Frau war Anfang dreißig, der Mann Ende vierzig, obwohl er mindestens ein Jahrzehnt jünger aussah. Sie waren nun elf Jahre verheiratet und hatten 2 Kinder im Alter von 6 und 9 Jahren.

Die Probleme und Konflikte der drei Ehepaare waren folgende: Ehemann A beschuldigte seine Frau des Ehebruchs und ewiger Flirterei mit anderen Männern, eine Anschuldigung, die Ehemann C seiner Frau ebenfalls machte. Ehefrau A warf ihrerseits ihrem Manne Eifersucht vor, sowie unnötige Einschränkung ihrer persönlichen Freiheit. Beide beschuldigten sich gegenseitig, wenn schon nicht Alkoholiker zu sein, so doch

„gelegentlich“ im Übermaße zu trinken (die Gelegenheit schien sich mindestens dreimal in der Woche zu bieten). Eifersucht war auch das Hauptthema der Ehefrau C. Ehepaar B hatte andere Konflikte. Die Frau war nur von unbewußter Eifersucht beseelt: hatte sich ihr Mann an einem zwölfjährigen Mädchen vergriffen, wer würde ihr garantieren, daß er sich nicht auch an einer 21jährigen Frau vergeifen würde? Der Mann hatte keine offenen Klagen gegen seine Frau vorzubringen, es sei denn seine Schuldgefühle und gelegentlichen Vorwürfe, daß sie zu Unrecht auf ihn eifersüchtig sei.

Es zeigte sich nun sehr bald, daß das Goethesche Sujet der Wahlverwandtschaften insofern zutage trat, als Ehemann A, der oft zu große sexuelle Anforderungen an seine Frau stellte, der Ehefrau B den Hof machte, und umgekehrt Ehemann B mit Ehefrau A flirtete. Ehepaar C war von diesem Zwischen- und Rollenspiel der Gruppe insofern ausgeschlossen, da es zumindest in den ersten beiden Monate als „Fremde“ betrachtet wurde. Man versuchte, ihm zu helfen, die beiden anderen Paare waren ihm freundlich gesinnt, aber in den ersten Wochen und Monaten kam es bei ihm nicht zu jenen intimen Zusammenkünften außerhalb der Gruppensitzungen, wie dies bei Ehepaar A und B der Fall war. Es spielten also kulturelle (aber nicht religiöse) Faktoren eine Rolle, die während der zehnmonatigen Sitzungen dann überbrückt werden konnten.

Die Protokolle zeigen nun, daß jede Sitzung ein gewisses Thema bzw. Leitmotiv hatte, und daß jede Sitzung, ohne Ausnahme, einem Mitglied der Gruppe oder einem Paar der Gruppe gewidmet war; dies geschah ohne vorherige Absicht oder Vorbereitung. Ein Protokoll z. B. wies nur Gespräche über Geschlechtsverkehr, ein anderes nur über Geld und Geldsorgen, ein drittes nur über Freundschaften und Gesellschaften, ein viertes nur über Religion usw. auf. Der Verfasser hatte zu Beginn der Gruppensitzungen alle Mitglieder aufgefordert, in jeder Sitzung Träume zu berichten, und so verging fast kaum eine Sitzung, die sich nicht mit den Berichten von Träumen der einzelnen Mitglieder befaßte.

Die Resultate der Gruppensitzungen waren manchmal dramatisch, manchmal geschah kaum etwas; therapeutisch gesehen war die Gruppe aber doch stets progressiv. Die Gruppe fing mit zwei dramatischen Ereignissen an: Nach den ersten beiden Sitzungen bekannte Ehemann A, daß er ein außereheliches Verhältnis vor 5 Jahren hatte, das einige Monate währte; seine Frau, durch die andauernde Eifersucht ihres Mannes bis zum äußersten erregt und gereizt, bekannte ihrerseits, daß sie auch ein Erlebnis mit einem Matrosen, den sie in einer Bar kennenlernte, ebenfalls vor 5 Jahren hatte, das aber nur eine Nacht gedauert habe. Zwischen der zweiten und dritten Sitzung beging Ehemann A einen Selbstmordversuch, indem er ein Dutzend Schlaftabletten einnahm. Auch ohne Auspumpen des Magens überstand er ein vier Tage währendes Koma.

Es schien, als ob die gegenseitigen Geständnisse und der Selbstmordversuch die Atmosphäre kathartisch gereinigt hatten, denn seitdem machten beide Partner rasche und sichere Fortschritte in ihrer beinahe bis zum Bruch geführten Ehe. Ehemann C war sechs Wochen später in die Gruppe eingetreten, weil erst dann seine Frau aus einem Sanatorium entlassen wurde, in dem sie sechs Monate wegen Tuberkulose gelegen hatte und von dem sie durch den entlassenden Arzt an den Verfasser zur Psychotherapie überwiesen wurde. Die psychotisch anmutenden Ideen ihres Mannes, daß sie ihm seit Beginn ihrer Ehe untreu gewesen sei und selbst im Sanatorium „andauernd“ Geschlechtsverkehr mit anderen Patienten gehabt hätte, erwiesen sich als völlig unbegründet. Der Verfasser führte mit dem Mann einen Rorschach-Test durch, der keinerlei psychotische Tendenzen zeigte. Während der folgenden neunmonatigen Sitzungen aber erwarb der Mann soviel Einsicht, daß er erkannte, seine Frau unrichtigerweise der Untreue beschuldigt zu haben. Seine europäische Herkunft aus dem jüdischen Polen, wo der Mann der Herr des Hauses ist, sagte der Frau nicht zu. Obwohl sie ebenfalls aus Polen stammte, hatte sie sich doch rasch assimiliert, da sie die „Vorherrschaft“ der Frau in Amerika als wohltuend empfand, was ihrem Mann absolut nicht behagte und zu endlosen Streitigkeiten führte. Während nun die Fortschritte dieses Paares in der Gruppe weniger dramatisch aber doch offensichtlich waren, schien es, als ob Ehemann B (der Fotograf) eher Rückfälle als Fortschritte aufzuweisen hatte. Er hatte lange Perioden von Arbeitslosigkeit und empfand es als beschämend, daß seine Frau den Unterhalt für die Familie, einschließlich der Kosten der Psychotherapie, zu bestreiten hatte. Offensichtlich war seine Rolle als Mann — auch sexuell — fraglich, was er wohl erkannte, aber nicht ändern konnte. Andauernd quälte er sich mit dem Problem ab, ob seine Ehe glücklich sei. Nur in wenigen Sitzungen ergriff seine Frau das Wort. Sie war gewöhnlich schweigsam, verweigerte aber nie eine Antwort, wenn eine Frage direkt an sie gerichtet wurde.

Am Beginn der Gruppe wurde beschlossen, Kaffee während der Sitzungen zu servieren, und die Paare teilten sich in dieser Aufgabe. Nach jeder Sitzung trafen sie sich zu einer „Nachsitzung“ in einem in der Nähe gelegenen Café und besprachen die Ereignisse der vorangegangenen Sitzung oft bis tief in die Nacht hinein. Diese Caféhaus-Gespräche wurden dann oft in der folgenden Sitzung fortgeführt, obwohl der Verfasser aus therapeutischen Erwägungen heraus manchmal nicht gewillt war, auf diese Gespräche näher einzugehen. Aber es war jedenfalls offensichtlich, daß diese Nachsitzungen auch ohne Therapeuten eine therapeutische Färbung annahmen.

Im achten Monat der Gruppenpsychotherapie schied Ehepaar A aus. Verschiedene Gründe waren hierfür maßgebend. Der Ehemann war als

Medizinstudent exmatrikuliert worden, weil er sich verschiedene Dinge hatte zuschulden kommen lassen; er war auf der Suche nach einer Stellung, und die Aussicht, bald ein festes Einkommen zu haben, war wieder in weite Ferne gerückt. Dadurch waren neue finanzielle Schwierigkeiten aufgetaucht, die es ihm unmöglich erschienen ließen, seine Behandlung fortzusetzen. Seine Frau, deren Beziehung zum Therapeuten niemals die beste gewesen war, machte sich die Lage ihres Mannes zunutze, darauf zu bestehen, die Behandlung zu beenden. Ihr Wunsch, aus der Gruppe auszuschneiden, wäre schon früher Wirklichkeit geworden, hätte nicht der Rest der Gruppe starken Druck ausgeübt, um das Paar „bei der Stange zu halten“. Die veränderte Berufs- und Wirtschaftslage veränderte aber die Situation.

Nach dem Ausscheiden des Paares A verblieben die restlichen beiden Paare in einer noch herzlicheren Beziehung weitere 2 Monate bis auch Paar B die Gruppe aus finanziellen Gründen verlassen mußte. Das Paar B zog es vor, seinen neuerstandenen Wagen abzuzahlen, als seine psychotherapeutische Behandlung fortzusetzen; das Ich dieses Paares war nun stark genug, die materiellen Notwendigkeiten einzuschätzen und daraus die Konsequenzen zu ziehen. Das einzig „überlebende“ Paar beendete daraufhin gleichfalls die Gruppenpsychotherapie. Es sei erwähnt, daß die Ehefrau C während ihrer achtmonatigen Gruppensitzungen verschiedene Male ihre Klinik aufsuchte, aber die Röntgenbilder sowie alle übrigen Labortests waren immer negativ, sie nahm stets an Gewicht zu. Bevor sie den Verfasser dieser Arbeit verließ, wurde sie noch einmal ermahnt, ihre Klinik aufzusuchen. Der untersuchende Arzt kam mit dem Verfasser zu dem Ergebnis, daß man vorläufig ohne weitere Psychotherapie auskommen könne; der vorzeitige Abbruch ihrer Therapie war also nicht ganz „zufällig“.

Fortschritte wurden überall gemacht, und sie waren jedem Mitglied verständlich. Allein, die meisten Mitglieder waren sich ebenfalls klar, daß weitere Psychotherapie nötig war, und daß nicht alle Konflikte zwischen den Partnern sich lösen ließen. So waren es z. B. die tiefen Wunden der Kindheit in jedem Gruppenmitglied, die oft wochenlang das Gesprächsthema lieferten und m. E. der Urgrund der verschiedenen Neurosen waren.

Ehemann C hatte z. B. seine Mutter als zweijähriges Kind verloren und wurde von einer „bösen“ Stiefmutter erzogen, die ihre eigenen Kinder bevorzugte, wobei der Hunger noch heute den Mann als schlimmste Erinnerung plagt. Seine erste Ehe, deren tragisches Ende oben erwähnt wurde und die etwa 6 Jahre gedauert hatte, bezeichnete er als die „glücklichste“ Zeit seines Lebens, da es ihm scheinbar gelungen war, zu lieben und geliebt zu werden und den Kindheitstraum zu verwirklichen, nämlich eine Familie zu besitzen. Seine zweite Frau stellte in seiner Vor-

stellung das Bindeglied zwischen dem Ende der „glücklichen“ Zeit einerseits und einer unglücklichen Kindheit andererseits dar. Ehemann A philosophierte dauernd und versuchte, alle Mitglieder einschließlich seiner eigenen Frau zu „analysieren“. Es gelang ihm nie. Ehemann B (der Fotograf) war selbstreflektierend und sein Ich geschwächt durch Einbrüche seiner Gewissensinstanz, die sich oft bemerkbar machten. Diese Instanz nahm etwa in Träumen die Gestalt seiner Frau, des Verfassers oder öfters seines Bewährungshelfers an. Die drei Frauen spielten verschiedene Rollen. Ehefrau A hatte außer ihrer Menstruationsstörung noch mehrere kurzfristige Stimmungsschwankungen regelmäßig in jedem Monat und brachte diese in den Sitzungen als Aggressionen heraus („acting out“). Ehefrau B litt nicht unter solchen Verstimmungen, da sie eine Totalexstirpation des Uterus gehabt hatte — ein Eingriff, der wohl viel zu ihrem zerrütteten Eheleben beigetragen hat. Sie war, wie bereits erwähnt, introvertiert und schweigsam. Ehefrau C war am gesprächigsten, sowohl, um sich zu verteidigen, als auch durch ihren Wunsch getrieben, dauernd Hilfe bei den anderen Mitgliedern und Sympathie für ihr qualvolles Eheleben zu finden.

Abschließend kann gesagt werden, daß Eheberatung und -psychotherapie (das eine ist oft kaum von dem anderen zu unterscheiden) auch in Gruppen wirksam sein kann. Auch hier traf die Grundregel der Gruppenpsychotherapie zu: es genügt niemals, nur intellektuell zu wissen, daß andere ähnliche Probleme haben — dieses Wissen erreicht nicht die Tiefe der Seele. Die Probleme der anderen hingegen im Gruppengespräch zu erleben und zu erleiden vermittelt wirkliche Einsichten, die auch richtungsweisend sein können; so kann eine neue Einstellung zum Leben gefunden werden. — Katamnestisch kann jedenfalls bei den hier besprochenen drei Ehepaaren gesagt werden, daß die Gruppenpsychotherapie ihrem Leben neue Impulse gegeben hat. Alle 6 Teilnehmer wurden aus der bisherigen Öde ihres Seins herausgeholt, und jeder erlebte in seiner Art eine „Eheschule“. Der Hinweis scheint am Platze, daß diese Form der therapeutischen Hilfe (die vom Verfasser keineswegs überschätzt wird) mit relativ geringen finanziellen Opfern verbunden ist.

Die Literatur, die sich mit der Behandlung von Ehepaaren in Gruppen befaßt, ist noch klein; sie kann auf Anforderung vom Verfasser zur Verfügung gestellt werden. Hier seien nur einige Arbeiten angeführt, die das Thema Gruppenpsychotherapie behandeln.

Analytic Grouptherapy with Married Couples

Hans A. Illing

The author reports on difficulties frequently encountered in therapy with married couples; there is the financial sacrifice, the different motivation of the individual partner to participate in the therapy. Very often

one of the partners feels that he only should go to the sessions in order to please the other one.

Illing had the opportunity to treat three married couples for a period of more than ten months in an analytic group therapy. It is characteristic that couples view their problems simply as marital conflicts, so that they come to treatment with complaints such as jealousy, authoritarian regime of one mate over the other, financial problems etc. The group is the medium where these conflicts can be acted out and thus can be observed and understood as the re-enactment of infantile traumata. By interpretation and the experience of the suffering of the other one, which has a cathartic effect, the infantile conflict can be analyzed. The members of the group on which *Illing* is reporting understood that not all their behaviour could be reduced to marital problems. They all became aware that they needed psychotherapy which gave them new impulses and a changed attitude in their marriages.

Unfortunately one of the couples had to quit treatment after eight months, because of "monetary reasons", the other couples followed them two months later.

Literatur

- Ackerman, N. W.* (1958): *The Psychodynamics of Family Life: Diagnosis and Treatment* (New York: Basic Books)
- Ammon, G.* (1970): *Gruppendynamik der Aggression* (Berlin: Pines-Publikationen)
- Bach, G. R.* (1956): *Gruppendynamik und Psychoanalyse*, in: *Heilkunst* (5)
- Illing, H.* (1955): *Jung und die moderne Tendenz in der Gruppenpsychotherapie*. In: *Heilkunst* (7)
- 1962: *Transference and Countertransference in Analytical Group Counseling*. In: *Acta Psychotherapeutica* (Basel: Karger)
- (1963): *Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie*. In: *Meng, H., Hrsg. Das psychoanalytische Volksbuch, Bd. II* (Bern: Huber)
- Moreno, J. L.* (1955): *Psychodrama und Gruppenpsychotherapie*, in: *Heilkunst* 8
- , *Illing, H., Teirich, H. R.* (1957): *Die Ethik des Gruppenpsychotherapeuten*. In: *Heilkunst* (10)
- Teirich, H. R.* (1956): *Gruppenpsychotherapie in der Privatpraxis*, in: *Ars Medici*
- , *Leutz, G.* (1957): *Gruppentherapie und dynamische Gruppenpsychotherapie in Deutschland*. In: *Heilkunst* (8)

Author's address:
 Hans A. Illing, M. D.
 6112 West 77th Street
 Los Angeles, Calif. 90045

Buchbesprechungen/Bookreviews

Raymond Battegay
Angst und Sein

Hippokrates, Stuttgart, 1970, 112 Seiten, DM 16,—

In dem vorliegenden Buch möchte der Verfasser Angst aus anthropologischer Sicht als urmenschliches Verhalten beschreiben und Möglichkeiten für ihre Bewältigung aufzeigen. Schon der Titel des Buches setzt Angst und Sein miteinander in Beziehung, wobei unter „Sein“ eine Struktur verstanden werden soll, die zeitlos hinter dem historischen Wandel steht und deren wesentliche Grundkategorie die „Angst“ ausmacht. *Battegay* differenziert zwischen „normaler“ und krankhafter Angst, wonach es nicht darauf ankommen könne, Angst aufzuheben, sondern sie unter Kontrolle zu bringen. Die Angst vor dem Tode und vor dem Vergessenwerden wird sogar als hauptsächliches Movens zum Wirken und Schaffen angesehen. Mit Hilfe verschiedener psychotherapeutischer Verfahren, möglicherweise unter zusätzlicher medikamentöser Unterstützung, soll nur die pathologische Angst reduziert werden auf die normale Angst des „Seins“. Die Betonung liegt hier neben der analytischen Konfliktlösung auf der Versicherung der mitfühlenden Teilnahme. Nur eine vertrauensvolle zwischenmenschliche Kommunikation könne die allgemeine existentielle Verängstigung des modernen Menschen verhindern.

Battegay steht hier in Übereinstimmung mit Strömungen der Existenzphilosophie vor allem *Heideggers*, wenn er Angst als anthropologisches Wesensmerkmal des Menschen schlechthin beschreibt. Die Beweise, die er als Beleg seiner These anführt, erscheinen jedoch fragwürdig. Er stützt sich auf Analogiebeispiele des Naturgeschehens, sowie auf anthropologische Ergebnisse der Primitivkulturen. Dabei benützt er in unzulässig verkürzender Weise Erkenntnisse anerkannter Autoritäten wie *K. Lorenz* und *Darwin*. Von *K. Lorenz* übernimmt er zwar den biologisch determinierten Aggressionsbegriff, unterschlägt aber die seit einem Jahrzehnt dauernde Diskussion um diesen Begriff. Ebenso unhistorisch und undifferenziert geht er mit dem *Darwinschen* Terminus vom „Kampf ums Dasein“ um. Auch hier scheint ihm entgangen zu sein, daß dieser Begriff, den *Darwin* viel neutraler definierte, erst von den sogenannten Sozialdarwinisten auf menschliches Sozialverhalten übertragen und zu menschlichem Grundverhalten schlechthin gemacht wurde. Er übergeht die längst gängige Diskussion, ob „Kampf ums Dasein“ in dieser Form letzten Endes nicht nur eine Projektion bürgerlichen Denkens darstellt, die nach einer naturwissenschaftlichen Rechtfertigung für ihre Wettbewerbsideologie sucht. Der Verdacht liegt nahe, daß der Autor sich

mit dem Konkurrenzdenken als unmenschlichem Verhalten identifiziert und ihm der geschichtliche Ursprung nicht bewußt ist. Auch wird der unhistorische Ansatz deutlich, wenn *Battegay* anthropologische Beispiele von Primitivstämmen bruchlos auf die Gegenwart überträgt. So versucht er, die Kastrationsangst als ererbtes archetypisches Verhaltensmuster darzustellen, und bemüht als Beleg noch immer existierende Initiationsriten. Er nimmt wenig Rücksicht auf die spätestens seit *Margaret Mead* bekannten Ergebnisse der Anthropologie und Völkerkunde, die ganz anders geartete Kulturen mit anderen Grundstrukturen aufweisen. Hieran zeigt sich deutlich, daß auch die Kastrationsangst sozial- und erlebnisbedingt zu verstehen ist.

Verschwommen erscheint auch *Battegays* Stellungnahme zu *Freud*. Einerseits grenzt er sich deutlich ab gegen den Todestrieb, wenn er kritisch feststellt, daß es keiner Todestrieb bedarf, um organisches Leben in lebloses umzuwandeln. Er versucht zu beweisen, daß es sich bei der Auto- und Heterodestruktion um eine Form von Lebenstrieb handelt, in der sich der Mensch in seiner auswegslosen Situation doch noch selbst erfahren möchte. Andererseits muß man an dieser Kritik zweifeln, wenn der Autor in der Einleitung von einer „triebhaften Sehnsucht nach dem Tode“ spricht, die „die Hoffnung des Menschen beinhaltet, letztlich in einer anderen Welt, in einem Jenseits oder Nirwana auferstehen zu können.“

Obwohl das Buch in Einzelheiten sehr interessante Einsichten vermittelt, hinterläßt es als Ganzes Unbehagen durch das Bemühen, dem geschilderten menschlichen Verhalten durch fragwürdige Analogieschlüsse und unkritisches Berufen auf Autoritäten einen beweiskräftigen ahistorischen Hintergrund zu geben. Das Buch bezieht seine Geschlossenheit aus einer Simplifizierung längst umstrittener Diskussionspunkte.

Karin Ammon (Berlin)

Emil Schmalohr

*Frühe Mutterentbehrung bei Mensch und Tier —
Entwicklungspsychologische Studie zur Psychohygiene der
frühen Kindheit*

Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel, 1968, 156 Seiten, DM 17,50

Der Verfasser gibt mit seiner von verschiedenen Blickrichtungen aus geführten Untersuchung über die Folgen früher Mutterentbehrung eine Zusammenfassung zum Stand der Forschung auf diesem Gebiet. Er wendet sich nicht nur an beruflich interessierte Leser, sondern auch an

Eltern, denen seine Arbeit eine Hilfe zur richtigen Einschätzung der frühen Kindheitsbeziehungen sein kann. Darüber hinaus stellt das Buch eine Grundlage für die dringend notwendige Öffentlichkeitsarbeit über dieses Thema und die Durchsetzung entsprechender sozialpolitischer Maßnahmen dar.

Ein geschichtlicher Rückblick zeigt u. a. das Schicksal von Isolations-typen wie des Wildkinds von Aveyron. Der Verfasser weist darauf hin, daß nicht nur absolute Isolation dieser Art, sondern auch seelische Iso-lation bei sonst einwandfreier Pflege zu Schwachsinn, Asozialität oder sogar zum Tod führen kann, und daß auch noch heute Kinder in Säug-lings- und Kinderheimen durch das System der Massenpflege regelrecht schwachsinnig gemacht werden. Er belegt diese Auffassung durch Unter-suchungen verschiedener Autoren wie *René Spitz*, *John Bowlby* und *Harry F. Harlow*. Mit dem notwendigen Vorbehalt vergleicht er die Untersuchungen von *Spitz* und *Bowlby* mit den Beobachtungen *Harlows* an Rhesusaffen. Seine Ausführungen über die geringen Auswirkungen, die diese Forschungsergebnisse in der Praxis haben, geben zu denken. Man ist in Deutschland noch weit entfernt davon, *Bowlbys* von der Weltgesundheitsorganisation gebilligten Empfehlungen in die Wirklich-keit umzusetzen. Es besteht immer noch eine Tendenz, mütterliche Zu-wendungsformen im Vergleich zu anlagemäßigen körperlichen und see-lischen Konstitutionsfaktoren geringzuschätzen.

Psychotherapeutische Hilfe in Kinderheimen hat zwar Aussicht auf Erfolg (nach 17 Monaten Therapie stieg der IQ bei zweijährigen Kin-dern von 35 auf 97), muß aber in schweren Fällen versagen und scheitert auch am Fehlen der benötigten Zahl von Therapeuten.

Schmalohr schlägt vor, zur Koordinierung vorbeugender Maßnahmen analog zum „Bundesjugendplan“ einen „Bundeskinderplan“ zu schaffen, ein Gedanke, dem Beachtung dringend zu wünschen ist.

Inge Teichert (Berlin)

Roger Mucchielli

*Arbeitsbücher zur Psychologischen Schulung:
Gruppendynamik*

Otto Müller Verlag Salzburg, 1972, 175 Seiten, DM 19,50

Das Nicht-Direktive Beratungsgespräch

Otto Müller Verlag Salzburg, 1972, 134 Seiten, DM 19,50

Die vorliegenden Arbeitsbücher sind entstanden aus der langjährigen Erfahrung, die *R. Mucchielli* (Frankreich) in der Durchführung von Ein-

führungs- und Weiterbildungskursen in den verschiedensten Bereichen der Sozialarbeit gewonnen hat.

Die erklärte Absicht des Autors ist es, Beiträge zur konkreten Anwendung der Wissenschaft vom Menschen, der Psychologie, zu leisten. Interessant ist der an modernen lerntheoretischen Gesichtspunkten orientierte didaktische Aufbau. Jedes Arbeitsbuch besteht aus zwei Teilen: einer gut gegliederten theoretischen Einführung und dem zweiten Teil, der praktische Übungen zu dem jeweils behandelten Problemkreis enthält. Der Leser wird dadurch aktiv einbezogen. Außerdem werden die wichtigsten Fachausdrücke gesondert erklärt.

Im Band über „Gruppendynamik“ gibt *Mucchielli* eine repräsentative, historisch aufgebaute und anschaulich dargestellte Einführung in Methoden und Inhalte der Gruppendynamik aus sozialpsychologischer Sicht unter Einbeziehung der einschlägigen empirischen Untersuchungen.

In Anlehnung an die *Lewinsche* Tradition wird die Bedeutung der Gruppe als Ganzes herausgearbeitet. Ebenso wird klargemacht, daß es beim Verständnis der Dynamik einer Gruppe weniger um die manifesten, bewußt zur Verfügung stehenden Inhalte des Gruppenlebens geht, sondern es geht vielmehr darum, die Erlebnisebene und die Bedeutung, die diese für die Situation einer Gruppe hat, zu erfassen. Die den Gruppenmitgliedern zunächst unbewußte Erlebnisebene wird von *Mucchielli* ausschließlich aus dem Hier und Jetzt verstanden. Die Ziele der gruppendynamischen Arbeit — es wird z. T. auch von Gruppentherapie gesprochen — sind entsprechend dieser Forschungsrichtung primär pädagogische, nämlich solche der Umerziehung, des Lernens und Wiederlernens sozialer Rollen, der Fähigkeit zu Rollenwechsel, ständiges Anpassen und Wiederherstellung der Kommunikationsfähigkeit, die in spezifischer Weise trainiert werden.

Die Abgrenzung zur psychoanalytisch fundierten Gruppendynamik und Gruppentherapie, auf die *Mucchielli* mehr polemisch und sehr pauschal eingeht, läßt eine deutlich spürbare Diskrepanz zu den sehr informativen sozialpsychologischen Ausführungen entstehen. Er sieht den Hauptgegensatz zwischen Psychoanalyse und Gruppendynamik im Persönlichkeitsbegriff. Während die Gruppendynamik das Individuum, seine Probleme sowie deren Entstehung und Veränderung nur im Kontext der Gruppe sieht, gehe die Psychoanalyse von der Einzelpersonlichkeit aus. Konsequenterweise leitet er daraus die Hoffnung ab, daß die Gruppendynamik die Psychoanalyse ersetzen solle. Diese Alternative ist jedoch falsch gesehen, da gerade im Zuge der Weiterentwicklung der Psychoanalyse Erfahrungen und Ergebnisse der analytischen Ich- und Gruppenforschung zur Aufgabe des individualistischen Persönlichkeitsmodells geführt haben. Die Genese psychischer Krankheiten wird heute

soziogenetisch, d. h. aus der Pathologie der interpersonellen Prozesse der Primärgruppe herrührend, verstanden. Gruppendynamik sollte also nicht die Psychoanalyse ersetzen, sondern das Verstehen und Interpretieren gruppenspezifischer Phänomene in der analytischen Gruppentherapie sind zu einem entscheidenden therapeutischen Instrument geworden.

Das Arbeitsbuch über das Nicht-Direktive Beratungsgespräch basiert auf der Theorie und der Methode von C. Rogers, der diese Bezeichnung geprägt hat.

Es bringt in dem Sinne nichts wesentlich Neues, stellt aber entsprechend der Zielsetzung des Autors eine klar strukturierte, an pragmatischen Gesichtspunkten orientierte Anleitung zur Technik von Beratungsgesprächen in verschiedensten sozialen Bereichen dar.

Ursula Keller (Berlin)

Samuel R. Slavson

Einführung in die Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen

Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1971, 254 Seiten, DM 18,80

Dieses grundlegende Werk der psychoanalytisch orientierten Gruppenarbeit mit Kindern und Jugendlichen ist in Amerika bereits 1943 erschienen. Bei uns existiert es in deutscher Übersetzung bereits seit 1956 als erstes gruppentherapeutisches Lehrbuch.

Basierend auf Behandlungsberichten von etwa 750 Kindern im Alter von 9—18 Jahren und von insgesamt 55 Gruppen mit etwa dreijähriger Laufzeit wird ein ausführlicher Erfahrungsbericht über die therapeutische Arbeit des *Jewish Board of Guardians* in New York gegeben, einem Fürsorgeinstitut, das sich unter Leitung von S. R. Slavson der Therapie von Kindern mit psychischen Entwicklungsstörungen widmet.

Das Buch vermittelt einen Einblick in das breite Spektrum der Behandlungsmethoden des Institutes, von der intensiven Einzelpsychotherapie über Gruppentherapie bis zur Betreuung durch eine sogenannte „große Schwester“ oder „großen Bruder“ und die dem Institut angegliederten Einrichtungen wie Heime und Sommerlager. Kinder und Jugendliche werden je nach den therapeutischen Erfordernissen und nach sorgfältiger Untersuchung einer oder mehrerer dieser Behandlungsmethoden zugewiesen.

Den Hauptinhalt des Buches stellt die Darstellung der Beschäftigungsgruppentherapie dar, die den Kindern und Jugendlichen als „Clubs“ angeboten wird, ohne daß sie über deren therapeutischen Absicht unterrichtet sind.

Dem Anspruch des Autors, eine sich noch im experimentellen Stadium befindliche therapeutische Methode weiteren Kreisen zugänglich zu machen, zur Anregung für Psychiater, Psychotherapeuten, Erziehungsberater und Fürsorger, wird das Buch voll gerecht; aus der Fülle der dargelegten Erfahrungen, Berichte und Ansichten, die durch zahlreiche Beispiele belegt werden, ohne daß daraus bereits ein theoretisches Konzept abgeleitet wird, kann sich der Leser einen Überblick über den derzeitigen Stand der Entwicklung der Gruppentherapie verschaffen und eine eigene Meinung bilden.

Die Erkenntnisse, die aus der in diesem Buch dargestellten therapeutischen Arbeit gewonnen werden, haben bis heute noch volle Gültigkeit. So wird die Entstehung emotionaler Störungen und asozialen Verhaltens in der krankmachenden Familiengruppe gesehen. Die gestörte pathogene Dynamik der Primärgruppe wird im therapeutischen Prozeß der Gruppe reproduziert und kann dann analysiert und aufgehoben werden, was eine heilende Wirkung für den Patienten hat. Ziel der Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen ist die Veränderung der Ich-Struktur und somit auch ihrer Verhaltensweisen. Dies wird im wesentlichen durch die bei gemeinsamen Spielen und Gruppenaktionen stattfindenden Interaktionen, Beziehungen und Identifikationen der Kinder untereinander auf averbale Weise bewirkt. *Slavson* betont die Sorgfalt, mit der er Kindergruppen zusammenstellt und schränkt ein, daß die genaue Analyse der Kindergruppe noch aussteht.

Es werden weiterhin wichtige Gesichtspunkte hinsichtlich der therapeutischen Funktion der Gruppe, des Gruppentherapeuten, hinsichtlich der Ausbildung zum Gruppentherapeuten, Fragen der Übertragung und Gegenübertragung, der Regression, der Kreativität und Sexualität, des Stütz-Ichs diskutiert, die jedoch vom heutigen Stand der gruppensystemischen und Ich-psychologischen Forschung überholt und neuformuliert sind.

Bestechend ist die Klarheit der Darstellung der hier empirisch angewandten und wissenschaftstheoretisch beleuchteten Gruppenarbeit und ihre sorgfältige Handhabung.

Insgesamt vermitteln die Ergebnisse und Berichte dieses Buches ein lebendiges Bild von Gruppenprozessen und schildern überzeugend deren therapeutische Wirkung. Sie können darüber hinaus als Material verstanden werden, das als Ausgangspunkt für weitere Forschung dient.

Regine Schneider (Berlin)

Nachrichten

Gründung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) e. V.

Anlässlich des 2. Internationalen Kongresses, den das International College of Psychosomatic Medicine im Juni 1973 in Amsterdam durchführte, wurde die erste Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin gegründet.

Die Gesellschaft dient laut Satzung dem Zusammenschluß von Wissenschaftlern aller Disziplinen, die auf dem Gebiet der Erforschung und Behandlung psychosomatischer Erkrankungen tätig sind. Sie will ein Forum für den unvoreingenommenen wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch von Ärzten aller Fachrichtungen, von Psychoanalytikern, Psychologen und Sozialwissenschaftlern bilden, mit dem Ziel, die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf dem Gebiet der psychosomatischen Medizin in Forschung und Therapie zu fördern und zu intensivieren.

Die Gründungsversammlung der neuen Gesellschaft wählte einstimmig den Berliner Psychiater und Psychoanalytiker, Dr. med. *Günter Ammon*, zu ihrem ersten Präsidenten.

Ehrenpräsidenten der Gesellschaft wurden Prof. Dr. *Eric D. Wittkower* (Montreal), einer der bedeutenden Pioniere der psychosomatischen Medizin, und Prof. Dr. *Mauricio Knobel* (Buenos Aires), amtierender Präsident des International College of Psychosomatic Medicine.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) e. V. steht bereits in enger Zusammenarbeit mit psychosomatischen Gesellschaften anderer Länder, eine besonders enge Kooperation besteht mit dem International College of Psychosomatic Medicine, dem Dr. med. *Günter Ammon* als Gründungsmitglied angehört. Sitz der Gesellschaft ist Westberlin.

Zur Mitgliedschaft sind alle im Bereich der psychosomatischen Forschung und Therapie tätigen Wissenschaftler eingeladen. Anträge auf Mitgliedschaft sind zu richten an die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) e. V., 1 Berlin 28, Hattenheimer Str. 4

Die Gründung der neuen Gesellschaft hat inzwischen ein lebhaftes positives Echo gefunden. Nachstehend folgen einige erste Stellungnahmen:

I feel greatly honoured by my election as Honorary President for lifetime of the newly founded Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin and accept this election with great pleasure. I regard it

as it is meant as an acknowledgement of the many years of research that I have carried out in the field of Psychosomatic Medicine.

E. D. Wittkower, M. D.
Professor of Psychiatry
McGill University,
Montreal

Ich danke Ihnen sehr herzlich für Ihren Brief, in dem Sie mir mitteilen, daß die Deutsche Sektion des ICPM mich als Ehrenmitglied gewählt hat. Ich betrachte es als eine Ehre und eine Auszeichnung.

Ich führe zur Zeit ein etwas zurückgezogenes Leben und verspüre keine große Lust mehr, an solch großen Kongressen, wie der in Amsterdam, teilzunehmen. Aber Behandlungen von psychosomatischen Patienten führe ich noch mit viel Freude durch und habe aufgrund meiner Erfahrungen gerade ein Manuskript über die psychovegetative Dystonie abgeschlossen, in dem ich über meine Methode der Behandlung solcher Fälle berichte.

Sie bitten noch um Vorschläge bezüglich der Mitgliedschaft. Mir fällt in erster Linie Herr Hahn in Heidelberg — ich hörte, er sei nach Berlin berufen — ein, der das gute Buch über den Herzinfarkt geschrieben hat. In Frage käme vielleicht auch Herr Zaubert in Tiefenbrunn, wie vor allem auch das Ehepaar Heigl.

Prof. Dr. med. *Arthur Jores*
Hamburg

Thank you very much for your letter of July 17, 1973, in which you inform me that I am elected as an honorary member of your Society. I feel very much honoured and I would be glad to accept it.

I appreciate it that during my stay in Berlin in May 1974 I certainly will get the opportunity to meeting several members of the newly founded Society. A bit nearer the time of my lectures in Berlin and München we will certainly be in contact. I will lecture in German since this is as a matter of fact no problem for me.

Thank you once again for your invitation and the honour you bestowed upon me. I am looking forward to seeing you in the near future.

Herman Musaph, M. D.
President of the Dutch Society
of Psychosomatic Medicine,
Amsterdam

I am most grateful for the honour bestowed upon me by your newly formed Society. I accept your decision of having me elected as Hono-

rary Member of the Deutsche Gesellschaft fuer Psychosomatische Medizin with deep appreciation. May I use the opportunity to congratulate you and your colleagues for the endeavors and efforts shown in the promotion and development of psychosomatic research. I would like to assure you of our intense and friendly cooperation in the scientific achievement of your Society.

Please do not hesitate to call on me and my colleagues if you would feel that we could contribute in any way to the development of your program.

Looking forward to future close contact with your Society.

Dan G. Hertz M. D.
Senior Lecturer in Psychiatry
Hebrew University-Hadassah
Medical School

My best congratulations and wishes for your DGPM: I accept with high pleasure to join it as honorary member.

I hope to be able to collaborate very actively with you, specially in 1975 when I'll organize in Rome the next Congress of the International College of Psychosomatic Medicine.

Prof. Dr. Ferruccio Antonelli
President of the Società Italiana
di Medicina Psicosomatica, Rome

2. Kongreß des International College of Psychosomatic Medicine, Amsterdam

Mehr als 300 Wissenschaftler aus 31 Ländern, darunter die führenden Vertreter ihres Fachgebietes, trafen sich auf dem 2. Kongreß des International College of Psychosomatic Medicine, der vom 18.—21. Juni 1973 unter dem Leitthema „Mechanisms in Symptom Formation“ stattfand, um die Ergebnisse ihrer Forschungsarbeit zu diskutieren.

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. wurde durch eine fünfköpfige Delegation vertreten und konnte in vier einander ergänzenden Vorträgen ein Konzept von Genese, Dynamik und Therapie der psychosomatischen Reaktion vorstellen, das im Rahmen der von *Günter Ammon* begründeten Berliner Schule entwickelt wurde.

Günter Ammon sprach über „Die psychosomatische Symptombildung als Kompensation eines Ich-strukturellen Defizits“ und entwickelte sein Konzept, wonach das psychosomatische Syndrom als Reaktion auf eine in frühester Kindheit erfolgte Schädigung der Ich-Entwicklung, im Sinne eines strukturellen Ich-Defizits, verstanden und behandelt werden kann.

Jan Pohl stellte in seinem Referat über „Konversion und psychosomatische Symptombildung“ die traditionelle Unterscheidung der beiden Mechanismen in Frage.

In einer Erweiterung des *Ammonschen* Konzeptes der psychosomatischen Reaktion auf die Genese und Dynamik der Konversionsneurose ersetzte er die klassische nosologische Zweiteilung durch das Konzept einer gleitenden Skala der psychosomatischen Reaktion.

Dietrich v. Kries diskutierte in einer Untersuchung der „Psychosomatischen Reaktion bei Borderline-Patienten“ die Bedeutung des Zustandes der Ich-Grenze als differentialdiagnostisches Kriterium für das Ich-Schicksal psychosomatischer Patienten.

Peter Moldenhauer untersuchte in seiner Arbeit „Über die Interdependenz von Verhalten und psychosomatischem Symptom“ die Bedeutung des Agierens für Ich-Kranke und entwickelte ein Konzept der Wechselwirkung von psychosomatischer Symptomatik und Gruppenbeziehungen.

Das durch diese vier Arbeiten vorgestellte Konzept der Berliner Schule fand starke Beachtung und führte zu einer lebhaften und ausgedehnten Diskussion.

Insgesamt gaben die auf dem Kongreß vorgetragenen Arbeiten zum Problem der Symptombildung und der psychosomatischen Medizin in Forschung und Praxis einen hervorragenden Überblick über das gesamte Forschungsgebiet und seine verschiedenen Aspekte.

Als besonders interessant seien erwähnt die Beiträge von *Eric D. Wittkower* (Montreal): „Transcultural Psychosomatics“; *Renata Gaddini* (Rom): „Early Psychosomatic Symptom and the Trend Towards Integration“; *Mauricio Knobel* (Buenos Aires): „Abnormality in Normal Development: A Concept of Symptom Formation in Childhood“; *Adam J. Krakowski* (New York): „Consultation Psychiatry: Present Global Status“; *Wilfred Dorfman* (New York): „Depression and Psychosomatic Disease“.

Der Kongreß schloß mit einer Sitzung des erweiterten Vorstandes des International College of Psychosomatic Medicine, an der die Delegation der DAP teilnahm und auf der Dr. med. *Günter Ammon*, Founding Member des College und Mitglied des Nomination Committee, vom Vorstand als Delegierter für die Bundesrepublik Deutschland bestimmt wurde.

Die Versammlung bestätigte Prof. *Mauricio Knobel* (Buenos Aires) als neuen Präsidenten des College. *Knobel* ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Lehr- und Forschungsinstitute der DAP in Berlin und München.

Es wurde beschlossen, im Herbst 1975 den 3. Internationalen Kongreß des College unter dem Thema „Therapeutic Management of Psychosomatic Illness“ zu veranstalten. Diese Tagung wird in Rom unter dem Präsidium des Mitherausgebers der „Dynamischen Psychiatrie“, Prof. Dr. *F. Antonelli* (Rom), stattfinden.

Tagung der Evangelischen Akademie Baden

Über „Konstruktive Aggression als Funktion des Ich“ sprach *Günter Ammon* auf einer Tagung der Evangelischen Akademie Baden, die vom 23.—24. Juni 1973 in Bad Herrenalb stattfand und sich mit dem Thema „Ist Aggression böse?“ befaßte.

Am Vortage hatte *Rolf Denker* (Tübingen) in einer sozialkritischen Studie die Aggression als mögliche Folge gesellschaftlicher Verhältnisse untersucht und war dabei auf die Aggressionsforschung *Ammons* ausführlich eingegangen.

Im Anschluß an *Ammons* Referat entspann sich eine lebhafte und ausgedehnte Podiumsdiskussion über das Leitthema der Tagung „Ist Aggression böse?“, die neben *Günter Ammon* von dem Initiator und Leiter der Evangelischen Akademie *W. Böhme*, *Rolf Denker* und dem Verhaltensforscher *Altner* bestritten wurde und zu der auch *Jan Pohl* beitrug.

Altner und *Ammon* wurde sich dabei einig, daß es an der Zeit sei, Ich-psychologische Verhaltensforschung zu treiben und sich dabei besonders den Primaten zuzuwenden.

9. Internationaler Kongreß für Psychotherapie, Oslo

Die Internationale Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie (IGAP) und die Norwegische Gesellschaft für Psychiatrie veranstalteten vom 25.—30. Juni 1973 in Oslo den 9. Internationalen Kongreß für Psychotherapie. Die Tagung, die unter dem Leitthema „Was ist Psychotherapie?“ stand, hatte etwa 1000 Teilnehmer aus 40 Ländern. Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. wurde durch eine 13 Mitglieder starke Delegation vertreten, die von Dr. med. *Günter Ammon* geleitet wurde.

Ammon, der einen vielbeachteten Vortrag zum Leitthema des Kongresses hielt, in dem er die entscheidende Bedeutung der Sprache im weitesten Sinne, von der Sprache des Körpers, des Symptoms, bis zur Sprache des Schweigens, der Empathie und des therapeutischen Bündnisses hervorhob, wurde in Oslo zum Ehrenmitglied der neugegründeten Italienischen Psychotherapeutischen Vereinigung (Associazione Psicoterapeutica Italiana, Rom) gewählt.

Den Abschluß des Kongresses bildete eine Mitgliederversammlung der Internationalen Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie (IGAP), die aufgrund eines Vorschlages ihres Vorstandes die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. als Mitglied aufnahm.

15. Deutscher Evangelischer Kirchentag

Anlässlich des 15. Deutschen Evangelischen Kirchentages, der vom 27. Juni bis 1. Juli 1973 in Düsseldorf stattfand, verlas Dr. med. *Jan Pohl* im Rahmen der Arbeitsgruppe III „Der Einzelne“ ein Referat von *Günter Ammon*: „Was macht eine Gruppe zur Gruppe?“ In diesem Vortrag wurden gerade diejenigen gruppenspezifischen Gesetzmäßigkeiten dargelegt, deren Unkenntnis zu den aktuellen Schwierigkeiten maßgeblich beitragen, welche die kirchlichen Institutionen und den Kirchentag selbst in eine Krise führten.

Anschließend sprach Prof. Dr. *D. Stollberg* (Bethel), Vorstandsmitglied der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V., über die Bedeutung der gruppenspezifischen Forschung für die seelsorgerische Praxis, wobei er sich insbesondere auf das Konzept der analytischen Gruppendynamik bezog, wie es von der Berliner Schule entwickelt wurde.

V. Internationales Symposium für Analytische Gruppenpsychotherapie Stelzerreut

Mit Fragen der „Theorie und Technik der Gruppenpsychotherapie von Psychosen“ beschäftigte sich das V. Internationale Symposium für Analytische Gruppenpsychotherapie, welches die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. und die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) e. V. vom 1.—7. August 1973 in der Tagesklinik für Intensive Gruppenpsychotherapie Stelzerreut/Kumreut bei Passau im Bayerischen Wald veranstalteten.

150 Teilnehmer aus 15 Ländern diskutierten die Vorträge, in denen 15 Referenten aus 8 Ländern über ihre Forschung und ihre therapeutische Arbeit berichteten.

Über analytische Gruppenpsychotherapie bei posttraumatischen Psychosen sprachen *Gottfried R. Bloch* und *Noretta Haas Bloch* (Los Angeles). *Donald A. Shaskan* (San Francisco) sprach über Probleme einer Gruppenpsychotherapie bei Borderline-Patienten; *Marvin L. Herz* (New York) sprach über Möglichkeiten und Probleme der therapeutischen Arbeit in Tages- und Nachtkliniken und Community-Health-Centers.

Roger Boutin (Ottawa) und *Horst Flegel* (Düren) berichteten über ihre Erfahrungen mit Patientengruppen in der stationären Therapie.

Mit Problemen der Gruppentherapie in psychiatrischen Kliniken beschäftigten sich auch *Ana Rojnik* (Ljubljana) und *Béla Buda* (Budapest). *Lucio Pinkus* (Rom) berichtete über ein laufendes Forschungsprojekt in Rom. *A. Gallego Meré* (Madrid) sprach über Möglichkeiten und Probleme einer Kombination von analytischer Einzel- und Gruppentherapie, ein Thema, dem auch der Vortrag von *Peter Moldenhauer* (Berlin) gewidmet war. *Roberto Kertész* (Buenos Aires) stellte in seinem Vortrag ein transaktionales Konzept der Psychotherapie vor.

Günter Ammon (Berlin) hatte das wissenschaftliche Programm der Tagung mit einem Vortrag über „Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie“ eröffnet, worin er die grundlegende Bedeutung dieser Aspekte für die Psychosen-therapie im Rahmen der therapeutischen Gruppe hervorhob. *Wolfgang Schmidbauer* (München) ergänzte das *Ammonsche* Konzept durch ein Referat, in dem er den Begriff der Ich-Schwäche einer gründlichen Kritik unterzog. *Jan Pohl* (Berlin) und *Regine Schneider* (Berlin) fanden große Beachtung mit ihren Referaten zum Problem von Zwangsneurose und Psychose im gruppentherapeutischen Verlauf und über das infantile Borderline-Syndrom, in denen sie das Ich-psychologische Konzept der Berliner Schule entfalten konnten.

Neben den Referaten und Diskussionen gab es fünf Arbeitsgruppen die dem intensiven Erfahrungsaustausch der Teilnehmer dienten und sich mit den folgenden Themenkomplexen beschäftigten: Strukturierung therapeutischer Gruppen (*Jan Pohl*, Berlin); Die Familienmitglieder des psychotisch reagierenden Patienten (*Gottfried R. Bloch* und *Noretta Haas Bloch*, Los Angeles); Therapeutische Techniken der Psychosen-therapie in bzw. mit Gruppen (*Ingeborg Urspruch*, Berlin); Die besondere Bedeutung der die Gruppentherapie erweiternden Milieu-therapie und die Rolle der therapeutischen Gemeinschaft (*Mathias Hirsch*, Berlin);

Theoretische Konzepte der Psychosen-therapie unter besonderer Berücksichtigung der analytisch orientierten Schizophrenie-Psychotherapie (*Ursula Keller*, Berlin).

Ergänzt wurde das Programm durch eine Besichtigung der Einrichtungen der Tagesklinik für Intensive Gruppenpsychotherapie Stelzerreut, die unter Führung der ärztlichen Leiterin, *Ingeborg Urspruch*, stattfand.

Die außergewöhnlich freundliche und anregende Atmosphäre der Tagung fand ihren Höhepunkt auf einem festlichen Empfang für die 150 Teilnehmer, der auf dem dazu ganz zur Verfügung stehenden Schloß Fürsteneck stattfand, auf dem eine Festansprache des neuen Vizepräsidenten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V., Dr. med. habil., Dr. phil. *Wolfram Kurth* (Wiesbaden) starke Beachtung

fand, und bei einer Dampferfahrt aller Kongreßteilnehmer auf der Donau.

Die Tagung stieß in Presse und Rundfunk auf ein lebhaftes Echo, sie hinterließ vor allem aber bei den Teilnehmern den nachhaltigen Eindruck einer fruchtbaren und anregenden Arbeitswoche.

8. Ordentliche Mitgliederversammlung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. am 5. 8. 1973

Auf der 8. Ordentlichen Mitgliederversammlung der DAP, die während des V. Symposiums stattfand, hatte der bisher amtierende Vorstand nach dreijähriger Amtszeit eine Vorstandsneuwahl als notwendig empfunden, wegen der inzwischen erfolgten Ausweitung der DAP auf die gesamte BRD und der damit notwendig gewordenen Veränderung des Vorstandes durch Mitglieder des DAP-Institutes München und Vertretern aus anderen Teilen der Bundesrepublik, wie Wiesbaden, Baden-Baden, Bethel etc. Der neue einstimmig (bei einer Stimmenthaltung) gewählte Vorstand setzt sich wie folgt zusammen:

Präsident:	Dr. med. <i>Günter Ammon</i> (Berlin)
1. Vizepräsident:	Dr. med. habil., Dr. phil. <i>Wolfram Kurth</i> (Wiesbaden)
2. Vizepräsident:	Dr. med. <i>Maria Helmrich</i> (München) Leiterin des Lehr- und Forschungsinstituts der DAP München, Leiterin des Unterrichtsausschusses
Exekutivsekretär:	Dr. med. <i>Jan Pohl</i> (Berlin) Stellvertretender Leiter des Unterrichtsausschusses
Schatzmeister:	Dr. med. <i>Gerd Röbling</i> (Berlin)
Geschäftsführer:	Dr. jur. <i>Uwe Lehmann-Brauns</i> (Berlin)
Beisitzer:	Dr. med. <i>Gottfried R. Bloch</i> (Los Angeles) Verbindungsmann zur Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung Dipl. Psych. <i>Brigitte Schwinert</i> (München) Dr. med. <i>A. Knebel</i> (Baden-Baden) Dr. med., Dipl. Psych. <i>Siegfried Gröniger</i> (München) Sekretär des Lehr- und Forschungsinstituts der DAP München

Dipl. Psych. *Ursula Keller* (Berlin)
 Prof. Dr. phil. *Dietrich Stollberg*
 (Bielefeld-Bethel)
 Dr. med. *Leonore Enzler* (München)
 Vertreterin der Ausbildungskandidaten
 des Münchener Instituts
 Dr. med. *Fritjof Winkelmann* (Berlin)
 Vertreter der Ausbildungskandidaten des
 Berliner Instituts

Zur Intensivierung und Koordinierung der Arbeit der DAP sind vom Vorstand neun Komitees gebildet worden:

1. Ausbildungskomitee (Unterrichtsausschuß), Leitung: Dr. med. *Maria Helmrich* (München)
2. Forschungskomitee, Leitung: Dr. med. *Günter Ammon* (Berlin)
3. Mitglieder- und Aufnahmekomitee, Leitung: Dr. med. habil., Dr. phil. *Wolfram Kurth* (Wiesbaden)
4. Nominierungskomitee, Leitung: Dr. med. habil., Dr. phil. *Wolfram Kurth* (Wiesbaden)
5. Koordinierungskomitee (zur Förderung und Vertiefung der Zusammenarbeit mit anderen Gesellschaften), Leitung: Dr. med. *Jan Pohl* (Berlin)
6. Publikationskomitee (zur Koordinierung von Veröffentlichungen), Leitung: *Galina Rave* (Berlin)
7. Kongreßkomitee, Leitung: *Ingeborg Urspruch*, Ärztin (Berlin)
8. Presse- und Informationsreferat, Leitung: *Mathias Hirsch* (Berlin)
9. Satzungskomitee, Leitung: Dr. jur. *Uwe Lehmann-Brauns* (Berlin)

Auf Beschluß der Mitgliederversammlung wird der nächste, in Zusammenarbeit mit der DGG durchgeführte Kongreß in der ersten Junihälfte 1974 auf Schloß Weidenkam (dem Ausbildungssitz des Münchener Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse — DAP — e. V.) unter dem Leitthema „Psychoanalytische Behandlungstechniken“ stattfinden. Das Kongreßkomitee hat seine Arbeit bereits aufgenommen.

Für das Münchener Institut konnten zwei (Dr. phil. *G. H. Graber*, Bern, und Dipl.-Psych. *B. Schwinert*, München) und für das Berliner Institut ein neuer Lehranalytiker (Dr. med. habil., Dr. phil. *W. Kurth*, Wiesbaden) gewonnen werden, so daß die DAP jetzt 10 Lehranalytiker hat. Es konnten 19 qualifizierte Mitglieder neu aufgenommen werden, somit hat die DAP 72 qualifizierte Mitglieder.

Der Exekutivsekretär der DAP, Dr. med. *J. Pohl* (Berlin), würdigte in einer Ansprache die Verdienste von *Ammon* um die Weiterentwick-

lung der Psychoanalyse, die mit der Entwicklung der DAP eng verbunden ist.

14. Ordentliche Mitgliederversammlung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) e. V.

Auf dem gleichen Symposium fand auch die Mitgliederversammlung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) e. V. statt. Der bisher amtierende Vorstand unter Leitung von Dr. med. *Günter Ammon* (Berlin) trat satzungsgemäß nach vierjähriger Amtsdauer zurück, es wurde ein neuer Vorstand wie folgt gewählt:

Präsident:	<i>Peter Moldenhauer</i> (Berlin)
1. Vizepräsidentin:	<i>Gisela Ammon</i> Leiterin des Psychoanalytischen Kindergartens der DGG; Vorsitzende des Ausbildungskomitees
2. Vizepräsidentin:	Dr. med. <i>Regine Schneider</i> (Berlin)
Exekutivsekretär:	Dr. phil., Dipl.-Psych. <i>Wolfgang Schmidbauer</i> (München)
Schatzmeister:	<i>Klaus Semmler</i> (Berlin)
Geschäftsführer:	Dr. jur. <i>Dietrich Mahlo</i> (Berlin)
Schriftführer:	<i>Manfred Link</i> , Theologe (Berlin)
Beisitzer:	<i>Donald Shaskan, M. D.</i> (San Francisco) Verbindungsmann zur American Group Psychotherapy Association (AGPA) <i>Gislinde Bass</i> (Berlin) <i>Noretta Haas-Bloch</i> (Los Angeles) Dr. med. <i>Béla Buda</i> (Budapest) Dr. med. Dipl. Psych. <i>Siegfried Gröninger</i> (München) <i>Mathias Hirsch</i> , Arzt (Berlin) Dipl. Psych. <i>Hubert Pozarnik</i> (Lubljana) <i>Elke Regehr</i> (Berlin)

Bei dieser Gelegenheit dankte *Ammon* ganz besonders *Galina Rave* für ihren entscheidenden Beitrag als Leiterin der Pinel-Publikationen Berlin.

Zwei Berichte waren von besonderem Interesse: der Bericht über die Ausbildung zum Gruppendynamiker in der BRD, sowie über die Leistungen des unter der Leitung von *Gisela Ammon* stehenden Psychoanalytischen Kindergartens, der inzwischen auf 43 Kinder erweitert werden konnte und vom Berliner Senat einen Abenteuerspielplatz zur Verfügung gestellt bekommen hat.

3. Internationaler Kongreß für Gruppenpsychotherapie, Zürich

In Zürich fand vom 20.—24. August 1973 der 5. Internationale Kongreß für Gruppenpsychotherapie statt. Die Tagung, die unter dem Leitthema „Gruppentherapie und Gruppenarbeit im Verhältnis zur sozialen Umwelt“ stand, beschäftigte sich mit Problemen der Gemeindetherapie, der Arbeit mit Randgruppen, mit der „Fehlentwicklung“ von Gruppen und dem Problem der Aggression in der Gruppe.

Die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) e. V. wurde auf der Tagung durch ihren Präsidenten, *Peter Moldenhauer* und durch Dr. med. *Jan Pohl* vertreten. Dr. *Pohl* verlas für *Günter Ammon* ein Referat zum Thema „Gruppendynamik der Aggression“, in dem *Ammon* sein auf der psychoanalytischen Ich- und Gruppenforschung basierendes Konzept einer primär konstruktiven und kreativen Ich-Funktion der Aggression darstellte, die erst aufgrund früher Lebenserfahrungen in einer pathogenen Gruppe eine reaktive destruktive Dynamik entfalte.

Ammon betonte, daß die Durcharbeitung dieser destruktiv gewordenen Aggression zentrale Bedeutung für die therapeutische Arbeit in der Gruppenpsychotherapie habe, die in diesem Sinne auch als Therapie der destruktiven Aggression bezeichnet werden könne.

Moldenhauer und *Pohl* leiteten einen workshop zum gleichen Thema, der mit etwa 150 Teilnehmern in der psychiatrischen Universitätsklinik „Burghölzli“ stattfand und zu einer lebendigen Diskussion führte.

Besonders interessante Beiträge zum Kongreß waren Vorträge von *H. E. Richter* und *W. Dierking* (Gießen): „Initiativ-Gruppenarbeit in einer Randschicht-Siedlung“; von *A. Heigl-Evers* und *K. König* (Göttingen-Tiefenbrunn): „Supervisionstechnik in der Gruppenpsychotherapie“, und von *R. Battegay* (Basel): „Defective Developments of Therapeutic Groups“.

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe liegen ein Prospekt des Kindler-Verlages und über den Bilderkalender des Psychoanalytischen Kindergartens bei; sowie ein Aufnahmeformular der DGPM.

Katamnesen bei kastrierten Sittlichkeitsdelinquenten aus forensisch-psychiatrischer Sicht

F. Cornu (Waldau-Bern)

132 p., 40 tab., 1973

SFr. 55.- / US \$ 15.40 / DM 49.- / £ 6.45

ISBN 3-8055-1449-2

Einleitung –
Das Untersuchungsmaterial –
Speziellere Aspekte des
Kastrationsproblems –
Die Ergebnisse der Nachunter-
suchung von 68 Kastraten –
Andere Behandlungsmethoden –
Indikation und Vorgehen bei
freiwilliger Kastration –
Zusammenfassung –
Literatur

Die Kastration als therapeutische Maßnahme bei Sittlichkeitsdelinquenten ist bis heute ein umstrittenes und mit Emotionen und Komplexen behaftetes Thema. Nach Durchsichtung der Gutachtensammlungen sämtlicher psychiatrischer Institutionen des Kantons Bern und der Operationsjournale der Chirurgischen Kliniken ist es gelungen, Unterlagen über insgesamt 177 Sittlichkeitsdelinquenten zu sammeln, wobei neben den Gutachten auch alle Gerichtsakten bzw. Vormundschafts- und Fürsorgeakten beigezogen wurden. Bei 127 Probanden war eine Kastration vorgenommen worden, bei den 50 übrigen vorgeschlagen, aber seitens der Probanden hartnäckig abgelehnt. 68 Probanden konnten persönlich auf somatische, psychische und soziale Auswirkungen des Eingriffes nachuntersucht werden. Die Arbeit beschäftigt sich mit allen Aspekten der Kastrationsproblematik sehr eingehend. Dank der einheitlichen Verarbeitung wird eine neue Dokumentation vorgelegt, die für die weitere Forschung und Praxis wichtig sein dürfte.



S. Karger · Basel · München · Paris · London · New York · Sydney