

Dynamische Psychiatrie

Begründet von
founded by
Günter Ammon

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

Vol. 49. Jahrgang

2016 • 1-2

Nr. 272-273

Dynamic Psychiatry

Gruppenpsychotherapie

Richard Billow (New York)

Gruppenprozess(e): Eine relationale Perspektive

Raymond Battgay (Basel)

Gruppentherapie in Verbindung mit Einzelanalyse

Astrid Thome (Augsburg), Margit Schmolke (München)

Gruppen leiten – Die Polarität zwischen Aktivität und Passivität

Ilse Burbiel, Gertraud Reitz (München)

Emotionale Resonanz und Körperlichkeit in der Analytisch-Strukturellen
Tanztherapie (AST)

Monika Birk (München)

Umgang mit Trennung aus der Gruppenpsychotherapie
Fallvignetten aus einer ambulanten halboffenen Therapiegruppe

ISSN 0012-740 X

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

Inhalt • Contents

Astrid Thome

Editorial	1
-----------------	---

Richard Billow (New York)

Gruppenprozess(e): Eine relationale Perspektive	6
Group Process(es): A Relational View (Summary)	29

Raymond Battegay (Basel)

Gruppentherapie in Verbindung mit Einzelanalyse	35
Group therapy in Connection with Psychoanalysis (Summary).....	42

Astrid Thome (Augsburg), Margit Schmolke (München)

Gruppen leiten – Die Polarität zwischen Aktivität und Passivität	44
Conducting groups: the polarity of activity and passivity (Summary)	55

Ilse Burbiel, Gertraud Reitz (München)

Emotionale Resonanz und Körperlichkeit in der Analytisch-Strukturellen Tanztherapie (AST)	59
Summary	68

Monika Birk (München)

Umgang mit Trennung aus der Gruppenpsychotherapie Fallvignetten aus einer ambulanten halboffenen Therapiegruppe	74
Handling of the termination of a group psychotherapy Case studies from a semi-open ambulant therapeutic group (Summary)	86

Editorial

Astrid Thome (Augsburg)

Die jüngste, mit Nachdruck vertretene gesundheitspolitische Aufwertung der Gruppenpsychotherapie steht in auffälligem Kontrast zur realen Praxis. Dies zeigt sich im zurückhaltenden Gebrauch in den ambulanten psychotherapeutischen Praxen und in der Zurückhaltung gegenüber den angebotenen Ausbildungsmöglichkeiten für das Leiten von Gruppen. Im stationären und teilstationären Bereich bleibt es zudem häufig den unerfahrenen Berufsanfängern überlassen, psychotherapeutische Gruppen und sogar Großgruppen zu leiten. Dies ist die Situation in Deutschland – anderswo, z. B. in den skandinavischen Ländern und in Großbritannien ist das Bild ein anderes. Offenbar beunruhigt, dass die Dringlichkeit gruppenpsychotherapeutischer Erweiterung womöglich zulasten der einzel-psychotherapeutischen Behandlung gehen könnte, denn bis in den Schulalltag hält sich die Tendenz, die Dyade, der eine Schüler mit dem einen Sozialpädagogen, in Konfliktsituationen aufrechtzuerhalten. Andernorts bewährte Arbeit in Schulen mit Gruppen, den Gruppen der Eltern, denen der Lehrer, denen der Schüler und aller Beteiligten findet in Deutschland nicht viel Beachtung.

Die allgemeine Polarisierung zwischen Individuum und Gruppe findet seit den Frühzeiten der analytischen Gruppenpsychotherapie ihre Entsprechung in der internen gruppenpsychotherapeutischen Diskussion. Kann die Gruppe dem Individuum gerecht werden? Ist sie nur für bestimmte Patienten hilfreich und bedarf es für kränkere Personen kognitiv-strukturierender Herangehensweisen? Heute werden diese Fragen unter den Aspekten aktueller psychologischer Konstrukte wieder neu besprochen, häufig mit ideologischer Engführung.

Die hier zusammengestellten Arbeiten handeln von der nicht einfach austarierbaren Komplexität der analytischen bzw. psychodynamischen Gruppe, von der Gruppe und ihrem besonderen kommunikativen Charakter und ihrer besonderen psychotherapeutischen Wirkweise, die nicht einsinnig, akkumulativ oder manualisiert beschreib- und durchführbar ist. Richard Billow hat in der von ihm entwickelten und hier gekürzt dargestellten Relationalen Gruppenpsychotherapie zum Teil eigene Begrifflichkeiten gebildet, um die besondere Potenzialität zu erfassen, die in der psychotherapeutischen Gruppenarbeit liegt. Er entwirrt auf unterschied-

lichen Ebenen des sprachlich möglichen Zugangs das komplexe Gefüge und seine möglichen Dynamiken. Sein Beitrag „Gruppenprozess(e): Eine relationale Perspektive“ regt zu Erweiterungen des eigenen Wahrnehmens, Erkennens, Rasonierens und Fragestellens dank der besonders präzisen und eigenen Ausformulierungen des Autors an.

Raymond BATTEGAY dürfte zu den wenigen Gruppenpsychotherapeuten gehören, die über nun mehr als sechs Jahrzehnte eigener Erfahrung in der psychotherapeutischen Arbeit in Gruppen verfügen, Erfahrungen mit zum größten Teile viele Jahre kontinuierlich von ihm geleiteten Gruppen. Er dürfte kaum den sonst opportunen und gewohnten Anforderungen an eine analytische Gruppenpsychotherapie, sowohl was deren zeitliche Begrenzung als auch die Therapiefristen ihrer Mitglieder betrifft, entsprechen haben. Das Gleiche gilt für die weitgehend immer noch unübliche Einbindung psychiatrisch schwer erkrankter Patienten in eine Gruppe. Er zeigt an einem Beispiel die besondere Qualität und Bedeutung, die eine lebensbegleitende Gruppenanalyse dank der in ihr möglichen eigenen Regulierung von Nähe und Distanz und der dafür nötigen Zeit haben kann, was in Begriffen wie ‚Verbesserung der Lebensqualität‘, ‚gelungene Rückfallprophylaxe‘ schlecht untergebracht erscheint. Wie Richard BILLOW legt er in seinem Beitrag „Gruppentherapie in Verbindung mit Einzelanalyse“ Wert auf die Berechtigung und Fruchtbarkeit kombinierter Einzel- und Gruppenpsychotherapie.

Was der Beitrag des Leiters sein kann oder sein sollte, um die analytische Gruppenpsychotherapie zu dem besonderen Erfahrungsraum von Sprechen, Kommunikation und Kontakt werden zu lassen, der der Weiterentwicklung einer Gruppe und den Mitgliedern in ihren Anliegen dient, dieser Frage geht der Artikel zum „Gruppen leiten: Die Polarität von Aktivität und Passivität“ (Astrid THOME, Margit SCHMOLKE) nach. Das Feld der Aktivität des Leiters reicht von der Mittlerrolle, in der er den unterschiedlichen Stimmen einer Gruppe dazu verhilft, zu Gehör und zur Geltung zu kommen, von gelegentlicher Deutung bis hin zu stark strukturierenden Interventionen, die teilweise auch schon zur Manualisierung fortgeschritten sind. Der Beitrag gibt einen Ein- und Überblick, was bisher zu diesem Thema geschrieben wurde.

Die Bewegung des Einzelnen in die Gruppe hinein kann, wenn ‚wahr gesprochen‘ wird (BILLOW), wenn Äußerungen nichtkonform sind und in besonderer Weise vom Eigenen zeugen, ein subjektiv außerordentlich empfundenenes Risiko darstellen. Dies u. a. thematisieren zwei frühe Ver-

treterinnen der im dynamisch-psychiatrischen Behandlungsfeld praktizierten Tanzpsychotherapie, Ilse BURBIEL und Gertraud REITZ, für den Patienten, der im Zentrum der Gruppe tanzt. In ihrem Beitrag „Theoretische Konzipierung der Analytisch-Strukturellen Tanztherapie“, die eine Form körperorientierter Gruppenpsychotherapie ist, wird die Vielstimmigkeit der Gruppe als neuer Resonanzraum verstanden, der besonders den früh in ihrem Leben bindungstraumatisierten Patienten eine vorsichtige Widerspiegelung und Regulation gibt und ihnen ihre eigene Regulation von vornherein offen zugesteht.

Die besondere Stimmigkeit in einer Gruppe, nicht nur in einer Gruppenpsychotherapie, kann die Todesimmanenz des Lebens im Erleben der Teilnehmer transitorisch aufheben. Die Begrenzung, das Ende einer Gruppenpsychotherapie, konfrontiert verdichtet mit der Endlichkeit des Lebens, mit Einmaligkeit und Unwiederholbarkeit. Diesen Aspekten und der Verankerung der Trennung aus der Gruppe in der individuellen Lebensgeschichte geht Monika BIRK in ihrem Beitrag „Umgang mit Trennung aus der Gruppenpsychotherapie“ nach.

Editorial

Astrid Thome (Augsburg)

The recent, emphatic valorization of group psychotherapy in the context of health policies stands in striking contrast to actual practice in reality. This discrepancy is apparent in the reluctance to use group therapy in private psychotherapy practice and in the reluctance to undergo training for group leaders at training institutes. In in-patients settings (hospitals and day-hospitals) leading therapeutic groups, including large groups, is often delegated to inexperienced beginners in the profession. This is the situation in Germany; but in Scandinavian countries, and in the UK, the situation is different. What seems to cause the unease is the idea that the urgency to expand group psychotherapy might impact on individual treatment, because the longstanding trend to uphold the dyad in situations of conflict continues – down to common practice at schools: one student per social worker. Proven work in schools with groups, parent groups, teacher groups, student groups and groups with all persons involved, elsewhere, does not get much recognition in Germany.

The general polarization between individual and group since the early days of analytic group psychotherapy gets repeated in internal group therapy discussions. Can the group do justice to the individual? Is the group only helpful to certain patients, and, do more severely ill persons need cognitive-structural approaches? Today, these questions are again discussed anew by taking into account the current psychological constructs, frequently with ideological constraints.

The papers collected here deal with the complexity, not easily analyzed, of the analytical and psychodynamic group, of the group per se and its special communicative character as well as its particular psychotherapeutic effect, which cannot be described or carried out in one-dimensional, accumulative or manualized terms. By developing a 'relational group psychotherapy', briefly presented here, Richard BILLOW introduced, in part, his own terminology in order to grasp the special potential of psychotherapy work in groups. At various levels of the language at disposal, he tries to take the complexity and its possible dynamic apart. His contribution "Group processes: A relational perspective" inspires to expand one's own perceptions, recognitions, reasons and questions due to the precise and idiosyncratic formulations of the author.

Raymond BATTEGAY belongs to a handful of group psychotherapists who look back at 60 years of personal experience in doing psychotherapy work in groups; on the majority, his experience stems from groups he has led continuously over many years himself. He did not adhere to the usual opportune demands on analytical group therapy with regard to its time limit and the allotted number of therapy sessions of its members. The same is roughly true for the still unusual inclusion of severely ill, psychiatric patients in groups. He shows, by way of an example, the special quality and meaning of a group analysis that accompanies patients in their lives. In the group, patients are able to regulate their conflicts between closeness and distance and are given the needed time to do so; and this translates into "improvement of quality of life" or "successful relapse prophylaxis", though these terms hardly seem adequate. Like Richard BILLOW, BATTEGAY, in his contribution, "Group therapy in Connection with Psychoanalysis", places high value on the legitimacy and fruitfulness of combining individual therapy with group psychotherapy.

What the contribution of the leader might or should be in turning an analytical group psychotherapy into a special experience of talking, communicating and being in contact, a particular experience that serves the

group in its development and the members with their issues, is a question that is pursued in the article on “Leading groups: polarity between activity and passivity” (Astrid THOME and Margit SCHMOLKE). The realm of the leader’s activity ranges from the role of a mediator that assists different voices in the group to be heard and taken seriously to heavy interventions that structure the group, interventions that, in part, have already been manualized. This contribution gives an overview on and insight into what has been and is being written about this topic.

Entering a group can represent an enormous risk for the individual when ‘truths are being spoken’, when utterances are non-conformist and idiosyncracies are openly demonstrated. This is thematized by two early representatives of dance therapy in the treatment area of dynamic psychiatry, Ilse BURBIEL and Gertraud REITZ, who focus on the patient dancing in the middle of the group. In their paper “Theoretical conception of ‘analytic-structural dance therapy’”, which is a form of body-oriented group psychotherapy, the authors demonstrate an understanding of the group as a space of resonance due to the plurality of voices. This resonating space provides patients with early attachment trauma with an opportunity to experience a reflection of themselves and a sense of regulation.

The special attunement in a group, not only in a psychotherapy group, helps its members to transcend the immanence of death in the experience of life. The limitation and the ending of a group psychotherapy is a condensed confrontation with the finality of life, with life being a unique experience which is not repeatable. These aspects, as well as the entrenchment of separation from the group in one’s individual biography, are pursued in the last paper of this issue, “Dealing with separation in group psychotherapy”, by Monika BIRK.

(Übersetzung: Angelika Rapaport)

Gruppenprozess(e): Eine relationale Perspektive

Richard Billow (New York)

The author presents an introduction and overview of his conceptualization of Relational Group Psychotherapy. The particular role of the group leader in the light of relational thinking and knowledge is extensively discussed, and among other group phenomena, specific relational models of group process such as abstract and symbolic bonding, anti-linking relationships and Billow's „3 Rs“ – resistance, rebellion and refusal – are described. The article gives also a meaningful insight into the author's personal convictions, beliefs, values and ethics.

Keywords: relational theory and technique; combined individual-group treatment; group process; enactment; resistance, rebellion, refusal; nodes; nodules

In den vergangenen dreißig Jahren war ich damit befasst, mir meinen eigenen Reim auf die Erfahrung mit Gruppen zu machen. Ich vertrete einen Ansatz, der von meinen Bemühungen herrührt, KLEIN-BIONSche Konzepte, die frühe Gruppentheorie BIONS und seine spätere Metapsychologie mit zeitgenössischem relationalem Denken zusammenzuführen. BION lenkte die Aufmerksamkeit auf die Rolle internalisierter früher Beziehungen für die Entwicklung der Fähigkeit psychologischen Denkens. Diese Art zu denken und zu lernen ist relational, weil sie verlangt, dass man eine gleichzeitige mentale Beziehung zur emotionalen Erfahrung des anderen und zur emotionalen Erfahrung seiner selbst aufrechterhält. Bion zog den Schluss, dass wir ein speziell menschliches Bedürfnis teilen, etwas über unsere Psychologie und die Psychologien anderer zu lernen. (Zeitgenössische Theoretiker beziehen sich wahrscheinlich auf diese Art emotionalen Lernens, wenn sie von 'Mentalisierung' sprechen [Fonagy und Target 1998], in der das Selbst und die anderen als denkende Wesen erkannt werden.) Dieses Anliegen ist existenziell und operational: Wir wollen Bedeutungen entdecken und so Optionen erhalten, um unser Handeln auf das zu richten, was persönlich und zwischenmenschlich bedeutsam ist.

BIONS Werk vermittelt eine Art klinischen Denkens: Kommunikation, meine und die anderer dahingehend zu bewerten, inwieweit sie gebraucht wird oder darauf abzielt, Sinn herzustellen, nach Sinn zu fragen, ihn zu erforschen, ihn zu fordern oder Sinn zu zerstören. Aus diesem Blickwinkel heraus habe ich sowohl Konzepte als auch eine therapeutische Haltung

und eine therapeutische Herangehensweise entwickelt, die ich in diesem Artikel kurz beschreibe. Ausführliches Material mit klinischen Beispielen findet sich in meinen hier angegebenen Arbeiten.

Relationale Theorie

Wie andere relationale Theorien und Behandlungskonzepte beruht meine Theorie auf Konstrukten kleinianischer Provenienz, der mittleren Objektschule, auch interpersonellen, intersubjektiven Konzepten und denen der Selbsttheorie, ebenfalls auf der empirischen Literatur zur frühen Kindheit und Eltern-Kind-Bindung (neuer Überblick: SCHWARTZ 2012). Auf der Grundlage 'post-moderner' Prinzipien vermeidet es das relationale Denken, der Theorie und der Wohlfeilheit bereits etablierter Ideen zu vertrauen, und es akzeptiert, dass unsere Perspektive unsere Annahmen und Feststellungen über die Realität beeinflusst.

Als gemeinsamer Nenner, der zwischen den verschiedenen relationalen Denkschulen eine Brücke schlägt, liegt der Schwerpunkt auf inneren und äußeren Beziehungen und ihren dynamischen, lebensunterstützenden Eigenschaften und nicht vorrangig auf metapsychologischen Konstrukten wie Trieben, Abwehrmechanismen, Ich-Struktur oder einem archaischen, festgelegten Unbewussten.

In allen Stadien des Lebens erzeugen präverbale, affektiv dominierte, relationale Situationen und Erwartungen emotionale Bedeutung. Neue Bedeutung entsteht aus der Entdeckung verdrängter, dissoziierter oder unterentwickelter Aspekte des Selbst, die mit wiederkehrender, in der Entwicklung früh entstandener, emotionaler Erfahrung verbunden sind (DAVIES 1999; auch BROMBERG 1996; HOFFMAN 1994; MITCHELL 1993, S. 95-122; 2000, S. 58).

Relationale Therapeuten weisen das klassische Modell des gesunden Analytikers und des neurotischen Patienten oder der neurotischen Gruppe zurück. Wir gehen von der Grundvoraussetzung aus, dass psychoanalytische Daten in der Wechselseitigkeit von Therapeut und Patient erzeugt und durch ihr bewusst und unbewusst organisiertes Handeln in reziprok interagierenden subjektiven Welten (STOLOROW 1997) mitbestimmt werden. 'Psychoanalytische Purifizierung' (FREUD 1912 b, S. 382), die auf eine ideale Gelassenheit, Unberührbarkeit und klinische Objektivität hinausläuft, ist unmöglich. Begriffe, die den erhabenen Status des Therapeuten als „Seher“, „Mystiker“ (BION 1970), als „analysierendes Instru-

ment“ (LIPIN 1992) oder „Receiver des Telephons“ (FREUD 1912, S. 381) beschreiben, bleiben Maskerade.

„Die nicht-reduzierbare irrationale Beteiligung“ des Therapeuten (RENİK 1993) kann nicht ausgeschlossen werden, das wäre auch kein wünschenswertes Ziel. Die Kernelemente der klassischen Psychoanalyse – Neutralität, Abstinenz und Anonymität – tragen dazu bei, das statische, „hierarchische Verhältnis von Macht und Privileg in der psychoanalytischen Situation“ (GERSON 1996, S. 626) aufrechtzuerhalten und engen den Zugang des Therapeuten zu seiner eigenen subjektiven Erfahrung ein. Therapeutische Beziehungen werden neu verstanden als co-konstruierte oder wechselseitig angeregte Interaktionen, die man besser verstehen sollte, als sie in der Sprache der Pathologie zu bewerten. Die, die wir behandeln, und ebenso wir Therapeuten unterliegen Übertragungen und anderen zerstörenden, oft unbewusst motivierten emotionalen und kognitiven Reaktionen. Der relationale Therapeut ist wachsam gegenüber allen sozialen Merkmalen: Status, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Rasse, Alter und kulturelle Normen müssen berücksichtigt und verstanden werden. Die Erforschung der Vergangenheit – Retrospektion – hat ihren Wert, wenn es darum geht, die Gegenwart zu verstehen, das Individuum und die Gruppe von alten Loyalitäten zu befreien und zu öffnen für wachsende Vitalität, Veränderung und Wachstum.

Relationale Gruppenpsychotherapie

Im Allgemeinen wird 'relational' bezogen auf das, was zwischen Menschen geschieht, einschließlich innerer Repräsentanzen und Phänomene. Der Begriff bezieht sich aber auch auf die Beziehungen, die Menschen und Gruppen mit ihren individuellen und kollektiven Vorstellungen unterhalten. Wie FREUD selbst (1921) schrieb, isoliert der Kliniker fälschlich die individuelle Psychologie, indem er Gruppeneinflüsse vernachlässigt. Trotz seiner großen Beiträge zum Verständnis von Gruppen behielt FREUD eine negative Haltung zur Gruppenanalyse bei (Campos AVILAR 1992).

Dennoch beschrieb FREUD die zwei intrinsischen Phänomene der Psychoanalyse, die die Schlüsselfaktoren auch in der psychoanalytisch orientierten Gruppenpsychotherapie sind: Übertragung und Widerstand. „Jede Forschungsrichtung, welche die beiden Tatsachen anerkennt und sie zum Ausgangspunkt ihrer Arbeit nimmt, darf sich Psychoanalyse heißen“ (FREUD 1914, S. 54).

Wirksamkeit der kombinierten Behandlung

Mehr als Gruppentherapie allein (oder in Verbindung mit Einzelpsychotherapie bei einem anderen Therapeuten) fördert die kombinierte Einzel- und Gruppenbehandlung die analytischen Ziele, die Freud definierte. Sie schafft ein einheitliches therapeutisches Feld, in dem vielfältige intersubjektive Konfigurationen und so auch vielfältige Übertragungs-Gegenübertragungsreaktionen und verschiedene Formen des Widerstands untersucht werden können. Alle Individuen und alle Dyaden üben Macht auf die Gruppe aus und umgekehrt übt die Gruppe Macht auf die Dyaden und das Bewusstsein eines jeden Mitglieds aus. Folglich enthält und beheimatet die Gruppe als Ganzes sowohl dyadische als auch andere Untergruppen-Beziehungen (und umgekehrt).

Die zwei Modalitäten einer kombinierten Therapie – Zweiersonsituation und Gruppe – können als dialogisch, antagonistisch, komplementär oder hierarchisch gedacht und erfahren werden. Jede Vorstellung existiert zu unterschiedlichen Zeiten und vielleicht auch gleichzeitig im Bewusstsein des Therapeuten und anderer Gruppenmitglieder. Beiden Modalitäten kommt materielle Realität zu, aber was entscheidend und nicht gänzlich bestimmbar ist, ist die Frage, wie sie sowohl vereint als auch getrennt in der psychischen Realität bestehen bleiben. Die kombinierte Behandlung verwirklicht viele Vorgaben der Relationalen Psychoanalyse, sie unterstützt eher das Modell einer „Mehrpersonen-“ als eine „Einpersonen“- Psychologie. Sie entspricht RACKERS (1968, S. 132) Ruf nach einer „Sozialreform“ und der Zerstörung der traumatogenen „patriarchalen Ordnung“ und „Ungleichheit im Analytiker-Analysanden-Verhältnis“. Wenn sie gleichzeitig in einer mitlaufenden Zweipersonen-Psychotherapie sind, werden alle Mitglieder einer Gruppe Zeugen und so Teilnehmer an einer kombinierten Behandlung. Die Wertschätzung ihrer Gedanken und Einsichten verringert die empfundene Autorität und Macht des Therapeuten und begünstigt eine demokratischere Atmosphäre von gegenseitigem Respekt und gegenseitiger Anerkennung (BILLOW 2009).

Die zentrale Stellung des Gruppentherapeuten

Individuen suchen Gruppen und Gruppen suchen und ziehen Leiter an. Es ist natürlich nicht ungewöhnlich, dass die Aufmerksamkeit zuerst dem Leiter gilt. Tatsächlich glaube ich, dass dies immer der Fall ist, egal, was sonst noch gleichzeitig geschieht. Dem Therapeuten fällt stets die Rolle

des Inspirierenden zu und er ist das wichtigste Mitglied einer jeden Gruppe, gleichgültig, was ihr zentrales Anliegen ist oder wie lange sie dauert.

Ich sehe zwei klare Prinzipien: 1. Jede Intervention (einschließlich Schweigen) wird durch die Subjektivität des Leiters gefiltert, von der er nur ein begrenztes und unvollkommenes Wissen hat. 2. Die individuellen und kollektiven Vorstellungen der Teilnehmer davon, wer der Leiter ist, verdichten alles, was in der Gruppe geschieht und bestimmen in einem gewissen Ausmaß die Gruppenstruktur und den Gruppenprozess. Die Mitglieder schätzen ein, wer der Therapeut ist, ob dies realistisch ausfällt oder nicht, was ihn oder sie interessiert, und was Zustimmung oder Ablehnung verdient.

Ein neugieriger, emotional zugänglicher und beteiligter Leiter (WILKE 2003) schafft eine sichere Umgebung, in der mehr gesagt und untersucht werden kann, und er vermeidet so, unnötig Angst, rebellische Streitereien und übertriebene Grundannahmen-Abwehrmechanismen (BION 1961) hervorzurufen. Ein Leiter muss spüren, dass er berechtigt ist, Macht und Einfluss zu behaupten, er darf sich als Teil der Gruppe und auch von ihr getrennt fühlen, und er darf Liebe und Dankbarkeit fühlen und empfinden, dass er dies verdient (BILLOW 2001).

Was letztlich die Gruppe zusammenhält, ist das ständig erweiterte Verständnis des Therapeuten für die psychischen Wirklichkeiten der Gruppe und ihrer Mitglieder und der Erfolg des Therapeuten in seinem Bemühen, andere dafür zu gewinnen, ein solches Verstehen zu erreichen und es zu vertiefen, mag das auch noch so schmerzhaft und unerwünscht sein. Die Vielfalt und Flexibilität der Handlungsweise des Therapeuten, in seinem Inneren und zwischenmenschlich, bringt die Qualitäten der Sorgfalt des Therapeuten offen zu Tage und stellt die Authentizität des Therapeuten her. Darüber hinaus bestimmt der Gruppentherapeut durch sein Verhalten die Arbeitskultur der Gruppe: in welchem Licht die Beziehungen und Erfahrungen in der Gruppe betrachtet werden müssen und bis zu welcher Tiefe scheinbar unbedeutende Erzählungen und Wortwechsel berücksichtigt werden können.

Um die Gruppe zu ‚containen‘, behält der Leiter die Position eines denkenden Subjekts bei, immer bereit, Einfälle voranzubringen, auf sie zu antworten und sie zu prüfen. Der Therapeut, der beständig versucht, seine sich im Bewusstsein und im Unbewussten der Teilnehmer wandelnde Bedeutung zu verstehen – und die Bedeutung der Teilnehmer für ihn – schafft eine kraftvolle Gruppenerfahrung.

Meine relationale Haltung

Therapeuten arbeiten aus Liebe. Wir mögen Menschen, sind zu ihnen hingezogen und bleiben beständig neugierig. Als erstes Prinzip müssen wir offenbar – nicht notwendigerweise in Worten – die lebenswerten Eigenschaften derer, mit denen wir arbeiten (und der Gruppe als Ganzes) anerkennen und vor allem diese Eigenschaften auch während der Abbrüche und Trennungen im Kopf behalten, die in jeder wichtigen Sitzung auftreten. Unzweifelhaft gehören solche intersubjektiven Dynamiken zur ‚unanstößigen‘ positiven Übertragung, die FREUD (1912) beschrieb, und zur ‚mitbeteiligten unanstößigen positiven Gegenübertragung‘ (RACKER 1968).

Eine ‚Matrix der Liebe‘ (MOELLER 2002) ist ein erwartbarer und sich notwendig bildender und aufrechterhaltener Prozess in allen konstruktiven Psychotherapiegruppen.

Ich glaube, dass es wichtig ist, spontan zu interagieren und nicht den Boden unter den Füßen zu verlieren. Letztlich wollen wir Therapeuten diese Art von verbalem Verhalten von unseren Patienten. Der unexpressive Leiter wäre ein Kunstprodukt, das selbst Aufmerksamkeit einfordert. Um wirkungsvoll zu sein, sollten Interpretationen der Gruppe als Ganzes sparsam verwendet und in einer verständlichen Sprache zum Ausdruck gebracht werden, ohne orakelhaft oder endgültig zu klingen. Zum Beispiel: „Jeder scheint heute Abend sehr vorsichtig zu sein. Warum so ängstlich?“

Wie es wohl die meisten derzeitigen Therapeuten tun, lege ich besonderen Wert auf die Entwicklungsbedürfnisse und die anstehenden Bedürfnisse der Patienten und akzeptiere die Berechtigung ihres Wunsches nach nichtdeutender Aktivität, eingebunden in symbolisches Spiel und bestimmte andere Formen des Enactments.

Ich nehme die Möglichkeiten wahr, Gedanken und Gefühle zu teilen, Meinungen kundzutun, den Gruppenprozess offen zu unterbrechen und neu auszurichten. Ich warte nicht unbedingt darauf, dass Gruppenspannungen oder -themen durch die Aktivität der Teilnehmer gelöst werden. Die eigentliche Aufgabe des Therapeuten ist es, einen Raum zu schaffen, in dem das Selbst, die Anderen und die ganze Gruppe als ‚transformierende Objekte‘ (BOLLAS 1989) genutzt werden, um Meinungsbildung, Wachstum und Entwicklung zu fördern. Ich versuche Unterschiede anzuerkennen und zu respektieren und versuche das, was abwegig erscheint, ‚zu normalisieren‘ – durch empathisches Verstehen, dadurch dass ich Un-

terschiedlichkeit verallgemeinere und dadurch, dass ich zeige, wie es für alle Teilnehmer (mich eingeschlossen) passen könnte.

Es bestehen keine klaren Grenzen zwischen Interpretation und anderen Formen von Interventionen (FOULKES 1964, S. 163). Ein respektvolles Schweigen des Gruppentherapeuten oder eine kleine wertschätzende Anerkennung angesichts einer erwartungsvollen Herausforderung durch einen Teilnehmer kann wie eine kraftvolle, wenn nicht entscheidende Interpretation wirken. Andererseits können verbale Formulierungen, die in das Reich unbewusster Phänomene führen, indem sie Konstellationen aus Phantasie, Begehren, Angst, Charakter und Abwehr miteinbeziehen, genauso gut als erfolgreich angesehen werden und sie können genauso zutreffend an Schärfe und Tiefe sein.

Jede psychoanalytische Psychotherapie gründet im Glauben FREUDS, dass das Verständnis für andere darauf beruht, sich selbst zu verstehen. Wie auch immer ist das Selbst-Verständnis ein sich weiterentwickelnder, affektiver Prozess, der oftmals starke und schmerzhaft emotionen hervorruft, die andere beeinflussen und von anderen beeinflusst werden. Die Selbst-Bewusstheit bleibt ein Versuch und unsicher und wird den laufenden Verschiebungen im Alltag entsprechend revidiert. Einblick, Einsicht, Rückblick, die Dauerhaftigkeit und Stabilität einer Gruppe, diese Faktoren garantieren nicht von sich aus Objektivität oder machen den Therapeuten nicht immun gegen die Neigung zu rationalisieren, wer wir sind, wie wir fühlen und was wir tun. Die bestimmenden Charakteristika des Gruppenlebens – seine progressiven und regressiven Einflüsse – werden intersubjektiv mitgeschaffen, beibehalten und prozessiert (BILLOW 2003a). Der Therapeut ist immer mit einbezogen. In einem gewissen Ausmaß handelt der Gruppenprozess immer von mir („all about me“) – von mir, der ich der Therapeut bin (BILLOW 2011, 2012) Meinungsverschiedenheiten zur Selbstdarstellung und Selbstöffnung des Therapeuten bleiben ein Dauerthema.

Der Gruppenprozess: ein imaginäres Konzept

Wir können nicht alle Dimensionen eines Prozesses erfassen. Bis zu einem gewissen Grad geht keine Aktivität in der Gruppe ungefühlt oder unbeobachtet vor sich, und jeder Ausdruck, jede Interaktion und Sitzung schwingt in überzeitlicher Resonanz innerhalb verschiedener Ebenen in-

dividueller und kollektiver, bewusster und unbewusster Erfahrung. Der Prozess wird im Moment gelebt, bezieht sich auf die Vergangenheit und betritt die Zukunft des Hier und Jetzt. Wie HERAKLITS Lebensstrom ist der Prozess unüberschreitbar, und es wallen in ihm verborgene Strömungen hoch, die von unbewussten persönlichen, interpersonalen und sozialen Einflüssen herrühren. Wir sind vom Prozess beeinflusst und wir beeinflussen den Prozess auf Wegen, die wir nicht kennen und bestenfalls teilweise begreifen können. Wir möchten einen Zugang zu beidem erreichen, dem unbewussten Material und den Mitteln, mit denen wir versuchen, damit in Kontakt zu kommen.

Ich beschreibe den Prozess provisorisch. Wann immer Menschen zusammenkommen, fließen unterschiedliche Arten von Informationen: Wahrnehmungen, Gefühle, Vorstellungen, Phantasien, Assoziationen, Symbole und Bilder, Körperempfindungen, Antizipationen, Handlungstendenzen und Handlungsweisen, verbal und anders. Der Prozess ist die Abstraktion, der Träger des Flow. Er ist ein imaginäres Konzept mit einer starken Erfahrungsgrundlage. Der Prozess ist unendlich, da der Flow der Information unbegrenzt ist. Aber der Prozess ist auch gebunden: Die Grenzen sind nicht physischer, sondern metapsychologischer und metaphorischer Art.

Ein metaphysisches Modell: Knoten

Ich fand es hilfreich, mir vorzustellen, dass der Gruppenprozess aus unterschiedlichen, sich zusammenziehenden und sich auflösenden Knoten besteht. Ein Knoten ist eine Kreuzung von Wegen, der Brennpunkt eines Netzwerks, durch das Kommunikation fließt. Betrachtet man es analog zu einer elektronischen Erfindung wie einem Router oder Server, so ist ein Knoten aktiv (eher als passiv) und in der Lage, Informationen zu senden, zu empfangen oder weiterzubefördern.

Knoten sammeln und übermitteln gleichzeitig und interaktiv verschiedene Arten und Quellen der Erfahrung. Sie sind sensorisch, mental und sozial. Der Körper, der Geist, das Individuum, die Dyade, die Gruppe oder eine größere soziale Einheit – sie können alle als Knoten verstanden werden, der wahrnimmt, sammelt, internale und externale Informationsquellen organisiert und so den Fluss eines Prozesses handhabbar und kommunizierbar macht. Relationale Theoretiker haben den Geist ähnlich konzeptualisiert als organisierende Konfiguration sich verschiebender

oder oszillierender, nichtlinearer Bewusstseins-Unbewusstseinszustände, paranoid-schizoider und depressiver Positionen (s. z. B. BROMBERG 2003, OGDEN 1977).

In der Gruppenliteratur gebraucht Foulkes (1964, FOULKES & ANTHONY 1957) den Begriff ‚Matrix‘, um die Gruppe als ein Informationsnetzwerk von Individuen zu beschreiben, die über ihre Interaktionen und Kommunikationen miteinander verbunden sind. Die Bedeutungen, die entstehen, sind umfassender und vielfältiger als nur die Summe des Verhaltens der Individuen, die an dem System teilhaben (SCHERMER 2012a, 2012b).

In einer Psychotherapiegruppe ist die Funktion des Therapeuten die eines übergeordneten Knotens, der Wege und Vernetzungen der Kommunikation erleichtert und zu ihnen beiträgt. Die Perspektiven des Therapeuten – Theorien und Modelle in Verbindung mit Persönlichkeitsfaktoren und Hier-und-Jetzt-Erfahrungen – machen sich an bestimmten Arten und Quellen der Information fest und nicht an anderen.

Erfahrungsdimensionen eines imaginären Konzepts

Am Ausmaß, in dem physische und körperliche Bezugnahmen als Beschreibungen für sozialpsychologische Beziehungen gebraucht werden, zeigt sich der Einfluss, den Modelle der Erfahrung und Metaphern auf die Theorie der Gruppe nehmen, so durch Begriffe wie *Matrix, Knoten, Netz, Feld, Grenzen, Struktur, Haltgeben, Wert, symmetrischer, paralleler Prozess, Container/contained, Homöostase, Rollensog, Flow, Strom, Muster, Thema und Inprojektion/Projektion*. Physikalische Begriffe geben Gruppenbildungen eine konzeptionelle Fassung, wie die *Gruppe als Ganzes, Untergruppen, systematische Transaktionen, Verbindungswege und klein/mittel/groß*. Diese Modelle bereiten Rahmenbedingungen (eine andere physikalische Metapher) für Zuhören, Prozessieren und Formulieren, was in der Praxis, bei der Supervision und beim Reflektieren über Gruppen aller Arten hilfreich sein kann. Wir sollten wiederum wachsam dafür sein, dass Modelle, Analogien und Metaphern nicht die psychische Realität beschreiben können, die letztlich unbekannt und unerkennbar bleibt (BION 1963, FREUD 1900). Dennoch beschreiben sie Gesichtspunkte oder „Visionen“ der „Realitäten“ (SCHAFER 1970).

Nach meiner Meinung wird der Prozess so erfahren: zuerst sensorisch, dann verbal und schließlich wertend. Der Prozess findet im Bauch statt und von dort kommen auch die Wörter, die sein Spektrum an Lust-Unlust,

Furcht, Angst, Anziehung, Verdrängung ursprünglich beschreiben. Der Prozess hat *Unmittelbarkeit, Kraft, Schnelligkeit, Lautstärke, Intensität, Rhythmus, sogar Geschmack wie süß, sauer, bitter*. Die Gemüter *leuchten auf*: die Gruppe ist *lebendig, erregend, packend, beruhigend, warm, kalt*.

Der Leiter wird zwar anfänglich über sensorische Reaktionen informiert, greift aber dann auf eine Unmenge konzeptioneller Netzwerke zurück – die Knoten – und organisiert so, was wahrgenommen und in Sprache kodiert wird und in der Folge verstanden und bewertet werden kann. Den Prozess betreffende Annahmen, Haltungen und Überzeugungen beeinflussen, wie der Leiter sich selbst verhält. Und wie der Leiter sich selbst verhält, beeinflusst den Prozess. Wir bringen grundlegende Annahmen in unsere Arbeit ein; wenn der Therapeut kreativ ist, können neue Verbindungen und Wege solange versucht und benutzt werden, bis es wirklich passt.

Gruppenprozess: Grundkonzepte

Der Basiskonflikt

Der Wunsch nach psychologischem Wissen motiviert Menschen für die Gruppe. Er motiviert sie, nach Gruppen zu suchen und in ihnen zu leben und die Einladung zu einer Teilnahme an einer Gruppentherapie zu akzeptieren. Der Prozess mag verwirrend sein, Angst hervorrufen und verstören. Der Kampf, das Bemühen um Wachstum und Veränderung ruft entwicklungsgeschichtlich frühe Furcht und Bindungsängste hervor, die nicht angemessen in Sprache gefasst und/oder vollkommen gelöst werden können (BION 1963). Des Weiteren können die erkannten Wahrheiten sich unangenehm anfühlen, sie können als primitiv und irrational beurteilt werden (was sie tatsächlich oft sind), als unreif, unmoralisch oder zu guter Letzt als sozial unpassend und persönlich hinderlich. Relationales Denken impliziert folglich, dass psychischer Schmerz ausgehalten wird. Unsere Gruppenteilnehmer kommen aber zur Behandlung, um von psychischem Leid befreit zu werden, und sie können nur wenig Toleranz dafür aufbringen, dass das Ausmaß der gefühlten Gefühle ansteigt oder dafür, sie zu verstehen und sie zu integrieren. Oftmals ist es dem Therapeuten überlassen, psychische Schmerzen zu erleiden; tatsächlich lernen wir durch das indirekt kommunizierte Leid viel über unsere Patienten, vor allem durch projektive Identifizierung und verstärkt durch die Neigung des Analytikers zur introjektiven Identifizierung (GROTSTEIN 1999, 2004). Aber keiner ist ausgeschlossen vom Basiskonflikt zwischen der gedank-

lichen Erfassung und der Vermeidung des psychischen Schmerzes. Und der Therapeut kann zusammen mit anderen Gruppenmitgliedern Umwege gehen, Zeit verlieren und das Lernen aus Erfahrung unterdrücken.

Denken und die Unterlassung des Denkens sind psychologische Dimensionen der Bewusstheit und der Unbewusstheit aller Gruppenmitglieder. Gruppen erzeugen ihre Struktur, ihren Prozess und ihre Bedeutung aus den Interaktionen zwischen den bewussten und unbewussten Wünschen nach Wissen und Nichtwissen.

Wahrheit und Unwahrheit

Das Bedürfnis nach „Wahrheit“, d.h., über intersubjektive Erfahrung nachzudenken und sie zu verarbeiten, um ihr Bedeutung zu geben, ist ein zentraler Motivator und Organisator des Selbst und der Gruppe. „Wahrsprechen“ beschreibt die Aktivität, emotionale Wachsamkeit anzustreben – eine Gruppe „macht“ Wahrheit, indem sie Erfahrung durch unterschiedliche, sich entwickelnde, aber endliche Perspektiven prozessiert: rationale, vorrationale und irrationale, bewusste, nichtbewusste, interpersonale und intrapsychische *Knoten*.

Nach Wahrheit zu suchen, verlangt authentische kommunikative Interaktion. Dennoch werden widersprüchliche Gefühle und Gedanken, die verbotenes Verlangen, aggressive Wünsche und unrealisierbare Phantasien ausdrücken, oftmals dem Selbst und noch mehr der Gruppe vorenthalten. Ein Schirm schützender Unwahrheit besteht in allen menschlichen Beziehungen, den innerlichen, interpersonalen und sozialen.

Um das Ausmaß von Unwahrheit zu vermindern, muss der Therapeut versuchen, ausweichende Elemente in der klinischen Interaktion zu erkennen und die Neigung der Gruppe, Geist tötende Konformität zu verbreiten, herausfordern. In Beantwortung der Bedürfnisse nach Wahrheit bietet der Therapeut Schutz entweder vor zu viel oder zu wenig Wahrheit.

Dennoch sind wir nicht die einzigen und notwendigerweise die besten Richter unserer selbst oder unserer Wirkungen auf andere. Wir halten die Spannung zwischen Wahrheit und Unwahrheit aus und wie jedes andere Individuum oder Gruppenmitglied können wir eine Menge von anderen, von uns selbst und der Gruppe als Ganzes verstehen, ohne das zu verfolgen, was unmittelbar schmerzlich und am bedeutendsten ist. Wir bleiben nicht nur im Konfliktgeschehen, wenn wir die Wahrheit verfolgen, wir antworten auch sehr charakteristisch und entsprechend der Gegenübertra-

gung, wenn unsere eigenen Bedürfnisse nach Wahrheit auf Widerspruch stoßen. Andere Mitglieder kommen hinsichtlich der Gruppe, den Therapeuten eingeschlossen, zu treffenden und spezifischen Einsichten, und alle Mitglieder haben das Potenzial, Unwahrheit zu zerstören und der Gruppe und ihrem Leiter bei lebensbejahender Wahrheitssuche zu helfen (BILLOW 2004).

Die Positionen und Grundannahmen

Individuen vertrauen auf präverbale Schemata psychischer Organisation, um zu denken, zu kommunizieren und sich in Gruppen zusammenzufinden. Diese entwicklungsgeschichtlich frühen, präoperationalen kognitiv-emotionalen Modi – die „psychotischen Positionen“ – bestehen neben und tragen zu höherer mentaler Organisation bei, wie sie für normal-neurotisches Denken, Fühlen und Phantasieren typisch ist (KLEIN 1952). Die paranoid-schizoide und die depressive Position (plus die andauernden, manischen Abwehrstrategien) müssen ertragen und prozessiert werden, so informieren und vitalisieren sie Selbst und Gruppe.

Unter Verwendung Kleinscher Postulate beschreibt BION (1961) zwei interagierende Bewusstseinszustände in einer vitalen Gruppe, die interagieren: die *Grundannahmen* und *Arbeitsgruppen-Verfassung*. Die *Kampf-Flucht-Annahme* hat etwas mit dem *paranoid-schizoide* Bild zu tun, in der andere als potenziell gefahrvoll erlebt werden. Die *Abhängigkeitsannahme* bezieht sich auf die *depressive* Einstellung und sie schließt die Beschäftigung mit „oralen“ Verstärkungen (Ernährung und Liebe) ein. Die *Paarbildungsannahme*, eine Art manischer Abwehr, entfernt die Gruppe von ihren unmittelbaren emotionalen Interessen vermittelt voyeuristischer Neugier, die sich auf ein „kopulierendes“ Paar richtet (z. B. ein oder mehrere Mitglieder versuchen ein anderes zu „heilen“). In allen Individuen koexistieren „zwei unterschiedliche Kategorien mentaler Aktivität“, und es ist das „schmerzhaft Zusammenbringen der primitiven und der hochentwickelten, was das Wesen des Entwicklungskonflikts ausmacht“ (BION 1961, S. 159). Wir müssen, um in unserer psychischen Entwicklung weiterzukommen, den Anteil eines „psychotischen Teils der Persönlichkeit“ (BION 1967) akzeptieren und wir müssen den notwendigerweise Angst produzierenden Prozess tolerieren, der zum Anwachsen emotional bedeutungsvoller Gedanken führt. Der Therapeut muss mit „primitiven“ Ebenen des Denkens und Fühlens in Berührung bleiben, und

ebenso mit den Aufgaben des intellektuellen Denkens, das heißt mit klinischer Intuition, Empathie und Sorgfalt.

Basisaffekte und Leidenschaft

Wir sind von Geburt an ausgestattet mit konstitutionellen Tendenzen („Triebe“ oder „Instinkten“) zu lieben, zu hassen und davon Kenntnis zu erhalten (BION 1963). Diese Basisaffekte verbinden uns mit anderen und richten das zwischenmenschliche Verhalten aus; sie sind für das Herstellen von Intersubjektivität zentral und liegen unter jeder folgenden Bedeutung. Basisaffekte machen das Selbst für sein Grundbedürfnis nach menschlichem Kontakt bereit, nach Nahrung, Behaglichkeit, Spannungsreduktion, Schutz vor Gefahr und seelischer Stimulierung (GRINBERG 1990, GROTSSTEIN 1999).

In der Gruppe kommt *Lieben* vor, wenn sich die Mitglieder empathisch aufeinander beziehen und Sorge umeinander zum Ausdruck bringen; *Hassen* findet sich im Ausdruck von Frustration und aggressiven Gefühlen; und Wissen wird erlangt, wenn man sich in *Neugier* übt.

Basisaffekte wirken nicht in ihrer reiner Form. Abwehrmechanismen maskieren, verkleinern, übertreiben oder verschieben Gefühle, und ihre Regulation ist in Angst- und Konfliktsituationen schwierig. Z. B. können Gruppenmitglieder mit Ärger reagieren und nicht bemerken, dass sie sich in ihren Wünschen zu lieben und geliebt zu werden, verletzt und behindert fühlen. Oder die Gruppe kann in ihrer Neugierde die Aufmerksamkeit auf ein einziges Individuum konzentrieren und es so vermeiden, sich mit drängenderen Gefühlen gegenüber anderen Mitgliedern zu beschäftigen.

Leidenschaft hat auf den Gruppenprozess bezogen eine besondere Bedeutung. Sie findet sich im „Wahrsprechen“, in der mentalen *Aktivität*, die daran beteiligt ist, *Basisaffekte* zu verstehen, zu kommunizieren und aus ihnen zu lernen. Leidenschaft ist möglich, wenn Gruppenteilnehmer gegenüber den oftmals störenden, aber konstruktiven Bekundungen von Liebe, Hass und Neugier offen und relativ undefensiv bleiben. Wenn die Gruppe Leidenschaft unterstützt, dann können die Teilnehmer von einem eher intellektualisierten zu einem emotionalen Verstehen ihrer Beziehungen, Einstellungen und Werte gelangen.

Relationale Modelle des Gruppenprozesses

Container – Contained

BIONS Modell des *Container-Contained* lenkt die Aufmerksamkeit auf Folgendes: wie wir die Kommunikation eines anderen hören und bedenken, wie wir unsere Erfahrung dann rückvermitteln und wie dieser kommunikative Austausch die Teilnehmer und die unmittelbare Zukunft der Beziehung beeinflusst. Es beschreibt drei Prototypen intrapsychischer und interpersonaler Beziehungen, die den Trieb des Individuums, zu denken und Bedeutung zu entwickeln, unterstützen (oder schwächen). Sie helfen dem Gruppentherapeuten bei der komplexen Aufgabe, eine therapeutische Vorgehensweise zu entwickeln, die dem Bedürfnis nach Bedeutung auf unterschiedlichen relationalen Ebenen entspricht (BILLOW 2003b).

Bonding

In seinem Rückbezug auf die Kindheit und auf introjektive – projektive Austauschprozesse bleibt Bonding ein präverbales Mittel, Wissen zu erwerben und intersubjektive Erfahrung zu kommunizieren. Das Bondinggefühl ist insofern kindlich, als es fundamental ist. Wir registrieren, wie wir uns gegenüber anderen Menschen verbunden (contained) fühlen und wir registrieren ihre Verbundenheit uns gegenüber. Eine derartige mentale Aktivität findet oft ohne bewusste Aufmerksamkeit statt, und subtile Veränderungen in unseren Gefühlen von Gebundenheit werden in Verhaltensweisen, Worten und verschiedenen Arten zu schweigen kommuniziert. Eine Gruppe kommt zusammen und weist bestimmte Bindungskombinationen auf: Mitglied-Therapeut, Mitglied-Mitglied, Mitglied-Gruppe als Ganzes und Therapeut-Gruppe als Ganzes (BILLOW 2000c).

Abstrakte/symbolische Beziehungen

Abstrakte und symbolische Arten des Denkens und Kommunizierens sind im eigenen Bewusstsein und ebenso in einer gut arbeitenden Gruppe enthalten (contained). Dennoch muss der Therapeut genug „Frau“ und genug „Mann“ sein, um unabhängiges Denken voranzubringen. Insofern er ein Elternteil oder idealerweise beide repräsentiert, unterstützt der symbolische Muttertherapeut Bindung (Bonding) und der symbolische Vater unterstützt die Fähigkeit, Sprache zu gebrauchen, um sich darzustellen und zu kommunizieren und das Selbst vom anderen zu unterscheiden.

Beziehungen gegen Verbindung

Das Ziel ist es, sich der Bedeutung und dem bedeutungsvollen emotionalen Austausch, die als unauthentisch und verstrickend erlebt werden, zu entziehen oder sie sogar zu zerstören. Das Individuum oder die Gruppe zeigt Angst und kaum glaubwürdige Freude im empathischen Kontakt und behandelt Denken und Denker mit subtiler oder offener Verachtung. Individuen oder eine Gruppe in einer Gegen-Verbindungsphase halten vermutlich die Fähigkeit zurück, ein solches Verhalten zu reflektieren, sie können jedoch wahrscheinlich positiv auf ein entsprechendes Feedback antworten.

Die 3Rs: Resistance (Widerstand), Rebellion (Auflehnung) und Refusal (Verweigerung)

Ich begreife mehrere Formen interpersonalen Verhaltens – einschließlich solche, die in der Psychotherapie und in der Entstehung und im Prozess der Gruppe vorkommen – als eine Folge von Bewegungen und Gegenbewegungen im Ausdruck, in der Bahnung, in der Modifizierung oder in der Blockierung der Wahrheitsuche (BILLOW 2010a). Aus allen möglichen Motiven heraus widersetzen sich Individuen und Gruppen der Teilhabe an der Suche nach Wahrheit, sie lehnen sich gegen sie auf oder verweigern sie. Unter diesen Motiven finden sich auch vernünftige und solche, die für die therapeutische Situation typisch sind. So ist es z. B. üblich, dass der Therapeut die Selbstoffenbarung verweigert. Zu unterscheiden sind Prozesse des *Widerstands* (resistance), der *Auflehnung* (rebellion) und *Verweigerung* (refusal): die 3 Rs haben die Funktion von intrapsychischen und interpersonalen Regulatoren, über die wir angenehme Versionen der Wahrheit herbeiführen und herstellen.

Resistance (Widerstand)

Widerstand bezieht sich spezifisch auf das Unbewusste, das auf die Erfahrung seinen eigenen „Zugriff“ vollzieht und kommuniziert. Stimuliert durch psychosoziale Umstände sammelt sich Widerstand internal und interpersonal an, ihm gehen oftmals unspezifische und unvorhersehbare Erregungsanlässe voraus. Im menschlichen Kampf um die Verarbeitung und die Integration schwieriger und oft schmerzvoller emotionaler Wahrheit entwickelt sich Widerstand, taucht auf und breitet sich weiter aus. Als grundlegender und fortschreitender mentaler Prozess bezieht Widerstand

das Symbolisieren immer mit ein und er verbreitet „Abkömmlinge [...] und Verbindungen“ (FREUD 1915, S. 251), die im Gruppendiskurs und Gruppenverhalten sichtbar werden und auf Entdeckung und Erforschung warten.

Rebellion (Auflehnung)

Auflehnung nimmt typischerweise ihren Ausgang von Konflikten zwischen Therapeut und Gruppenteilnehmer. Diese Konflikte stehen im Zusammenhang mit plötzlichen oder schon länger bestehenden Brennpunkten, Werten und Methoden der Gruppe. Wenn Gruppenmitglieder Meinungsverschiedenheiten nicht lösen oder nicht mit ihnen leben können, nimmt die Auflehnung unterschiedliche Wege, die der Therapeut erwartet und die er aufzulösen versucht: *Trotz, Spaltung/Exilierung, Anarchie oder Revolution*.

Trotz stellt eine Art Verschwörungsdruck dar, der auf den fortschreitenden Prozess ausgeübt wird. In der *Spaltung/Exilierung* werden wechselseitige Bündnisse und Bindungen bedroht oder abgebrochen. *Anarchie* bezieht sich auf die „Anti-Gruppe“ (NITSUN 1996) oder hochkrisenhafte Zwischenspiele, die zu einer Steigerung destruktiven Verhaltens zu führen drohen. In der *Revolution* zielen rebellische Vorgaben und Lösungen darauf ab, die Gruppe in eine neue Phase zu bringen.

Refusal (Verweigerung)

Die *Verweigerung* stellt ein willkürliches Nichtteilnehmen am Anbieten von oder Antworten auf Kommunikation her. Um die Beziehungen in der Gruppe voranzubringen und die Grenzen dessen, was gedacht werden und worüber gesprochen werden kann, auszudehnen, ermutigt der Therapeut dazu, über Verweigerung nachzudenken, und er vermittelt so auch Respekt für die dahinterliegenden Gründe.

Enactments

KIERKEGAARD schrieb: „Leben kann nur rückwärts verstanden werden, aber es muss vorwärts gelebt werden.“ Ähnlich charakterisieren wir den therapeutischen Prozess. Individuen erledigen einen Großteil ihres Denkens ohne volle Aufmerksamkeit, und so antworten sie auch auf unterschiedliche und oft subtile Aspekte des Gesprächs und der Interaktion. Häufig ist es erst rückblickend möglich, etwas darüber, was eigentlich ge-

schehen ist, zu erfahren. Enactments beziehen sich auf diejenige Dimension der Erfahrung, die, ohne unbedingt verstanden zu werden, ausgelebt wird.

Meiner Meinung nach stellen Enactments einen grundlegenden Bestandteil jeden Verhaltens dar, und sie kommen in allen Aspekten des Gruppenlebens zur Aufführung. Den Gruppenprozess kann man als einen Fluss von Interaktionen zwischen vielen Bewusstheiten und Unbewusstheiten konzeptualisieren, der sich in einer Folge experimentellen Verhaltens manifestiert, in dem unterschiedliche Persönlichkeiten und Persönlichkeitskombinationen Kräfte oder Gegenkräfte mobilisieren, um Ereignisse mit zu erschaffen und sie in Bewegung zu bringen. Aus diesem Blickwinkel stellt jede kommunikative Geste ein Enactment dar: ein Verhaltensszenario mit multiplen symbolischen Bedeutungen.

Obwohl einige Enactments der Aufklärung eher zugutekommen, sind sie dynamischer Prozess und nicht voneinander trennbar. Enactments können, wenn sie toleriert und möglicherweise auch verstanden werden, das Auftauchen neuer Formen von Engagement und Erfahrung bedeuten (DAVIS 1999, GROSSMARK 2007, IVEY 2008).

Einbrüche und Verklumpungen (Nodules)

Ich führte den Begriff Verklumpungen (nodules) (BILLOW, im Druck) ein, um die Aufmerksamkeit auf die Wirkungen einer besonderen Art von Einbruch zu lenken, der die individuelle oder kollektive Psychologie beeinflusst und der scheinbar mit anderen psychischen und interpersonalen Aktivitäten zu tun hat. Es geschieht etwas, das den anhaltenden Fluss der Erfahrung durchbricht und so die zentrale Aufmerksamkeit des Individuums und der Gruppe an sich reißt.

Eine Verklumpung, eine zusammengepresste Masse starrer Assoziationen, besetzt einen Teil des mentalen Lebens des Individuums oder der Gruppe. Im gleichen Ausmaß, wie diese Assoziationen im Bewusstsein auftauchen, sind sie außerstande, sinnvolle, weiterführende Reflektion zu integrieren. Besser gesagt, diese Assoziationen neigen dazu, als alles in Anspruch nehmende Affekte und Gefühle, Phantasien, Stellungnahmen zur Wirklichkeit und Mutmaßungen, körperliche Zustände, Handlungen und Handlungstendenzen zu erstarren. Der Gruppenprozess selbst kann möglicherweise aktivierend und unterhaltend sein, auch wenn er zur gleichen Zeit Wiederholungen und Taubheit erzeugt.

Ein Nodule kann den kommunikativen Fluss von Knoten derart auseinanderreißen, dass es zur Unterdrückung und Störung rationalen Denkens und Verhaltens kommt. Die therapeutische Situation wird zu einem intersubjektiven „Feld“ des Enactments (BARANGER, BARANGER und MOM 1983), das alle Teilnehmer umgibt. Durch wirkungsvolle therapeutische Intervention werden die zusammengedrängten Teile des Klumpens wieder spürbar und konzeptualisiert und so wieder mit der Dynamik des Individuums und der Gruppe verbunden.

Taktiken und Techniken

Die Fähigkeit zur Leitung umfasst mehr als die Anwendung erlernter Theorien, Taktiken und Techniken. Sie verlangt Selbsterkenntnis und das Vermögen, subjektive Erfahrung dahingehend zu nutzen, Verbindung zu anderen herzustellen. Unterschiedliche Dimensionen des Selbst des Therapeuten sind weiterhin dazu aufgerufen, das Bonding zur Gruppe und ihren Mitgliedern zu stabilisieren, Vertrauen aufzubauen und es zu erlauben, dass sich verwirrte Beziehungen entwickeln und lösen.

Strategien des therapeutischen Diskurses: Diplomatie, Integrität, Aufrichtigkeit und Authentizität

Ich konnte vier relationale Arten des Sprechens und Zuhörens ausfindig machen. Sie zeugen von den Bemühungen des Therapeuten, Kontakt zur Gruppe und zu jedem einzelnen Mitglied herzustellen: *Diplomatie, Integrität, Aufrichtigkeit und Authentizität* (BILLOW 2010b, 2010c; KIEFFER 2010).

Diplomatie bezieht den strategischen Gebrauch und die Teilung von Leitung durch den Therapeuten im Aufbau und Erhalt von Beziehungen ein. Indem er diplomatisch ist, ist der Therapeut zugleich politisch und strategisch: Er versucht die Gruppe dahingehend zu beeinflussen, ihre Macht für kooperative, gegenseitige Beziehungen zu gebrauchen. Zwar mögen Geduld, Gefühl für den richtigen Zeitpunkt und Takt für die Diplomatie charakteristisch sein, dennoch können Spontanität, emotionale Offenheit, Transparenz (Selbstöffnung) und Konfrontation wirkungsvoll, sogar erforderlich sein, um Bedeutung in die psychotherapeutische Situation zu bringen.

Integrität entsteht aus den moralischen und ethischen Prinzipien des The-

rapeuten und daraus, welchen Gebrauch er von ihnen macht, um Grundregeln zu etablieren und zwischen einander widersprechenden Prinzipien und Glaubensweisen zu vermitteln. Integrität beinhaltet Stärke und Konsistenz, aber auch Flexibilität. Kein Regelwerk oder Prinzipienkatalog kann allen Gruppengeschehnissen gerecht werden und der Therapeut muss widerstreitende Ethiksysteme verhandelbar machen.

Aufrichtigkeit vermittelt die ehrlichen, fürsorglichen und heilsamen Absichten des Therapeuten, wesentliche Dimensionen des Bonding. Das gilt immer – entweder du bist aufrichtig oder du bist es nicht. In meiner Konzeptualisierung entsteht Aufrichtigkeit aus dem Entwicklungsstadium der Idealisierung, das dem ausgereiften Durcharbeiten der „depressiven Position“ (KLEIN 1952) vorausgeht. Spaltung wird als eine Art der Organisation von Erfahrung gegenüber dem reifen Denken bevorzugt („entweder/oder“, „gut/böse“).

Authentizität offenbart die Selbsterkenntnis des Therapeuten und seine Verbindung zu unbewussten intersubjektiven Schichten. Authentizität verlangt mentale Stärke (TRILLING 1971). Ihre Wahrheiten sind ungewisser und haben es schwerer aufzutauchen und akzeptiert zu werden als die Wahrheit der Integrität oder der Aufrichtigkeit – sie stören bzw. behindern die andauernde Fiktion, die wir über ein einheitliches, kohärentes und moralisches Selbst aufrechterhalten.

Im Gegensatz zur Aufrichtigkeit repräsentiert Authentizität das Durcharbeiten der depressiven Position, ihr Kennzeichen ist die Erfahrung ambivalenter Gefühle, eine Erfahrung, die in infantile und primitive Aspekte der eigenen Persönlichkeit hineinreicht und dennoch eine ausgeglichene und humane Einstellung bewahrt. Der Therapeut kommuniziert mit emotionaler Überzeugung, während er gleichermaßen anerkennt, dass seine Interventionen subjektive Meinungen sind, die zur Diskussion stehen und der Herausforderung durch andere bedürfen.

Das Erproben der Realität und Realitätsprüfung

Intuitiv lenken Kliniker den Gruppenprozess auf das *Erproben der Realität* hin und auch auf die Realitätsprüfung. Die *Realitätsprüfung* konzentriert sich auf ein besonderes Thema oder eine bestimmte Person. Sie schlägt den Weg zu Organisation und Rationalität ein mit dem Ziel, Probleme einzugrenzen und zu lösen. Wenn sie auf das „innere“ Leben angewandt wird, ist das Bestreben der Realitätsprüfung, Verständnis zu

erreichen, Verzerrungen und den Einfluss der Vergangenheitstraumata zu erhellen und auf ein angemessenes Verhalten vorzubereiten. Das Individuum und die Gruppe sind hierbei aufgabenorientiert. Der Gruppenprozess erscheint gut strukturiert: kohärent und linear.

Das Erproben der Realität schließt eine Annäherung an die psychische und aktuelle Realität ein, ohne unbedingt nach Definition oder Klarheit zu suchen oder sie zu erreichen. Die Realität zu erproben erlaubt allem, was emotional intensiv ist, sich zu entfalten; es muss nicht notwendigerweise auch vernünftig und begrifflich in Gänze fassbar sein. Die Gruppe kann hier thematisch und auch im Verhalten desorganisiert erscheinen. Die auftauchenden Bedeutungen kommen womöglich spontan und unvorhersagbar daher und können nebeneinander bestehen, ohne den Drang nach Konsens und eiliger Wertung. Da das Erproben der Realität rebellisch sein kann und soziale Zwänge abgestreift hat, kann es neue Möglichkeiten, sich auf die Realität einzulassen und zwischenmenschliche Fertigkeiten zu verbessern, eröffnen.

Von daher muss der Therapeut Dinge hervorholen, was das Erproben der Realität fördert. Und der Therapeut muss Dinge festnageln und das fördert die Realitätsprüfung.

Kernideen entwickeln

Alles, was in einer Gruppe geschieht, hat das Potenzial, die Entwicklung einer Kernidee anzustoßen (BILLOW 2015). Die Kernidee kann aus jedem mentalen Phänomen, das die Aufmerksamkeit in der Gruppe auf sich zieht, entstehen und sie kann auf bewussten und unbewussten Ebenen gefühlt, phantasiert und bedacht werden. Sie kann von verschiedenen, einzelnen oder miteinander kombinierten Geschehnissen herrühren: von der verbalen Einlassung eines Mitglieds (den Leiter eingeschlossen), von einem einzigen Austausch in der Gruppe oder ganzen Reihen von Austauschgeschehnissen und Enactments, von einem Thema, von allgemeiner Spannung, von einem Enactment oder von Einsicht oder von der *Reverie* des Therapeuten. Diese Idee kann eine Beobachtung, ein Gefühl, einen Glauben oder eine Erinnerung ausdrücken, die in der Gruppe auftritt und bei der es um die Gruppe oder irgendeine Gruppe geht, oder um eine Persönlichkeit wie ein Gruppenmitglied oder den Leiter.

Etwas ist nach außen gedrungen – ein existenzieller und intersubjektiver Moment oder eine Reihe von Momenten wird teilweise in Worten

oder Verhalten artikuliert. Die Kernidee entsteht aus dem Diskurs zwischen dem Bewusstsein des Therapeuten und dem Bewusstsein jedes Mitglieds der Gruppe, getrennt voneinander oder zusammenhängend – alle Bewusstheiten sind von den anderen und dem unmittelbaren und historischen Kontext der Gruppe, von unbewussten Prozessen und persönlichen, kulturellen und gesellschaftlichen Ereignissen der Umwelt beeinflusst.

Der Therapeut kann die Gelegenheit ergreifen, diese Idee thematisch einzubinden und sie mit der Beteiligung anderer Gruppenmitglieder konzeptionell zu fassen und ihre Bedeutung zu verhandeln.

Konstruktion – Dekonstruktion: polemische Ideen herausfordern

Während die Kernidee aus den psychischen und mentalen Interaktionen zwischen den Individuen, die die Gruppe ausmachen, von selbst entsteht, taucht die *polemische Idee* nur aus einem planvollen Gedankengefüge eines Individuums oder einer Subgruppe auf. Sie hat das besondere Ziel, das Bewusstsein der anderen und den Gruppenprozess zu lenken.

Polemische Ideen sind Erscheinungsformen gängiger Glaubenssätze, Texte, Doktrinen, und auch geschriebener und ungeschriebener Gesetze und Gebräuche (einschließlich psychoanalytischer), sie liefern sofort einverleibbare Wahrheiten und Slogans, die Individuen und Gruppen von Angst und Konflikt, die das freie Denken und das freie Treffen von Entscheidungen begleiten, entlasten.

Gruppen brüten angepasste Wahrnehmungen und konformistisches Denken und Verhalten regelrecht aus, weil diese eine wichtige Aufgabe als normalisierende kommunikative Matrix (FOULKES 1964) übernehmen. Gruppenleiter haben die Aufgabe, Gefühle und Gedanken zu integrieren, aber auch sie zu disintegrieren und jede Gruppe und jedes Mitglied neu willkommen zu heißen. Um Kohäsion herzustellen und das Erzeugen von Bedeutung (Kohärenz) zu fördern, hat der Therapeut „zwei Gesichter“ (BILLOW 2005): Er ist beides, der Bewahrer und der Herausforderer des Gruppenprozesses und der Gruppenkultur. Aufgabe des Therapeuten ist es, den Geist lähmende *polemische Ideen* und diejenigen, die sie verbreiten (einschließlich seiner selbst) dem produktiven Denken zu unterwerfen, sodass sie der Aufgabe der Gruppe, *Kernideen* zu entwickeln, dienen.

Ohne einen herausfordernden Leiter ist die Gruppe eher durch fehlende Authentizität, Konventionalität und Stillstand gekennzeichnet: sie ist mit Unterwerfung unter oder Auflehnung gegen die Autorität beschäftigt.

Abschließende Bemerkungen: eine persönliche Sicht

Ich weiß einiges über meine eigenen Prozesse und wie sie die Gruppen, die ich leite, beeinflussen. Ich lasse mich auf die emotionale Erfahrung, in der Gruppe zu sein und anderen Mitgliedern zu antworten, ein. Und ich versuche diese Erfahrungen in mich aufzunehmen, während ich zugleich meinen Assoziationen, den dazugehörigen Gefühlen und Gedanken auf unterschiedlichen Ebenen der persönlichen Bewusstheit unterworfen bin. Die Theorien und Konstruktionen von anderen und meine eigenen strömen als Quellen der Information in mein Bewusstsein und meistens aus ihm heraus.

Ich versuche, ein Gespür für die Gefühlsteilnahme an dem, was vor sich geht, und an der Verbindung der Mitglieder, vor allem zu mir und zur ganzen Gruppe, zu entwickeln. Ich verlasse mich (depend on) auf introjektive – projektive Prozesse, die Vorläufer und Begleiter auf dem Weg zu Empathie und Bonding sind. Der beginnende und sich fortsetzende verbale und nonverbale Austausch gibt mir ein Gefühl für jedes Mitglied und für die Gruppenstimmung: „sie, ich und wir“. Die Räume des Bewusstseins – innerliche, auf Untergruppen- und Gruppenebene – verschieben sich bereits im Augenblick der Begrüßung und Wiedervereinigung (die neue Sitzung), aber es gibt auch schon Kontinuität.

Ich erfülle meine Aufgabe als Leiter mit einem Sinn für ein Begreifen, das mit dem Vertrauen, das ich aus jeder Gruppensitzung lernen und ziehen werde, einhergeht. Jede Gruppe fängt mit tastender Vorsicht an, aber dennoch stellt sich das Vertraute, die Gruppe als sich entfaltende und forschende Einheit, dem Unbekannten.

Zumeist sitze ich ruhig da und schaue, wohin uns andere mitnehmen. Innere Erzählungen entfalten sich. Sie sind entweder mit irgendetwas anderem, das stattfindet, verbunden, oder sie sind offensichtlich davon losgelöst. Aber ich registriere die Vorgänge und fühle mich frei, diplomatisch einzugreifen, das meint das Wesen und die Grenzen des interpersonellen Austauschs zu verhandeln und auf therapeutische Ziele hinzuarbeiten.

Eine einfache Form der Diplomatie kann schon in der Andeutung bestehen, dass wir „in diesem Raum“ bleiben sollten oder dass wir uns mit dem befassen sollten, was jetzt vor sich geht. In jedem Fall treiben meine gelegentlichen diplomatischen Manöver – wie ich es anstelle, Menschen zusammenzubringen, wie ich Beziehungen, Regeln und Medien des Austausches strukturiere – keinen Spott mit der Laune, den Überzeugungen

oder den Absichten eines anderen oder vieler anderer.

Insoweit ich nützliche Dynamiken von Widerstand, Auflehnung und Verweigerung finden und erkennen kann, erwäge ich deren Wertigkeit in der Unmittelbarkeit unseres gemeinsamen Gestaltens: ihre Verortung im Sprecher, im Zielobjekt (oft mir), in ihren Interaktionen oder auch im sozio-politischen Kontext der professionellen Beziehung.

Wenn ich gerade nicht auf den Haushalt – z. B. Bonding, exzessive Abhängigkeit, Schutz eines Mitglieds – achtgeben muss oder sogar, wenn ich das gerade muss, neige ich dazu zu beobachten und darüber nachzudenken, was mich an den vor sich gehenden Interaktionen interessiert. Eine Idee kommt auf: sie kann sich auf ein Thema, das angesprochen wird, beziehen oder sie verlangt nach Aufmerksamkeit für sich, ohne offensichtlichen Zusammenhang.

Wahrscheinlich werde ich diese Idee, die mich in ihren Bann gezogen hat, mitteilen, indem ich sie mit Phänomenen verbinde, die als gemeinsamer Gruppenbezug dienen könnten, wie z. B. ein offen dargestelltes oder unterschwelliges Interaktionsmuster zwischen Teilnehmern, eine wiederkehrende Metapher oder ein Aspekt der Psychologie eines Teilnehmers, der von allgemeiner Bedeutung ist. Ich biete *Kernideen* mit Überzeugung an, aber auch vorsichtig, um zu sehen, wie und ob andere darauf antworten und sie weiterentwickeln.

Der Gruppenprozess kann von der Widerstandsanalyse (d. h. der Erforschung innerpsychischer und interpersoneller Bedeutungsebenen) zu Strategien der *Auflehnung* wechseln: Die Art und Weise, wie ich leite, die Strukturen, die ich einrichte und beibehalte, und die Ziele der Wahrheit, für die ich arbeite, werden hinterfragt und herausgefordert. Nicht selten bin ich konfrontiert mit *Verweigerung*, wenn Einzelne oder die Gruppe sich von dem, was ich anbiete, wegwenden. Obwohl Gruppenprozesse der *Rebellion* und *Verweigerung* persönlich schwierig sein können, müssen sie respektiert werden, da sie möglicherweise berechnete und das Denken provozierende Sachverhalte anschnitten.

Ich versuche, sympathisch zu sein, Leichtigkeit an den Tag zu legen und nicht als eine mysteriöse Figur in Erscheinung zu treten, unberührbar von Gefühlen oder Feedback, oder allwissend. Wenn ich verstört bin oder unsicher, was oft der Fall ist, kann ich Klärung bei anderen Gruppenteilnehmern suchen, obwohl ich nicht notwendigerweise mit ihren Denkrichtungen übereinstimme oder ihnen folge.

Beim Leiten einer erfolgreichen Gruppe setze ich die meiste Hoffnung

auf Folgendes: Ich entspanne mich, gebe den Menschen ein Gefühl dafür, wer ich bin, indem ich mich mit ihnen auf eine durchdachte, manchmal spielerische Art verbinde und indem ich sie davon überzeuge, dass ich über die Hier-und-jetzt-Gruppenerfahrung nachdenke und versuche, einen Sinn daraus zu ziehen.

Ich versuche, nicht jede Sitzung jeder Gruppe aktiv zu leiten. Manchmal leitet die Gruppe und ich folge. Warum auch nicht, solange jede Gruppensitzung zu einer Lernerfahrung wird, die die Psychologie im Raum verändert. Es muss etwas geschehen, neue Erfahrung muss entstehen können, die wir Gruppenteilnehmer gemeinsam bezeugen und auf die wir antworten können. Das sollte für alle von uns, mich eingeschlossen, relevant werden.

Währenddessen und danach versuche ich, meine blinden Flecken und ungelösten Konflikte zu erkennen, meine Angst zu bewältigen und zu neuen Gebieten emotionalen Wachstums und technischer Geschicklichkeit vorzustoßen.

Auch wenn es mir behagt, Prozesse zu beeinflussen, berücksichtige ich doch, dass ich nur über begrenzte Kontrolle und begrenztes Verständnis verfüge. Die Teilnehmer können sehr wohl unterschiedliche subjektive Erfahrungen der Prozesse machen, die in ihnen, in ihren Gruppen und in mir stattfinden. Jede Person hat die Aufgabe, Teilhaber, Zeuge und Deuter des Prozesses zu sein. Und daraus, wie sie ihre Prozesse prozessieren, lerne ich.

(Übersetzung: Jogi Klein, Astrid Thome)

Group Process(es): A Relational View

(Summary)

The author presents an overview of his approach to relationally based group psychotherapy. Topics include a brief introduction to relational theory and its historical foundation; the efficacy of combined-individual psychotherapy; and the central role of the therapist. He asserts that (1) every intervention (including silence) is filtered through the leader's subjectivity, of which he or she has limited and imperfect knowledge.

(2) The members' individual and collective ideas of who the leader is impact everything that takes place in group, and to some extent determine group structure and process.

He asserts that the therapist's essential task is to establish an environment to utilize the self, others, and whole group to foster meaning-making, growth, and development. What holds a group together is the therapist's ever expanding understanding of the psychic realities of the group and its members, and the therapist's success in interesting others in reaching and deepening such understanding, however painful and unwelcome.

A discussion of the metapsychological, experiential, and foundational concepts of group process follows, with an emphasis on the *node* as a useful explanatory model. A *node* is a junction of pathways – a focal point – of a network through which communication flows. Nodes gather in and convey different types and sources of experience simultaneously and interactively. The body, the mind, an individual, dyad, group, or a larger social entity – each may be conceived as a node that perceives, collects, and organizes internal and external sources of information, making the flow of process manageable and communicable.

In a psychotherapy group, the therapist functions as a superordinate node, facilitating and contributing pathways and networks of communication. The therapist's perspectives – theories and models in conjunction with personality factors and here-and-now experience – key in on certain types and sources of information, and not others.

The author approaches group process with an „eye” to the basic conflict between thinking and evasion; the dimensions of truth and falsity; the shifts among the KLEINIAN *psychotic positions* and BION'S *basic assumptions*; and the situation of the *basic affects* and the presence or absence of *passion*.

Specific relational models of group process are introduced: the three prototypes of the „container-contained:” *bonding, abstract/symbolic, and anti-linking relationships*; BILLOW'S „3Rs”: *resistance, rebellion and refusal*; and the influence of dissociative *enactments, irruptions, and nodules*.

Four modes of speaking and listening inform the therapist's efforts to connect to the group and each member. *Diplomacy* involves the use and sharing of leadership power; *integrity* emerges from the therapist's utilization of moral and ethical principles; *sincerity* conveys the therapist's genuine caring; and *authenticity* reveals the therapist's self-knowledge and

connection to unconscious intersubjective strata.

Therapists intuitively lead group process towards *testing reality* and towards *reality testing*. To establish cohesion and foster meaning-making, we wear “two faces,” as the conservator and challenger of the group. From this type of dual leadership comes the potential for developing *nuclear ideas*, which emerge from discourse between the therapist’s mind the mind of each member, separately and together.

Regarding relational tactics and techniques, the therapist is always implicated. Technical issues and decisions regarding issues of „reality”, „truth”, intersubjectivity, presentation of self, and self- disclosure need to remain a therapeutic preoccupation.

The paper concludes with a subjective view: what the author understands about his own processes and their influence. He acknowledges a personal perspective, with blind spots and unresolved conflicts, and limited control and understanding. Each group member functions as a participant in and witness and interpreter of process.

References

- Baranger, M.; Baranger, W; Mom, J. (1983): Process and non-process in analytic work. *International Journal of Psychoanalysis* 64: 1-15
- Billow, R. M. (2001): The therapist’s anxiety and resistance to group. *International Journal of Group Psychotherapy* 5: 83-100
- (2003a): Relational Group Psychotherapy: From basic assumptions to passion. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers
 - (2003b): Relational variations of the container-contained. *Contemporary Psychoanalysis* 39: 27-50
 - (2003c): Bonding in group: The therapist’s contribution. *International Journal of Group Psychotherapy* 53: 83-110
 - (2004): Truth and falsity in group. *International Journal of Group Psychotherapy* 54: 321-345
 - (2005): The two faces of the group therapist. *International Journal of Group Psychotherapy* 55: 167-187
 - (2009): The radical nature of combined psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 59: 1-28
 - (2010a): Resistance, rebellion and refusal in Groups: The 3 Rs. London: Karnac
 - (2010b): Modes of therapeutic engagement: Part I: Diplomacy and integrity. *International Journal of Group Psychotherapy* 60: 1-28
 - (2010c): Modes of therapeutic engagement: Part II: Sincerity and authenticity. *International Journal of Group Psychotherapy* 60: 29-58

- (2011): It's all about „me“: On the group leader's psychology. *Group Analysis* 44: 296-314
 - (2012): It's all about „me“ (Behold the leader). *International Journal of Group Psychotherapy* 62: 531-556
 - (2015): Developing nuclear ideas: Relational Group Psychotherapy. London: Karnac
 - (2015): Psychic nodules and therapeutic impasses: Three case studies. *International Journal of Group Psychotherapy*, in press
- Bion, W. R. (1961): Experiences in groups. London: Tavistock
- (1962): Learning from experience. London: Heinemann. [Reprinted in: Seven servants: Four works by Wilfred R. Bion. New York: Aronson, 1977]
 - (1963): Elements of Psychoanalysis. London: Heinemann. [Reprinted in: Seven servants: Four works by Wilfred R. Bion. New York: Aronson, 1977]
 - (1965): Transformations. London: Heinemann. [Reprinted in: Seven servants: Four works by Wilfred R. Bion. New York: Aronson, 1977]
 - (1967): Second thoughts. London: Heinemann
 - (1970): Attention and interpretation. London: Tavistock. [Reprinted in: Seven servants: Four works by Wilfred R. Bion. New York: Aronson, 1977]
- Bollas, C. (1989): Forces of destiny. Psychoanalysis and the human idiom. Northvale, New Jersey: Jason Aronson
- Bromberg, P. (2009): Multiple self states, the relational mind, and dissociation: A Psychoanalytic Perspective. In: P. F. Dell & J. A. O'Neill (Eds.), Dissociation and the dissociative disorders: DSM and beyond. New York: Routledge, pp. 637-652
- Campos Avilar, J. (1992): Burrow, Foulkes and Freud: An historical perspective. *Lifwynn Correspondence* 2: 2-9
- Davies, J. (1999): Dissociation, therapeutic enactment and transference-countertransference process. *Gender and Psychoanalysis* 2: 241-259
- Fonagy, P. and Target, M. (1998): Mentalization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 8: 87-114
- Foulkes, S. H. (1964): Therapeutic Group Analysis. London: George Allen & Unwin.
- Foulkes, S. H. & Anthony, E. J. (1957): Group Psychotherapy. New York: Penguin.
- Freud, S. (1900): Interpretation of dreams. In: J. Strachey (Ed. and Trans.), The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London, Vol. 5: Hogarth Press, pp. 339-627
- (1911): Formulations on the two principles of mental functioning. S. E., 12
 - (1912): Recommendations to Physicians Practicing Psycho-Analysis. S. E., 12 [deutsch: Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW 8]
 - (1914): On the history of the psycho-analytic movement. S. E., 14 [deutsch: Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung, GW 10]
 - (1915): Repression, S. E., 14 [deutsch: Die Verdrängung, GW 10]
 - (1921): Group Psychology and the Analysis of the Ego, S. E., 18
 - (1926): Inhibitions, Symptoms and Anxiety. S. E., 20
- Gerson, S. (1996): Neutrality, Resistance, Self-Disclosure. *Psychoanalytic Dialogues* 6: 623-645

- Greenberg, J. (1996): Psychoanalytic Words and Psychoanalytic Acts: A Brief History. *Contemporary Psychoanalysis* 32: 195-213
- Grinberg, L. (1990): The Goals of Psychoanalysis. London: Karnac Books
- Grossmark, R. (2007): The Edge of Chaos: Enactment, Disruption, and Emergence in Group Psychotherapy. *Psychoanalytic Dialogues* 17: 479-499
- Grotstein, J. (1999): Projective Identification Reassessed: Commentary on Papers by Stephen Seligman and by Robin C. Silverman and Alicia F. Lieberman. *Psychoanalytic Dialogues* 9: 187-203
- (2004): The Seventh Servant: The Implications of a Truth Drive in Bion's Theory of „O.“ *International Journal of Psychoanalysis* 85: 1081-1101
- Ivey, G. (2008): Enactment Controversies: A Critical Review of Current Debates. *International Journal of Psychoanalysis* 89: 19-38
- Kieffer, C. (2010): Richard Billow's Modes of Therapeutic Engagement: Part I: Diplomacy and Integrity and Part II: Sincerity and Authenticity. *International Journal of Group Psychotherapy* 60: 307-312
- Klein, M. (1952): Some Theoretical Conclusions Regarding the Emotional Life of the Infant. In: Envy and Gratitude. New York: Delacorte Press, 1975, pp. 61-93
- Lipin, T. (1992): Dr. Otto Isakower's Analyzing Instrument: Reflections Three Decades Later. *Journal of Clinical Psychoanalysis* 1: 227-228
- Mitchell, S. (1993): Hope and Dread in Psychoanalysis. New York: Basic Books
- (2000): Relationality: From Attachment to Intersubjectivity. Hillsdale, NJ: Analytic Press
- Moeller, M. L. (2002): Love in the Group. *Group Analysis* 35: 484-498
- Nitsun, M. (1996): The Anti-Group: Destructive Forces in the Group and their Creative Potential. London: Routledge
- Racker, H. (1968): Transference and Countertransference. Madison: CT: International Universities Press
- Renik, O. (1993): Analytic Interaction: Conceptualizing Technique in Light of the Analyst's Irreducible Subjectivity. *Psychoanalytic Quarterly* 62: 553-571
- (1995): The Ideal of the Anonymous Analyst and the Problem of Self-Disclosure. *Psychoanalytic Quarterly* 64: 466-495
- Schafer, R. (1970): The psychoanalytic vision of reality. *International Journal of Psychoanalysis* 51: 279-297
- Schermer, V. L. (2012a): Group-as-a-Whole and Complexity Theories: Areas of Convergence. Part I: Background and Literature Review. *Group Analysis* 45: 275-288
- (2012b): Group-as-a-Whole and Complexity Theories: Areas of convergence. Part II: Application to Group Relations, Group Analysis, and Systems Centered Therapy. *Group Analysis* 45: 481-497
- Schwartz, H. (2012): Intersubjectivity and Dialecticism. *International Journal of Psychoanalysis* 93: 401-425
- Stolorow, R. D. (1997): Principles of Dynamic Systems, Intersubjectivity, and the Obsolete Distinction Between One-Person and Two-Person Psychologies. *Psychoanalytic Dialogues* 7: 859-868

Trilling, L. (1971): *Sincerity and Authenticity*. Cambridge, MA: Harvard University Press

Wilke, G. (2003): *The Large Group and its Conductor*. In: R. M. Lipgar and M. Pines (Eds.),
Building on Bion: Branches. London: Jessica Kingsley Publishers, pp. 17-105

Address: Richard M. Billow • 49 Cedar Drive • Great Neck • NY 11021 • USA •
rmbillow@gmail.com

Gruppentherapie in Verbindung mit Einzelanalyse

(Raymond Battegay, Basel)

The article provides a short outline about the author's more than sixty years comprehensive practical group psychotherapeutic work and its theoretical reflection. The five phases model of the group psychotherapy process will be described and the particular complementarity of combined individual and group psychotherapy is being given special space. The author emphasizes clearly the meaning and particular effectiveness of psychodynamic and analytic group psychotherapy for psychiatric patients, even beyond common limits of the treatment time.

Keywords: group psychotherapy, 5 phases, psychoanalysis

Der Mensch steht schon intra utero und seit seiner Geburt sichtbar in Beziehung zu seiner Mutter, jedoch auch mit dem Vater und mit ihm be-
gegnenden anderen Menschen. Diese frühen Erfahrungen des Kindes bilden bei ihm ein Grunderleben. Je mehr der heranwachsende Mensch andere Individuen mit ihren Äußerungen in Worten und Emotionen erfährt, desto mehr wird er durch die ihm Begegnenden beeinflusst, wobei seine genetischen Anlagen mitwirken. So schreibt Wolfgang MERTENS (2013) in seinem Artikel „Das Zwei-Personen-Unbewusste – unbewusste Wahrnehmungsprozesse in der analytischen Situation“: „Die Beziehungsregulierung stellt aus psychoanalytischer Sicht das wichtigste Element des impliziten psychischen Funktionierens dar. Dieses enthält evolutionsgeschichtlich für das Überleben eines Kindes bedeutsame angeborene Strukturen, die durch einfache Lernprozesse, wie das klassische Konditionieren, aber auch durch höhere Lernprozesse, wie das Erwartungslernen, verändert werden. Die sich in einem intersubjektiven Kontext entwickelnden impliziten Wissensstrukturen werden in einem Gedächtnissystem gespeichert, das der bewussten Erinnerung, dem sogenannten expliziten oder deklarativen Erinnern, nicht zugänglich ist; dennoch sind sie kontinuierlich wirksam und handlungssteuernd.“ (MERTENS 2013, S. 818) Doch wird bei der Beobachtung eines Säuglings erkennbar, dass nicht nur die Mutter auf das Kind einwirkt, sondern auch das Kind auf die Mutter mit seinen angeborenen emotionalen und kognitiven Potenzen, die, wie MERTENS (2013) betont, durch seine Spiegelneurone angeregt werden. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass das Kleinkind auch aktiv kommunikativ die Mutter beeinflusst. Schon sehr früh beachtet der Säugling auch den

Vater und bald auch die Gruppe, die durch die Geschwister mitgebildet wird. Weitere entscheidende Einflüsse kommen auch von den Gespielen und Gespielinnen, die das Kind in der Regel schon mit zwei bis drei Jahren immer mehr zu beachten beginnt. Mit anderen Worten kommen die Kinder von da an immer mehr in Gruppen von Gleichaltrigen, die sich gegenseitig beeinflussen. Neben der Familiengruppe wirken also auch die Gruppen von jungen Heranwachsenden aufeinander ein.

Bezogen auf die Komplexität verinnerlichter Beziehungs- und Gruppenerfahrungen schreiben B. RIPPA, B. RIPPA und E. MOSS in ihrem in der *Group Analysis* erschienenen Artikel mit dem Titel „Interpersonal Communication at the Internal Group Level“ (Interpersonale Kommunikation in dem internen Gruppen-Niveau): „Wir alle tragen in uns selbst unbewusste Bilder von signifikanten Figuren unserer Vergangenheit, die unseren Kontakt zu bestimmten Personen in der Gegenwart beeinflussen. Wenn wir die Gruppenanalyse betrachten, bemerken wir, dass jedes Gruppenmitglied seine ganze Sammlung von innerlich signifikanten Objekten in die Gruppe mitbringt, diese können einzelne Objekte sein und [...] können ebenso Gruppenobjekte sein. Diese können dann unbewusst auf einzelne Gruppenmitglieder, den Leiter und/oder die Gruppe als Ganzes projiziert werden und das Verhalten der Gruppenmitglieder in positiver oder negativer Weise beeinflussen.“ (RIPPA et al. 2013, S. 415; dt. Übersetzung v. A.)

In meinem Buch „Die Gruppe als Schicksal. Gruppenpsychotherapeutische Theorie und Praxis“ habe ich im Vorwort u. a. bemerkt: „Die mitmenschliche Umgebung bestimmt neben dem Primärcharakter weitgehend das Schicksal des Individuums. Ob es weiterkommt und Erfolg hat in seiner Existenz, ist nicht nur das Resultat seines Strebens, sondern auch der Wirkung seiner Umwelt [...] Bei der Bedeutung der Gruppe für den Werdegang und das aktuelle Leben des Menschen ist es kaum verwunderlich, dass ihr als therapeutisches Milieu und Mittel eine hervorragende Bedeutung zukommt.“ (BATTEGAY 2000, S. 9)

Die Gruppenanalyse, die ich von 1953 an sporadisch und seit 1955 kontinuierlich ausübte, habe ich sowohl bei hospitalisierten psychisch Schwerkranken, als auch bei gesunden Studenten, Ärzten, Psychologen, Theologen, Psychologen und Psychiatern als einzelner Leiter oder etwa auch mit einem anderen Psychiater zusammen ausgeübt. Die Gruppenpsychotherapie gibt den Beteiligten vor allem Gelegenheit, eine Einsicht

in ihr Unbewusstes zu gewinnen und gleichzeitig ihr Sozialverhalten zu erkennen und zu korrigieren.

In den Vorlesungsanzeigen der Medizinischen Fakultät der Basler Universität habe ich während Jahren registrieren lassen, dass ich neben meinen Vorlesungen in Psychiatrie und Psychotherapie gruppenpsychotherapeutische Seminare von wöchentlich je 1 1/2 Stunden abhalten werde, in denen die Beteiligten aktiv mitwirken können. Für diese nahm ich nicht mehr als 15 Studentinnen und Studenten an. Da ich in der Regel neben meinen anderen Verpflichtungen nicht mehr Zeit hatte, um mehr als zwei Studentengruppen zu leiten und sich meist bedeutend mehr Leute dazu meldeten, konnte ich nicht alle Interessierten in die Gruppen aufnehmen, doch es lohnte sich für die Teilnehmenden, da sie damit Einblick in die Wirkung der Gruppenpsychotherapie erhielten. – In diesen Gruppen mit Studentinnen und Studenten vor ungefähr 20-30 Jahren mussten, wie ich im Band II meines Werkes „Der Mensch in der Gruppe“ (BATTEGAY 1973, S. 60) beschrieben habe, die Mitglieder anfänglich mit Mut das Schweigen ertragen und dann durchbrechen. Es wurde durch die Beteiligten auch versucht, gewisse Regeln aufzustellen und sich gegenseitig vorzustellen. Dabei manifestierte sich bald, dass sie eigentlich zuerst vom Leiter eine gewisse Einführung erstrebten. Da er diesem Wunsch in der Regel nicht nachkam, zeigte sich, dass die Beteiligten, die zu sprechen begannen, eine Aufmunterung und Anerkennung gewünscht hätten, die sie früher von ihrer Mutter, eventuell auch von ihrem Vater, erhielten oder vermissten. Mit der Zeit übertrugen sie auf die Mitglieder der Gruppe auch Gefühle für ihre Geschwister, nach einer gewissen Zeit des Gruppenbestehens äußerten einige Beteiligte, dass sie den Leiter etwas väterlich erlebten, vor allem, wenn sie in ihrer Familie mit dem Vater gute Beziehungen und emotionale Nähe erlebten. Auch projizierten sie auf den Gruppenleiter etwa ehemalige Lehrer, Professoren oder politische Berühmtheiten oder in Filmen gesehene Figuren.

Wie ich im Band II meines Werkes mit dem Titel „Der Mensch in der Gruppe“ (1973, S. 58–78), erklärt habe, verläuft die Gruppenpsychotherapie in der Regel in fünf Stadien, wobei die erste Phase jene der „*explorierenden Kontaktnahme*“ ist. Die Beteiligten prüfen zu Beginn der Gruppenaktivität vorsichtig die Anderen und deren Einstellung zu ihnen. Sie erlangen so meist zunehmend Vertrauen zu den Gruppenbeteiligten. Allerdings leiden die Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt

sind, wie auch Depressive oft besonders in dieser Phase unter schweren Ängsten. Nach langen Erfahrungen mit der Gruppenpsychotherapie kann ich aber auch sagen, dass die explorative Kontaktnahme den Misstrauenden und den ängstlichen Menschen Gelegenheit gibt, den anderen Gruppenmitgliedern allmählich zu vertrauen.

Nach der erwähnten ersten folgt die nächste, die *Phase der Regression*: Eine 51-Jährige, an Sklerodermie und paranoiden Gedanken leidende Frau, die in der Privatabteilung der psychiatrischen Klinik hospitalisiert war, hatte große Mühe, sich mir, der sie psychoanalytisch behandelt hatte, und den anderen Gruppenmitgliedern zu öffnen. Sie zog sich stets auf sich selbst zurück. Ich habe sie nach ca. einem Jahr Einzeltherapie in die Sitzungen einer psychotherapeutischen Gruppe der erwähnten Abteilung mitgenommen. 11–14 andere Patienten wirkten in dieser Gruppe mit. Während längerer Zeit blieb sie während der Gruppensitzungen still. Nach einigen Monaten ihrer stillen Teilnahme begann sie plötzlich, über sich zu sprechen, wobei sie nun entspannt wirkte. Sie erzählte dabei auch, dass sie wieder Kontakt mit ihren Verwandten aufgenommen habe. Am Ende einer weiteren Gruppensitzung berichtete sie über einen erlebten Traum, den sie auch selbst für wichtig hielt: „Ich stand auf einem Friedhof; er war mir nicht bekannt. Dabei stand ich vor einem Familiengrab. Der Grabstein befand sich hinten am Grab, war nicht hoch, bestand aus grau-beigem Sandstein. Der Grabstein war langgestreckt, so lang wie das Grab. Dieser Stein schloss das Grab nach hinten ab. In der Mitte des Steins war eine Lücke, und in dieser Lücke wuchs ein wunderbarer roter Begonienstock. Auf dem Grabstein stand: ‚Ich muss mir das auf diesem Stein Geschriebene einprägen: Das Leben ist lang.‘ Darunter stand eine kleine Inschrift, die ich nicht recht zu entziffern vermochte, aber ich wusste, dass es das Familiengrab war. Es waren aber nicht die einzelnen Namen angeführt, sondern nur ‚Familiengrab der Familie CH‘. Das Grab war sonst von Moos bedeckt. Ich stand vor diesem Grab, und es umringten mich plötzlich viele Kinder, die höchstens zehn Jahre alt waren. Sie hielten mich fest an den Händen und die kleinen an den Beinen. Alle sagten, ich solle sie mitnehmen. Die Kinder hinterließen einen Eindruck, wie wenn sie es alle nötig hätten, dass man sich ihrer annähme. Ich dachte, es ist unmöglich, dass ich mich aller annehmen kann, und sagte: ‚Ihr habt ja alle noch einen Vater, der sich eurer annehmen kann‘. Einem kleinen Mädchen sagte ich: ‚Du hast keine Mutter, dich will ich mitnehmen‘.“

Der Traum der Patientin widerspiegelt im ersten Teil deren Einsamkeit,

welche sie als Kind und junge Erwachsene nach dem frühen Tod ihrer Mutter erleben musste. Diese führte dazu, dass sie sich, obschon der Vater noch lebte, von Kindheit und Jugend an und vermehrt seit dem Ausbruch ihrer Sklerodermie sehr einsam fühlte. Im zweiten Teil ihres Traumes wird erkennbar, dass die Patientin merkte, dass auch andere Kinder ein solches Schicksal treffen kann. Dabei spürte sie offenbar auch, dass sie sich nun selbst Liebe schenken muss. Auch fing sie ebenso an zu erkennen, dass ihr überlebender Vater ihr Liebe gab, soviel er vermochte, doch verständlicherweise ihre Mutter nicht ersetzen konnte.

Die Teilnahme an der therapeutischen Gruppe hat ihr offenbar geholfen, sich der sozialen Umwelt (der Gruppe) zu öffnen und Vertrauen in die umgebenden Menschen zu gewinnen. Es zeigte sich auch, dass der zuerst durchgeführte Ansatz einer psychoanalytischen Analyse noch nicht zu einer anhaltenden emotionalen Öffnung geführt hatte. In der Gruppenpsychotherapie hingegen kam es bald zu einer emotionalen Erweiterung der Patientin und zu Einsichten in ihre Komplexe. Zu einer rascheren Einsicht in der Gruppentherapie kann aber der Umstand geführt haben, dass der Gruppenpsychotherapeut auch der Psychoanalytiker war und es vielleicht dadurch rascher zu einer Öffnung der Patientin in der Gruppe kam. Doch ist bei der Gruppenpsychotherapie zu beachten, dass die Gefühle der verschiedenen Mitglieder auch auf die Anderen wirken. Es kommt danach zu der dritten Phase, der *Katharsis*, d. h. einer Verstärkerwirkung der Emotionen in der therapeutischen Gruppe. Auf diese Weise kommen die Komplexe der verschiedenen Gruppenmitglieder meist rascher zum Vorschein als in der Einzeltherapie, sodass sie bald in die vierte Phase der *Einsicht* eintreten.

In allen Gruppenpsychotherapien, die ich geleitet habe, entwickelte sich ein gegenseitiges Vertrauen, selbst wenn der Versammlungsort wechselte. Dass die Gruppe als psychotherapeutisches Mittel in der Regel relativ rasch zu einem gegenseitigen Vertrauen der Mitglieder führt, kann auch daher kommen, dass das Kind zuerst im Uterus der Mutter aufwächst, weswegen der Mensch in der Regel ein Vertrauen in die Gruppe mit auf die Welt bringt. Wenn Schwangerschaft, Geburt und das weitere Leben gesund verlaufen, kann der Mensch das, was sich in der fünften Phase, der *Wandlung*, findet, Vertrauen für und in Gruppen, mitbringen. Die vorgeburtliche Gewohnheit der mitmenschlichen Präsenz ist dem Menschen vom Lebensanfang an eine Gegebenheit, die aber später bei Insuffizienz der Familiengruppe oft Ängsten weicht.

Ulrich STREECK schreibt am Schluss seines Artikels mit dem Titel „Interpersonelle Störungen und Beziehungswissen“ u. a.: „Das Bedürfnis, mit Anderen im Kontakt zu sein, ist indes ein primäres, kein abgeleitetes Bedürfnis. Wir sind auf andere Menschen hin ausgerichtet, von Geburt an soziale Wesen, nicht erst primärnarzisstisch abgeschottet, um im Zuge der frühen Entwicklung mühsam den Weg in die soziale Mitwelt zu finden, sondern von Anfang an auf Verbindung und Bindung und Intersubjektivität hin angelegt, primär soziale Wesen, die sich aus einer sozialen Matrix heraus zu Individuen entwickeln (vgl. ALTMAYER 2005). Darum bleibt die Suche nach therapeutischen Mitteln, die implizites Beziehungswissen verändern können, eine wichtige therapeutische Aufgabe.“

(STREECK 2013, S. 199)

Frau S., im Frühjahr 1949 geboren, litt seit September 1977 zunehmend unter Selbstzweifeln, sie sei etwa in Schweiß gebadet gewesen, habe Angst gehabt, dass sie an einer Tuberkulose erkrankt sei. Bei der Aufnahme der Anamnese ergab sich weiter, dass die Patientin hereditär vonseiten der Mutter ihres Vaters mit Suizid belastet ist. Auch fühlte sie sich als Kind vor allem durch ihren Vater, einen Universitätsprofessor, unverstanden. Auch durch die Mutter erlebte sie sich wenig geliebt. Nach anfänglichem Trotz fügte sie sich stets in die strenge elterliche Ordnung. Ihr späteres naturwissenschaftliches Studium schloss sie 1974 erfolgreich ab. Ihre Arbeit an ihrer Dissertation musste sie aber im November 1976 abbrechen, da sie anlässlich eines Umzugs einen Pneumothorax links erlitten hatte und dabei depressiv, ängstlich und suizidal wurde. Von Januar bis August 1977 wurde sie in einem privaten Sanatorium behandelt. Nachher weilte sie bei ihren Eltern. Gegen Ende August wurde Frau S. erstmals stationär in eine Psychiatrische Universitätsklinik aufgenommen. Sie wirkte dabei stuporös, ängstlich, introvertiert, bizarr, von Ambivalenzen und Ambitionen hin- und hergetrieben. Ihre Starrheit wurde etwa durch ein verzweifertes Weinen durchbrochen. Ihre Selbstidentität war gestört und ihr Ich schwach. Es wurde nun eine Borderlinestörung diagnostiziert. Mit Psychopharmaka, paralleler Einzel- und danach wöchentlicher Gruppenpsychotherapie wurde sie behandelt. Zusehends kam sie nun aus ihrer Starre und ihren Ängsten heraus. Im Juni 1982 verschlechterte sich ihr Befinden erneut, sodass sie abermals, diesmal für ein paar Tage, in der Universitätsklinik behandelt werden musste. Auch 1998 kam es wieder zu einer Exazerbation ihres Zustandes mit ähnlichen Symptomen wie bei früheren Spitalaufenthalten. Sie befand sich im Juni 1989 deshalb wieder

in der Psychiatrischen Universitätsklinik. Seit damals wirkte sie in einer vom Referenten gegründeten und geleiteten psychotherapeutischen Gruppe, die bis in das Jahr 2012 bestand. Frau S. kam jede Woche pünktlich in die Gruppe, an der sie regelmäßig bis zu deren Ende teilnahm. Sie wirkte dabei meist sehr aktiv mit. Nach dem Ende dieser Gruppe beschlossen fünf der Mitglieder, sich einmal pro Monat in einem großen Restaurant der Stadt zu treffen. Frau S. wirkte dabei eifrig mit, ohne durch Ungeduld oder Aggressionen aufzufallen. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass Frau S., die in verschiedenen Belastungsphasen psychisch krank wurde, im Verlaufe der Gruppenpsychotherapie und danach, ruhig blieb und nie krank wurde. Anfang 2014 konnte sie sogar von der Mutter, die über 94 Jahre alt war, das Einfamilienhaus der Eltern übernehmen und sich darin einfinden. Es wurde bei ihr ersichtlich, dass die Gruppenpsychotherapie wirksamer zu einer Besserung des psychischen Zustandes der Patientin und einer besseren Sozialanpassung führte als eine analytische Einzelpsychotherapie.

Bei den Zusammenkünften zeigte sich, dass Frau S. sich mit den anderen Gruppenmitgliedern nicht nur zu unterhalten vermochte, sondern die Worte der Anderen sehr ernst nahm. Manchmal erhob sie aber ihre Stimme, ohne dass es objektiv gesehen nötig war. Damit wollte sie offenbar demonstrieren, dass sie verstanden werden wollte. Doch ließ sie auch erkennen, dass sie in diesen Momenten prüfen wollte, ob die anderen Gruppenmitglieder sie akzeptierten.

Florence B. POWDERMAKER und Jerome D. FRANK stellen in ihrem Buch „Group Psychotherapy, Studies in Methodology of Research and Therapy“ (1953, S. 306–316) in dem Kapitel „Relation Between Individual and Group Therapy“ fest, dass das Maß, in welchem während der Gruppenpsychotherapie Patienten einzeltherapeutische Sitzungen benötigen oder nicht, eine offene Frage bleibt. Die Möglichkeit, den Einzelanalytiker zu sehen, scheint wichtige Inhalte in die Einzelstunde abfließen zu lassen. Während eines Zeitraums, in dem Dr. N. analytische Einzelsitzungen mit den Teilnehmern einer Gruppe nicht abhalten konnte, wurden Inhalte in die Gruppenmeetings gebracht, die zuvor für den Analytiker allein reserviert waren. Diese Absage der Analysenstunden führte auch zu Ärger ihm gegenüber und zu einer Erhöhung der Gruppenspannung, was wiederum therapeutisch fruchtbar werden konnte. Die Autoren POWDERMAKER und FRANK fahren wie folgt fort: „Es wurde bemerkt, dass einige der Patienten, die an Gruppen ohne zusätzliche analytische Einzelsitzungen

teilnahmen, den Analytiker unter Vorwänden nach den Gruppenmeetings alleine aufsuchten. Diese speziellen Wünsche nach Aufmerksamkeit ergaben wiederum nutzbringendes Material zur Analyse.“ (POWDERMAKER & FRANK 1953, S. 307; dt. Übersetzung durch den Autor)

Die Autoren kommen in ihrem Buch zum Schluss, dass Patienten es für richtig halten, neue Einsichten in der Psychoanalyse zu gewinnen und diese in die therapeutische Gruppe einzubringen, um den Gruppenleiter mit etwas anzutreiben, das sie in einer psychoanalytischen Einzelsitzung diskutiert haben. Die Autoren stellen fest, dass Therapeuten desto mehr von der Wirksamkeit der Gruppenpsychotherapie überzeugt sind, je häufiger sie diese benutzt haben. Doch sind sie dagegen, die Gruppenpsychotherapie zu einer psychoanalytischen Sitzung werden zu lassen.

Ich bin auch der Ansicht, dass zwar jedes Mitglied das Recht hat, in einer Sitzung im Rahmen der Gruppenpsychotherapie über Inhalte einer durchgemachten Psychoanalyse zu sprechen, doch bin ich der Auffassung, dass eine systematische Unterbrechung einer gruppenpsychotherapeutischen Sitzung, um strikt nur von einer psychoanalytischen Fragestellung zu sprechen, auf der einen Seite die Gruppenpsychotherapie stört und, bei der relativen Kürze des Gesprächs über die Psychoanalyse, dem tiefen Verständnis der analytischen Frage wenig nützt.

Ich habe indes oft erfahren, dass eine junge Frau oder ein junger Mann, die/der als Studentin/Student bei mir eine Gruppenpsychotherapie mitgemacht hat, oft später den Beruf einer Psychiaterin/eines Psychiaters wählten und gleichzeitig oder später eine Psychoanalyse begannen. Offenbar hatte die Teilnahme an der Gruppenpsychotherapie bei zahlreichen dieser Personen das Bedürfnis hervorgerufen, sich noch inniger mit dem eigenen Unbewussten psychoanalytisch zu befassen. Dabei war ihnen bewusst, dass sie damit auch das Wissen erwerben, das ihnen ermöglichen wird, später auch als Psychoanalytiker zu wirken.

Group therapy in Connection with Psychoanalysis

(Summary)

In the uterus and after birth, the person is in an intimate relationship with his mother, later to his father and at best to his elder siblings and playmates. The interpersonal environment is decisive to a large degree as to the fate of the individual, along with his primary character.

There were groups of students who had volunteered to be introduced to group therapy in which the participants could behave and speak freely. Their course taken is as a rule in five phases: phase of exploratory contact, phase of regression, phase of catharsis, phase of insight, phase of transformation.

Using the example of two female patients it is shown how far-reaching physiological effects could be gradually achieved.

As Florence POWDERMAKER and Jerome D. FRANK informed us in their book (1953) it is not indicated to include sessions in which only psychoanalysis is used. This is because group therapy does not only include the understanding of the unconscious. It is however shown that after one year of group therapy, a stabilizing of the situation ensues. As I knew all the people who took part in the one-year group (s. a.), and later spoke with them, I could determine that most medicine students who had taken part in the therapies began psychoanalysis a short time later or some months afterwards.

So one could say that a group therapy can promote an interest in psychoanalysis.

Literatur

- Altmeyer, M. (20015): Innen, Aussen, Zwischen. Paradoxien des Selbst bei Donald Winnicott. *Forum Psychoanalyse*, 21, 43–57
- Battegay, R. (2000): Die Gruppe als Schicksal. Gruppenpsychotherapeutische Theorie und Praxis, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Battegay, R. (1971): Der Mensch in der Gruppe, Bd. II, 4. Aufl., Allgemeine und spezielle gruppenpsychotherapeutische Aspekte, 4. Aufl. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber
- Mertens, W. (2013): Das Zwei-Personen-Unbewusste-unbewusste Wahrnehmungsprozesse in der analytischen Situation. In: Das Unbewusste, Metamorphosen eines Kernkonzepts, Sonderheft *Psyche*, Stuttgart: Klett-Cotta, 817–843
- Powdermaker, F. B.; Frank, J. D. (1953): Group Psychotherapy. Cambridge (Ma): Harvard University Press
- Rippa, B.; Rippa, B.; Moss, E. (2013): Interpersonal Communication at the Internal Group Level, *Group Analysis* 46, 4, 415–425
- Streeck, U. (2013): Interpersonelle Störungen und Beziehungswissen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 49, 186–199

Kontakt: Prof. Dr. med. Raymond Battegay, emeritierter Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Basel und ehemaliger Chefarzt der Psychiatrischen Universitätspoliklinik am Kantonsspital Basel • Delsbergerallee 65 • CH-4053 Basel

Gruppen leiten – Die Polarität zwischen Aktivität und Passivität

Astrid Thome (Augsburg), Margit Schmolke (München)

In their presentation, the authors give a short outline of the literature about the group psychotherapist's activity and passivity. They discuss the therapist's level of activity depending on particular group situations, group phases and the specific development of individual group members, e.g. their level of personality structure. Central tasks of the therapist is to open the space for divergent opinions and aggressive standpoints of the group members, to permit the differentiation of their perceptions and affects and to protect the scapegoat. This way, group cohesion can emerge. If the group has reached a strong group cohesion, the group members may work productively and autonomously.

Keywords: group conductor, analytic group psychotherapy, activity, interventions

In einem der wenigen Aufsätze, die die Zeitschrift *Group Analysis* in einem Zeitraum von zwanzig Jahren (1998 bis 2008) explizit zum Thema des Gruppenleitens herausgegeben hat, spricht der mittlerweile bekannte Gruppenanalytiker Farhad DALAL (1995) von seinen überzogenen Vorstellungen, die er sich zu Beginn seiner Ausbildung von den Fähigkeiten des Leiters einer analytischen Gruppe machte. Er dachte sich, der Leiter müsse selten sprechen und nur, wenn er die tiefe Gemeinsamkeit dessen, was in der Gruppe gesagt worden ist, erkennt. Sein Statement, das wohl aus einer großen Höhe in die Mitte der Gruppe falle, sollte gleichzeitig ausreichend klar sein, um von allen in der Gruppe verstanden zu werden, aber auch ausreichend kryptisch, um von jedem Mitglied als auf seinen individuellen Prozess bezogen aufgenommen zu werden. Wahrscheinlich teilte und teilt er diese Vorstellung mit vielen anderen, die mit analytischen Gruppen in Berührung kommen. Demselben Dalal fiel in seinem Institut (das Institut der ursprünglich von S. H. FOULKES gegründeten Londoner Group Analytic Society) auf, dass es Gruppenanalytiker gibt, die in einer Sitzung mehr sprechen als andere in zwei Monaten. Auch dieser Relation dürfte man häufig begegnen.

Die Frage der Aktivität und nach der Art der Aktivität des Leiters wird, seit es gruppenpsychotherapeutische Schulen gibt, diskutiert und immer

wieder neu unter verschiedenen Schwerpunkten und feinen Nuancen besprochen: Unter dem Aspekt der Polarität, die zwischen der gruppeneigenen Möglichkeit besteht, die Gruppe als Ganzes zu verstehen, und der Notwendigkeit, die Entwicklung des Einzelnen in ihr nicht aus dem Auge zu verlieren bzw. sich diese in besonderer Weise zum Anliegen zu machen. Des Weiteren unter dem Aspekt der nötigen oder zu vermeidenden Regression – der gänzlich zurückgenommene Leiter fördert projektive Prozesse der Teilnehmer, er wird schneller und konsequenter zum Gegenstand der Übertragung. In Anbetracht des Schweregrades der Erkrankung der Mitglieder wird die Regression als zu vermeidendes Geschehen erachtet, was u.a. zur Konzeptionierung der interaktionellen Gruppenpsychotherapie nach HEIGL und HEIGL-EVERS (z. B. 1973) führte. Des Weiteren richten sich die Interventionsempfehlungen danach, welche Eigenschaften einer Gruppe als grundlegend transformationsfördernd angesehen werden.

Schon frühzeitig wurde Sorge darüber geäußert, ob eine Gruppenanalyse dem einzelnen Mitglied gerecht werden kann, und es kam zur Einführung der Einzeltherapie in der Gruppe, deren Protagonisten WOLF und SCHWARTZ (1962) in den Vereinigten Staaten sein dürften (WOLF et al. 1971, s. auch HORWITZ 1971). Man sollte hier festhalten, dass alles, was über Gruppenpsychotherapien geschrieben wird, noch schwerer einsehbar ist als das, was über Einzelpsychotherapien gesagt wird. Denn die Gruppe ist eben noch weit komplexer, die schriftlichen Dokumente darüber immer auch aus dem vielgestaltigen Kontext gerissen. Vielleicht kann man auch sagen, was in einer Gruppe geschieht, kann am besten in einer Gruppe verstanden werden. Es fehlen uns im Allgemeinen Begrifflichkeiten, mit denen Gruppe, Gruppenatmosphäre, Prozesse in Gruppen beschrieben werden können. Zumeist finden sich sprachliche Wendungen, mit denen Charakteristika von Zweierbeziehungen zu erfassen versucht werden. Und nicht umsonst kam Foulkes zu immer wieder neuen Richtigstellungen und Präzisierungen, scheinen doch gerade Ausführungen zur Gruppenanalyse im Besonderen anfällig für Missverständnisse zu sein.

Roland HEINZEL (2001, S. 111) beklagt, dass über das, was tatsächlich in Therapiegruppen erlebt wird, wenig geschrieben wird. „Zu meinem Leidwesen reizt es mich immer noch relativ wenig, gruppentherapeutische Lehrbücher und Fachartikel zu lesen. Erst nach Jahren schlechten Gewissens und nach einigen Gesprächen mit Kollegen, die auch therapeutische Gruppen leiten, keimte in mir der Verdacht auf, dass dieses spezifische Desinteresse auch damit zusammenhängen könnte, dass das konkrete Er-

leben von Gruppensitzungen, das ich ja täglich habe, mich mehr fasziniert als viele Bücher und Artikel, die ‚über‘ diese Phänomene berichten. Es ist gerade, als ob die Lebendigkeit und Vielfalt der Gruppe jeder genaueren Systematisierung und Theoretisierung trotzte.“ (HEINZEL 2001, S. 111)

Die stärkere einzeltherapeutische Ausrichtung oder bewusste Strukturierungsarbeit wird immer wieder auf die Qualität der jeweils individuellen Störung der Gruppenpatienten bezogen. Als je kränker die Patienten gelten, desto mehr aktive Gestaltung des Prozesses wird dem Leiter empfohlen und desto mehr insistierende Arbeit an Denken, Erleben, Empathie des Einzelnen soll in der Gruppe Platz haben. Zwischen dieser strukturierenden, manchmal auch manualisierten Gruppenpsychotherapie und dem Foulkesschen Conductor, der die frei flottierende Assoziation der Teilnehmer begünstigt, gibt es noch viele Schattierungen in den Theorien zum Handeln eines Gruppenanalytikers. Im Gegensatz zu dem Leiter, der im Wesentlichen schweigt und damit als therapeutisch sinnvoll erachtete regressive Prozesse bei den Teilnehmern fördert, soll dies bei strukturell schwächeren Patienten vermieden werden. Bedürfen in dieser Vorstellung besser strukturierte, meist neurotische Patienten, eher der Unschärfe, die ihnen als Projektionsfläche für Phantasien, Affekte, Hemmungen dient, die die Übertragungen fassbar hervortreten lassen, so benötigen schwächer strukturierte Patienten deutlichere Konturen und Orientierung, um nicht in ausweglose archaische Verunsicherung zu geraten. Deswegen muss hier der Therapeut in seinen Einstellungen, in seinem Denken und in seinen Einschätzungen abschätzbar werden. Insbesondere vonseiten der US-amerikanischen Psychotherapeuten wurden in den 70er- und 80er-Jahren entsprechende Empfehlungen gegeben (z. B. Morton A. LIEBERMAN, Ariadne P. BECK). Letztere erörtert die Zweiteilung in einen formellen und einen informellen Leiter von Gruppen, ähnlich wie wir Leiter und Gegenleiter als gruppenspezifische Positionen fassen und Raoul SCHINDLER in seiner Rangdynamik davon ausgeht, dass die Alpha-Position, derjenige, der das Gruppenziel formuliert und es voranbringt, nicht identisch ist mit der Leiterposition in einer Gruppe (SCHINDLER 1969). Die einen aktivierte Leiterstil vertreten, verstehen darunter u. a. aufmerksame Zuwendung zum Patienten, Vorbildfunktion, Ermutigung, Fragenstellen. Mit diesen Empfehlungen wird noch lange nicht einer Einzeltherapie in der Gruppe das Wort geredet, noch kommt dem Leiter eine die Gruppe auf sich zentrierende Funktion zu – Phänomene, die weitverbreitet und schulenunabhängig auftauchen.

Die stärker strukturierende therapeutische Arbeit, die einsichts- und vernunftgesteuertem Handeln mehr Raum gibt, steht im Kontrast zu zwei anderen gruppentherapeutischen Auffassungen: Die Betonung der Gruppe als Ganzes heißt, die die Gruppe unterströmenden Themen und ihre besondere gruppenspezifische Bedingtheit wahrzunehmen und im Handeln zu berücksichtigen. Die individuellen Äußerungen sollten immer wieder auf die Gruppe in ihrer Gesamtheit und ihren Prozess bezogen werden. Die andere Auffassung, in die sich auch Aspekte der Gruppe als Ganzes mischen können, ist die Foulkessche Doktrin der Psychotherapie der Gruppe einschließlich ihres Leiters durch die Gruppe. Der Leiter – in der Foulkesschen Terminologie der „Conductor“ – muss der Verführung widerstehen, die Rolle einer über den Teilnehmern stehenden, omnipotent wirkenden, gottähnlichen Vaterfigur einzunehmen („he must be free from the temptation to play this godlike role“ – FOULKES 1965, 1975) und stattdessen mehr und mehr die Gruppenmitglieder zur eigenverantwortlichen therapeutischen Arbeit autorisieren. Foulkes verweist ausdrücklich auf die Gefahr, dass der Leiter die Gruppe narzisstisch ausbeuten kann (1965, 1975).

Die Gruppe wirkt in ihrer Gesamtheit therapeutisch, es kommt zur Ausbildung einer neuen Qualität der Gruppe, der dynamischen Matrix (FOULKES 1973), die man ansehen kann als ein komplexes neues Geflecht von einander sich erläuternder, sich deutender und wechselseitig zu transformierenden Prozessen hin steuernder Einlassungen, die zunehmend der Zensur, der Über-Ich-Kontrolle entzogene freie Äußerungen, neue Einsichten und neue Wagnisse ermöglichen sollen. Die dynamische Matrix bildet in diesem Konzept den zentralen Begriff. Die Gruppe wird hier am wenigsten pragmatisch verstanden, ihr kommt die Bedeutung einer neuen anthropologischen Entität zu – „In learning to communicate, the group can be compared with a child learning to speak“, heißt es bei FOULKES und ANTHONY (1965, S. 263). Das Wahr-Sprechen, dass ein jeder in die Lage versetzt werden kann, zentrale Mitteilungen von sich zu machen und sich zum Ausdruck zu bringen, ist eine basale Auffassung von der Gruppenarbeit, die mit Foulkes auch andere Gruppenanalytiker teilen, wie z. B. Richard BILLOW, der eine relationale Gruppenpsychotherapie konzeptionalisiert hat – analog zur relationalen Psychoanalyse.

Abgesehen davon, dass wahrscheinlich jede Gruppenpsychotherapie immer wieder Phasen der Einzeltherapie in der Gruppe aufweist, dürfte die heute vielerorts geförderte mentalisierungsorientierte Gruppenpsycho-

therapie Gefahr laufen, infolge einer stark strukturierenden Vorgehensweise die Gruppe zu einer Aneinanderreihung einzel-therapeutischer Ereignisse werden zu lassen. Ihre Protagonisten legen wiederum besonderen Wert darauf, dies vermeiden zu wollen und über bestimmte Interventionen die Psychotherapie der Gruppe durch die Gruppe gleichzeitig aufrechterhalten zu wollen – eben das, was FOULKES als das Besondere ansah.

Die mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie, wie sie von dem norwegischen Gruppenanalytiker Sigmund KARTERUD entwickelt und manualisiert wurde, bezieht ihre Berechtigung aus dem Umstand, möglichen chaotischen Entwicklungen in Gruppen mit Borderlinepatienten ausweichen zu können und statt dessen deren Mentalisierungsfähigkeit zu entwickeln. Einige der Prinzipien bei KARTERUD (2015) sind: die nichtwissende Haltung des Therapeuten, Exploration, die Affektfokussierung, Regulation von Erregung, Übertragungsberücksichtigung, Gruppenphasen regulieren, Ermutigung, interpersonelle Ereignisse in den Narrativen zu mentalisieren, Sprecherwechsel, durchaus eine therapeutische Autorität ins Spiel zu bringen. Die Aufzählung ist nicht komplett. Man wird diese Prinzipien als mögliche Haltungen, Interventionsvoraussetzungen und Interventionen auch in anderen Gruppenpsychotherapien finden. Hier finden sich allerdings noch weitere Vorgaben, wie jede Sitzung jeweils mit einer Zusammenfassung der vorhergehenden einzuleiten, was zusammen mit der Aufteilung von Sprechanteilen und u. U. ausführlichen Explorationen jeden sog. naturwüchsigen Verlauf verunmöglichen dürfte, was ja auch intendiert ist. Interessanterweise betonen die nach Foulkes ausgebildeten Gruppenanalytiker die Notwendigkeit einer sehr ausführlichen Ausbildung und insbesondere langjähriger Gruppenselbsterfahrung, wohingegen nun die ebenfalls sich auf FOULKES beziehende mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie eine knappe Ausbildung (KARTERUD 2015, S. 142) als hinreichend und die Ausübung, grob gesagt, als gelingend ansieht, wenn man sich an das Manual hält.

Die nähere Bestimmung wichtiger Interventionen und Haltungen richtet sich nach dem, was einzelne Autoren als besondere Erfahrungsmöglichkeiten einer Gruppenanalyse ansehen: Der Heidelberger Gruppenanalytiker Werner KNAUSS, nach FOULKES ausgebildet, betont die große Bedeutung, die Differenzierungsprozesse in Gruppen haben. Die Betonung liegt hier auf dem Raum, in dem divergierende Meinungen frei geäußert und nebeneinander bestehen können. Dies zu gewährleisten ist eine der zentralen Aufgaben des Gruppenanalytikers. Dissenz und Divergenz meinen

aber weniger Pluralität als die notwendige Öffnung hin zu als destruktiv anmutenden Prozessen, über die erst Wahrnehmungsdifferenzierung und Affektdifferenzierungen erreicht werden können.

Ein Beispiel: „In einer Gruppensitzung beginnt ein Gruppenmitglied zum wiederholten Mal mit der Beschreibung seiner Zwangsrituale, seines Symptoms. Ein anderes Gruppenmitglied herrscht ihn an: ‚Hör’ jetzt endlich auf damit oder geh’ raus, ich halte das nicht mehr aus!’ Das angegriffene Gruppenmitglied antwortet: ‚Wenn du so mit mir sprichst, dann müsstest du eigentlich die Gruppe verlassen.’ Mein einziger Kommentar war, dass beide Positionen einen Platz in der Gruppe haben. Das spiegelnde Gruppenmitglied ermöglichte durch seine Aggression einen Austausch darüber, wie das andere Gruppenmitglied den Kommunikationsprozess durch die sich wiederholende Schilderung seiner Zwangsrituale zu kontrollieren versucht. Die Ausschlussfantasie, eine destruktive Fantasie, ermöglicht einen Differenzierungsprozess in der Gruppe: Beide Sichtweisen haben ihren Platz in der Gruppe und bewirken in der Folge die Durcharbeitung der damit verbundenen destruktiven, aggressiven Fantasien“ (KNAUSS 2009, S. 28). Wird von KNAUSS allgemein die besondere Bedeutung destruktiver Phantasien für das Entstehen von Gruppenkohärenz betrachtet, so betont AMMON spezifischer die notwendige destruktiv-aggressive Auseinandersetzung mit dem Leiter.

„Die Aggression, konstruktiver oder destruktiver Art, auf die zentrale Person ist dabei ein archimedischer Punkt [...] Winnicott [...] bezeichnet die zerstörerische Objektsuche als eine Suche nach einem stabilen Liebesobjekt, das nicht mehr verlorengehen kann. Hält der Leiter dieses oftmalige Austesten durch die Gruppenmitglieder, ob er zuverlässig ist, aus und ist er nicht gekränkt, wenn die Wut der Mitglieder sich gegen ihn richtet, dann stellt er den Orientierungspunkt für den weiteren Gruppenprozess dar.“ (AMMON 1979, S. 171)

AMMON betont anders als FOULKES die Notwendigkeit, die je aktuelle Gruppendynamik miterfassen zu müssen bzw. in eine hypothesegenerierende Reflektion zur Gruppendynamik zu kommen. Eine besondere gruppendynamische Komponente findet sich bei Ammon als zentrales Handeln des Gruppentherapeuten: der Schutz des Sündenbocks: „Indem der Leiter sich schützend vor das angegriffene Gruppenmitglied stellt und die destruktive Aggression der Gruppe auf sich zieht, ermöglicht er der Gruppe, sich in der gemeinsamen Wendung gegen den Leiter miteinander zu identifizieren, wozu er selbst durch seine Identifikation mit dem schwächsten

Gruppenmitglied ein Vorbild bietet.” (AMMON 1979, S. 171)

Der direkte Angriff auf den Leiter, Misstrauen, Argwohn ihm gegenüber teilt sich eher selten offen mit und ist oftmals nicht deutlich zu identifizieren, er kann sich im Traum, im Ausagieren u. a. kundtun. Gleiches gilt für den Sündenbock: er ist nicht immer deutlich auszumachen, aber dennoch sind Sündenbockdynamiken ubiquitär. Erst im Schutz des Sündenbocks und der Auseinandersetzung mit dem Leiter finden die Mitglieder ihren Platz in der Gruppe. Es finden integrierende Prozesse statt, da sich jedes Mitglied auch mit dem Sündenbock identifiziert. Eine Balint-Gruppe, deren Leiter ein Mitglied ausgrenzt, das bezweifelt, dass nun alles, was in der Gruppe bezogen auf körperlich kranke Patienten berichtet wird, auch zugleich psychosomatisch verstanden werden muss, verunmöglicht letztlich eine produktive Arbeit – denn dem Zweifel wird der Riegel vorgeschoben, und die Fallbearbeitung wird größtenteils als Anpassungsleistung an den Leiter erfolgen. Auch Piers LYNDON (1994) arbeitet die Dualität Gruppe versus Leiter triangulierende Qualität des Sündenbocks, welcher zum Träger des Nonkonformismus wird, heraus.

Eine grundlegend positive Bewertung sog. destruktiver Prozesse bzw. ihre Umwertung kommt erst spät im ‚offiziellen Schriftgut‘ der Gruppenpsychotherapie zum Tragen. Als Wirkmechanismus findet sich mehr Forschungsarbeit zur Kohärenz als zu anderen Wirkfaktoren. Und diese wird heute als abhängig von der möglichen Gefühlsintensität angesehen, mit der Auseinandersetzungen und anderer Austausch in einer Gruppe möglich werden. So operationalisiert die Gruppentherapieforschungsgruppe um Jochen ECKERT in Hamburg Kohärenz folgendermaßen: „Die Mitglieder fühlen sich der Gruppe zugehörig und von dieser akzeptiert. Sie geben auch unangenehme/peinliche Dinge von sich preis, ohne dabei die Akzeptanz der anderen zu verlieren. Einzelne Gruppenmitglieder spüren, dass sie nicht alleine dastehen. Hohe Bewertungen (bei der Gesamtschätzung von Kohärenz in einer Gruppe; Anm. d. V.) wären zu vergeben, wenn in der Gruppe ausgeprägtes gegenseitiges Interesse bemerkbar ist, die Gruppenmitglieder ungehindert starke Gefühle füreinander ausdrücken und zwar sowohl Freundlichkeit und Akzeptanz als auch Feinseligkeit und Konflikte. Bei einer hohen Bewertung muss zu spüren sein, dass auch beim Austausch solch gegensätzlicher Emotionen das Interesse und die Kommunikation erhalten bleiben. Es muss deutlich werden, dass die Gruppenmitglieder einander so viel bedeuten, dass sie bereit sind, das Un-

behagen zu ertragen, das bei intensiver Durcharbeitung von Konflikten auftritt, dass sie einander ernst nehmen und die Kommunikation fortsetzen, unabhängig davon, wie zornig oder wütend sie werden.” (TRUONG et al. 2008, S. 282)

Resümee

Unschwer sieht man an den wenigen Aspekten, die hier ausgeführt wurden, dass es in den Gruppenpsychotherapiekonzepten viele Sprachen gibt, die teilweise den Vergleich erschweren und die annäherungsweise übersetzt werden müssten. – So wie es in einer Gruppe eine große Vielsprachigkeit geben kann. Es lässt sich jedoch beobachten, dass eine dynamische Matrix, ein wirkungsvolles Gruppenunbewusstes sich schwerlich etablieren kann, wenn eine Gruppe zu stark strukturiert wird. Hier soll nicht die Berechtigung für eine mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie in Frage gestellt werden. Je nach Aufgabenstellung und Zusammensetzung der Gruppe können sich durch eine begrenzte Vorgehensweise wertvolle, einsichtsstiftende, von der Kognition eingeleitete Transformationen aus festgefahrenen malignen Einstellungs- und Verhaltensweisen herauskristallisieren. Unschwer wird man sehen, dass es wohl wenig auf das Ausmaß von Aktivität und Passivität beim Leiten ankommen dürfte. Die Aktivität sollte im Kopf des Gruppenleiters vonstatten gehen, in seiner Aufmerksamkeit, seiner Beobachtung und Wahrnehmung der Gruppe, der Teilnehmer und seiner selbst liegen, und in seiner Bereitschaft, Erfahrungen in und mit der Gruppe von Neuem zu machen und von seinen Vorsätzen, auch denen, nicht besonders aktiv zu werden, abzuweichen (FOULKES 1975).

Grundsätzlich haben wir mehr Gewöhnung an Seinsweisen der Vereinzelung, der Zweierbeziehung und der formalisierten und zweckgebundenen Gruppenkontexte.

Die Gruppe als potenzieller Raum für Wahr-Sprechen, für das Einbringen der eigenen Besonderheit, die Gruppe, die tatsächlich eine Gleichwertigkeit und Gleichberechtigung ihrer Teilnehmer anstrebt, erscheint demgegenüber als anderer eigenständiger gesellschaftlicher Erfahrungsraum. Das, was wir als Gruppenanalyse, psychodynamische Gruppenpsychotherapie oder interaktionelle Gruppenpsychotherapie kennen, bezieht diese Andersartigkeit in ihrer emanzipativen Bedeutung ein. Ich kann mich aber

als Teilnehmer einer Therapiegruppe nur dann freier im Kontakt erleben, als hilfreich für andere, als zugehörig zur Gruppe, wenn ich in etwa weiß, wie ich mit dem Leiter dran bin und wenn dieses Wissen immer unwichtiger werden kann. Die Frage nach dem besseren oder schlechteren Leiterstil wird eher von der Polarität zwischen der Zentrierung des Gruppengeschehens um den Leiter und seiner Fähigkeit, die Gruppe loslassen zu können, handeln. HEINZEL (2001), STACEY (2003) und BILLOW (2016) betonen den Mitgliedstatus des Leiters. HEINZEL teilt bildhaft seine Rolle als Gruppentherapeut zwischen der des „Kumpanen“ und dem des „Zeugen“ auf. Für ihn ist es wichtig, beide Anteile zu pflegen und deren jeweilige Stärken an der richtigen Stelle einzusetzen. „Bei mir darf der ‚Zeuge‘ abends ein Sitzungsprotokoll verfassen und bei den Vorgesprächen und beim Schreiben der Kassenanträge zur Geltung kommen, aber während der Gruppensitzungen bleibt er eher zurückgezogen. Seine Zurückhaltung erlaubt es mir, als eher unprofessioneller ‚Kumpan‘ ziemlich unbefangen in die Gruppensitzungen zu gehen, trotz der vielfältigen Hintergrundinformationen über jeden Patienten. [...] Gelegentlich lasse ich aber auch den ‚Profi‘ zum Zuge kommen, nämlich wenn in der Gruppe etwas ganz Heikles bzw. Komplexes vor sich geht, z. B. etwas, das zentral mit Triangulierung in Zusammenhang steht oder wenn ein Konflikt zu stark ausagiert wird. Dann sage ich ‚Stopp! Dazu muss ich jetzt was sagen!‘“ (HEINZEL 2001, S. 112) Man kann dazu ergänzen, dass diese professionelle Herausnahme auch etwas zu tun hat mit der Gruppenzusammensetzung, unterschiedlichen Zeiten im Prozess, unterschiedlichen gruppenspezifischen Bedingungen. Es soll hier nicht verleugnet werden, dass es gelegentlich sehr wohl des autoritativen Verhaltens bedarf.

Von vielen Autoren wird gegenüber den co-therapeutischen Fähigkeiten der Gruppenteilnehmer Skepsis geäußert. Doch auch wenn sich der Leiter in seiner spezifischen therapeutischen Kompetenz nicht verweigern sollte, so muss dennoch die besondere Kompetenz auf der Seite der Patienten anerkannt werden. So kann beispielsweise ein psychoseerfahrener Patient über ein anderes und ausgeprägteres emotional-kognitives und in einer Gruppe benötigtes Erfahrungswissen verfügen als der wenig oder nicht psychoseerfahrene Gruppentherapeut.

Richard BILLOW fasst in seinem Beitrag „Gruppenprozess(e)“ die von ihm als notwendig erachtete Haltung des Leiters einer Gruppe wie folgt zusammen: „Als erstes Prinzip müssen wir offenbar – nicht notwendigerweise in Worten – die liebenswerten Eigenschaften derer, mit denen wir

arbeiten (und der Gruppe als Ganzes) anerkennen und vor allem diese Eigenschaften auch während der Abbrüche und Trennungen im Kopf behalten, die in jeder wichtigen Sitzung auftreten. Ich glaube, dass es wichtig ist, spontan zu interagieren und nicht den Boden unter den Füßen zu verlieren. [...] Der unexpressive Leiter wäre ein Kunstprodukt, das selbst Aufmerksamkeit einfordert. Um wirkungsvoll zu sein, sollten Interpretationen der Gruppe als Ganzes sparsam verwendet und in einer verständlichen Sprache zum Ausdruck gebracht werden, ohne orakelhaft oder endgültig zu klingen. [...] Wie es wohl die meisten derzeitigen Therapeuten tun, lege ich besonderen Wert auf die Entwicklungsbedürfnisse und die aktuellen Bedürfnisse der Patienten und akzeptiere die Berechtigung ihres Wunsches nach nichtdeutender Aktivität, eingebunden in symbolisches Spiel und bestimmte anderen Formen des Enactments. Ich nehme die Möglichkeiten wahr, Gedanken und Gefühle zu teilen, Meinungen kundzutun, den Gruppenprozess offen zu unterbrechen und neu auszurichten. Ich warte nicht unbedingt darauf, dass Gruppenspannungen oder -themen durch die Aktivität der Teilnehmer gelöst werden. Die eigentliche Aufgabe des Therapeuten ist es, einen Raum zu schaffen, in dem das Selbst die Anderen und die ganze Gruppe als ‚transformierende Objekte‘ (BOLLAS 1989) nutzt, um Meinungsbildung, Wachstum und Entwicklung zu fördern. Ich versuche Unterschiede anzuerkennen und zu respektieren, und versuche das, was abwegig erscheint ‚zu normalisieren‘ – durch empathisches Verstehen, dadurch dass ich Unterschiedlichkeit verallgemeinere und dadurch dass ich zeige, wie es für alle Teilnehmer (mich eingeschlossen) passen könnte.“ (BILLOW 2016, S. 11f)

Der Gruppendynamiker Oliver KÖNIG macht darauf aufmerksam, dass der Leiter eine Reflektionsebene in die Gruppe einbringt. Er versteht darunter Wahrnehmungen über das aktuelle Gruppengeschehen und über individuelle Verhaltensweisen, aber auch – so könnte man wiederum ergänzen – die Gruppenmitglieder zur Reflektion des Gruppengeschehens anzuregen.

Beispiel einer Gruppenassoziation

Die Therapiegruppe arbeitet zumeist wie folgt: Ein Patient bringt etwas ein. Damit befassen sich die anderen Gruppenteilnehmer und die Therapeuten. Untereinander finden wenig Auseinandersetzungen statt. In dieser Sitzung erfuhren wir vom ungewohnt klugen Verhalten eines

Vaters, der dem ehemaligen Lebensgefährten einer Patientin nicht ihre Telefonnummer weitergab, usw. – Der Kontext insgesamt sprach auch für deutliche Trennungs- und Abgrenzungsschritte, die die Patientin innerlich vornehmen konnte.

Eine andere Patientin sprach von ihrer Arbeitssuche nach dem Sozialpädagogik-Studium und dass sie sich in ihren Fähigkeiten eingeschränkt fühle. Außerdem habe sie Angst vor männlichen Jugendlichen und Adoleszenten. Auf die Frage der einen Therapeutin, was die anderen Gruppenteilnehmer dazu sagen, können einige diese Unfähigkeitsgefühle ganz gut nachvollziehen, keiner jedoch spricht von den vielen besonderen Erfahrungen, die die Patientin mit Kindern und Jugendlichen, auch mit ausländischen Jugendlichen im Deutschunterricht hat. Dies holen dann die Therapeuten nach.

Es geht in dieser Gruppensitzung auch um den Wunsch eines Patienten, die Gruppe zu verlassen, obwohl die Inhalte seiner Träume auf einen anderen Prozess verweisen. Eine der ‚schweigenden‘ Patientinnen berichtet davon, einer ihrer Kollegen hätte ihr gesagt, sie sei umgänglicher geworden.

Eine Patientin nimmt Anlauf und sagt, sie wolle noch über Wichtiges sprechen: Sie berichtet über die Nähe-Distanz-Probleme mit ihrem Partner, wie sie es geregelt haben, in einem Raum schlafen zu können. Die Patientin sagt, sie habe zumeist besondere Bedürfnisse nach körperlichem Abstand, andere pflichten ihr bei. Es wird gesagt, da gäbe es ja auch große Unterschiede, auch kulturelle. Eine Therapeutin sagt, man könne sich nur wundern, wie häufig körperliche Distanz überschritten würde, dass aber einer ihrer früheren Lehrtherapeuten von einem Patienten erzählt hat, der um Körperkontakt zu haben, gerne in voll gestopften Trambahnen unterwegs gewesen sei. Daraufhin berichtet die Patientin davon, wie sie in Mailand einmal von alten Frauen gestreichelt worden sei. Und das sei angenehm und rührend gewesen.

Eine Patientin, die neu in der Gruppe ist, berichtet von einer Essenseinladung ihrer Mutter, bei der eine alte Frau aus Syrien neben ihr gesessen und sie kräftig an den Wangen berührt und sie gestreichelt habe, wie man es vielleicht bei einem kleinen Kind tut. Diese Frau habe mit ihr so wie mit einem kleinen Mädchen gesprochen und das sei ja irgendwie auch richtig so gewesen.

Dieses Distanz-Nähe-Gespräch fand frei assoziativ statt und es war erstaunlich, dass die neue Patientin von sich aus sprechen konnte und emoti-

onal Nahes zum Ausdruck brachte. Sie betonte ihre frühen und kindlichen Bedürfnisse auf eine bejahende, freundlich annehmende Weise. Möglicherweise war es wichtig, dass die Therapeutin beide Seiten des Nähe-Distanz-Erlebens einbrachte, nicht nur das Bedürfnis, sich abzugrenzen, sondern auch das Bedürfnis nach Berührtwerden.

Conducting groups: the polarity of activity and passivity

Astrid Thome (Augsburg), Margit Schmolke (München)

The authors, both group psychotherapists, aim to find out in which phases and group situations a more passive conduction style is necessary and when it is useful to be more active and structuring. They refer mainly to group psychotherapy although many practical experiences and principles apply to other groups in general.

The group is regarded as a complex event, we lack of terminology for describing what really happens in groups, e. g. group atmosphere, group processes, vividness, manifold group aspects (HEINZEL 2001). In the literature, group psychotherapists discuss their activity and passivity under the aspects group as a whole, development of the individual, regression and projective processes, severity of the patient's illness, opening of the participants. Protagonists of the individual therapy in the group (WOLF and SCHWARTZ 1962) plead for the treatment of the single patient in the group and her/his specific disorder.

There is a spectrum between structured, manualized group psychotherapy, on the one hand, and group conducting styles according to FOULKES where the participants freely associate, on the other. Silence of the group psychotherapist conduces regressive processes. Patients with a low structure of their personality need more orientation and an active conduction style of the therapist while more structured patients need more space for fantasies and affects and transference feelings towards the group as a whole, towards group members or towards the therapist(s). Group psychotherapists who represent a more active conducting style emphasize the meaning of giving attention to the patient, role model, encouragement, and asking questions.

In the tradition of FOULKES (1975), the group as a whole and the „psychotherapy of the group through the group” are central concepts. That

means that individual contributions refer to common topics of the group, the group members recognize similarities of their experiences. The conductor has to resist the seduction to take the role of an omnipotent and God-like father figure (Foulkes 1965, p. 61) The possible danger could be to exploit the group narcissistically. Instead, the conductor has to authorize the group members towards independent and responsible therapeutic work. The Dynamic Matrix of FOULKES (e. g.1973) is a complex network of processes of interpretation and transformation, which enable the participants to express uncensored feelings and mainly free of the Super-Ego.

In contrast, the mentalization based group psychotherapy offers a highly structured procedure. In groups with Borderline patients, this concept aims to avoid possible chaotic developments and to promote mentalization capability in the patients (KARTERUD 2015). This concept represents following aspects: not-knowing attitude of the therapist, exploration, affect focusing, regulation of excitement, consideration of transference, regulation of group phases, encouragement to mentalize interpersonal events in the narratives, speaker change, session begins with summary of the previous session.

Important tasks of the group psychotherapist are

- giving space for differentiation processes concerning the expression of divergent opinions of the participants which may exist simultaneously;
- permitting space for aggressive expressions through which differentiation of the participants' perception and emotions can be reached;
- to conduce group coherence through allowing the expression of aggressive phantasies (KNAUSS 2009) and destructive-aggressive argument with the conductor (AMMON 1979);
- to protect the group's scape-goat (AMMON 1979).

According to TRUONG et al. (2008), coherence can be operationalized in the following way:

- participants feel themselves accepted and as part of the group;
- they reveal also unpleasant themes;
- they feel that they are not alone;
- strongly developed interest for each other;
- expression of strong feelings for each other;
- interest and communication keep maintained;
- bearing of unease appearing when intensive conflicts are worked through.

In summary, the authors emphasize that a too strong structuring of a group may hinder or minimize the Dynamic Matrix or the effective unconscious of the group. In order to develop emancipative functions effectively, the capability of the conductor is necessary to let the group work autonomously or, in other words, to let the group go. To speak with the words of HEINZEL (2001): In the evening, the „witness” takes notes of the group session or writes the application for the health insurance. However, in the group session he keeps himself in the background. His reserved attitude allows the therapist as an unprofessional „companion” to go rather unbiased to the group session despite of the manifold background information he has about each patient.

References

- Ammon, G. (1979): Gruppendynamisches Prinzip. In: Ammon, G. (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1, München: Reinhardt, 160-187
- Beck, A. P. (2001): Gruppenrollen und informelle Gruppenleitung in der Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V. (Hrsg): Praxis der Gruppenpsychotherapie Stuttgart: Thieme, 127-131
- Billow, R. (2016): Gruppenprozess(e) – Eine relationale Perspektive. *Dynamische Psychiatrie* 49, S. 8-36
- Burbiel, I.; Schmidts, R. (2003): Das Aggressionsprinzip als Brennpunkt der human-Strukturellen Psychoanalyse. *Dynamische Psychiatrie* 36: 1-18
- Dalal, F. (1995): Conductor Interventions: To ‚do‘ or to ‚be‘? *Group Analysis* 28: 379-393
- Foulkes, S.H. (1965): Therapeutic group analysis. London: George Allen & Unwin
- (1973): The Group as a Matrix of the Individual’s Mental Life. In: Foulkes, E. (ed.) (1990): Selected Papers, London: Karnac Books, 223-233
- (1975): The leader in the group. In: Foulkes, E. (ed.) (1990): Selected Papers, London: Karnac Books, 285-296
- Foulkes, S. H.; Anthony, E.J. (1965): Group psychotherapy. The psychoanalytic approach. Baltimore: Penguin Books
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F. (1973): Gruppentherapie: interaktionell – tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) – psychoanalytisch. In: *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 7: 132-157
- Heinzel, R. (2001): Ist der Gruppenleiter Teil der Gruppe – wenn ja, warum nicht? In: Tschuschke V. (Hrsg): Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart: Thieme, S. 111-115
- Horwitz, L. (1971): Group-centered interventions in therapy groups. *Small Group Research* 2: 311-331
- Horne, A. (1992): Control and leadership in group psychotherapy. *Group Analysis* 25: 195-205
- Karterud, S. (2015): On structure and leadership in mentalization-based group therapy and group analysis. *Group Analysis* 48: 137-149

- Knauss, W. (2009): Die Gruppe als Therapeut – wofür braucht sie den Gruppenanalytiker?
In: Roth, W. M.; Shaked, J.; Felsberger, H. (Hrsg.), *Neue Wege in der Gruppenanalyse – ein Paradigmenwechsel?* Wien: facultas, 22-37
- König, O. (2007): *Macht in Gruppen. Gruppendynamische Prozesse und Interventionen.*
4. Aufl. (1. Aufl. 1996), Stuttgart: Klett Cotta
- Lyndon, P. (1994): The Leader and the Scapegoat: A dependency group study. *Group Analysis* 27:
95-104
- Schindler, R. (1969): Zum Verhältnis von Soziometrie und Rangordnungsdynamik.
Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (10) 31-37
- Stacey, R. D. (2003): *Complexity and group processes. A radically social understanding of individuals.* Hove & New York: Brunner-Routledge
- Truong, T., Marquet, A., & Eckert, J. (2008): Gruppenkohäsion aus Sicht von Patienten, Therapeuten und Beobachtern. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 44: 272-289
- Wolf, A.; Schwartz, E. K.; McCarty, G. J.; Goldberg, I.A. (1971): Psychoanalyse in Gruppen: Unterschiede gegenüber anderen Gruppentherapien. In: Ammon, G. (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Beiträge zur Theorie und Technik der Schulen einer psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie.* Hamburg: Hoffmann und Campe

Adresse der Autoren:

Astrid Thome • Frölichstraße 8 • 86150 Augsburg

Dr. Margit Schmolke • Konrad-Adenauer-Str. 25 • 85221 Dachau

Emotionale Resonanz und Körperlichkeit in der Analytisch-Strukturellen Tanztherapie (AST)

Ilse Burbiel, Gertraud Reitz (München)

Analytical-structural dance therapy (AST) – previously known as human-structural dance therapy – was conceived in 1982 by Günter Ammon. Its aim was to help structurally disturbed patients with early attachment disorders, who are rarely be reached by verbal communication alone. The patient's spontaneous expression in their dance motions is viewed as an unconscious enactment on the level of their body-Ego. AST is carried out in a group setting in which the dancer is dancing alone in the middle of the group; after the dance the members of the group will reflect back to the dancer the kinds of feelings, ideas, associations and phantasies certain aspects of the dance had evoked in them. The authors will discuss the significance of this emotional resonance space for personality development in dance therapy.

Keywords: dance therapy, nonverbal expressive psychotherapies, human-structural dance therapy, analytical-structural dance therapy (AST), emotional resonance, body experience, mirroring processes

Einleitung

Wie wir wissen, fanden Bewegung und Tanz, Körperlichkeit und Emotionalität in der Psychoanalyse lange Zeit wenig Berücksichtigung. Waren doch deren Arbeitsmedien viel zu unterschiedlich: Hier die Bewegungsabläufe, die Bewegungsgestaltung und der Bewegungsausdruck, dort die Kognitionen und die Einsicht. Wie sollte das miteinander integriert werden?

Ausgehend von der deutschen Ausdruckstanzbewegung und ihrer Fortentwicklung im „modern dance“ in den USA begannen zunächst einige Tänzer, sich mit dem Zugang zum Unbewussten zu beschäftigen. Einige von ihnen, wie z. B. Mary WHITEHOUSE (1979) und Marian CHASE (CHAIKLIN 1975), begannen in den USA, den Tanz in die Psychiatrie zu integrieren. Dies kann auch als Geburtsstunde der modernen Tanztherapie angesehen werden: „Der Übergang von Selbsta Ausdruck im Tanz zur Psychotherapie durch Tanz wurde hier vollzogen“ (WILLKE 1991, S.15). Nach WILLKE gab es unterschiedliche Entwicklungen sowohl in der Tiefenpsychologie, der Körperpsychotherapie und der Kunsttherapie als auch in verschiedenen psychologischen Gebieten und psychotherapeutischen Richtlinien, die al-

lesamt dazu beitragen, dass die Tanztherapie sich zu einer eigenständigen Therapieform entwickeln konnte.

Mittlerweile gibt es zahlreiche Bemühungen, körper- und bewegungstherapeutische Ansätze in spezifische psychoanalytische Methoden zu integrieren. Im deutschsprachigen Raum wären hier beispielsweise die Beiträge von Tilmann MOSER zu einer psychoanalytischen Körperpsychotherapie (1987, 1989, 1992) zu erwähnen, des Weiteren die Beiträge von Günter HEISTERKAMP (1993, 1997), der sich mit der „leiblichen Dimension“ im psychoanalytischen Dialog beschäftigt, die Ansätze von KUTTER (1990, 1995) und von Petra KLEIN (1983, 1993), die in der von ihr weiterentwickelten Tanztherapie psychoanalytische und humanistische Theoriebausteine miteinander verknüpft, das psychoanalytische Konzept von E. V. SIEGEL (1986, 1991, SIEGEL et. al. 1997) sowie ganz besonders die Verbindung von Psychoanalyse, Körper, Bewegung und Tanz in den Ansätzen von Bernd VOIGT und Sabine TRAUTMANN-VOIGT (VOIGT 1996; TRAUTMANN-VOIGT & VOIGT 1996, 1997; TRAUTMANN-VOIGT 2003).

Analytisch-Strukturelle Tanztherapie als Element eines dynamisch-psychiatrischen Behandlungsnetzwerkes

Die durch Günter AMMON in Deutschland begründete Dynamische Psychiatrie bemüht sich seit mehr als fünfzig Jahren um die ambulante und stationäre analytisch orientierte Behandlung von schwer psychiatrisch erkrankten Patienten, die, ohne den Einbezug des Körpers und der Emotionen, ihre Patienten nur teilweise psychotherapeutisch erreichen können (AMMON 1975, 1986a). Auf der Grundlage einer strikt gruppendynamisch formulierten Psychoanalyse (AMMON 1979a, 1982a) entwickelte sich sowohl ambulant als auch stationär ein Behandlungsnetzwerk, das verbale und nonverbale Einzel- und Gruppenpsychotherapien einbezog, unter anderem auch die im Jahr 1982 aus der Taufe gehobene „Humanstrukturelle Tanztherapie“ (AMMON 1986a), heute „Analytisch-Strukturelle Tanztherapie“ (AST).

Neuere wissenschaftliche Entwicklungen bestätigen mittlerweile den engen wechselseitigen Zusammenhang von Körper und Psyche (VARELA et. al. 1991, FUCHS 2000, KOCH 2006) sowie die wichtige Rolle zwischenmenschlicher Beziehungen für deren gesunde Entwicklung bzw. deren Gesundung. „Zwischenmenschliche Beziehungen sind das Medium, in

dem sich nicht nur unser seelisches Erleben bewegt, sondern in dem sich auch unsere körperliche Gesundheit bewahren lässt. Überall da, wo sich Quantität und Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen vermindern, erhöht sich das Krankheitsrisiko“ (BAUER 2004, S. 13). Auch die neueren Entwicklungen aus der „Embodiment-Forschung“ (vgl. z. B. STORCH et. al. 2010) gehen in Richtung einer Bestätigung unseres gruppensystemisch-ganzheitlich analytisch orientierten Ansatzes.

Unsere Tanztherapie ist klinisch erprobt und bewährt sich seit fast 35 Jahren. Mittlerweile gibt es zahlreiche qualitative Forschungen und quantitative Out-come-Studien, die die Effektivität kreativer Kunsttherapien im Allgemeinen und von Tanztherapie im Besonderen belegen. Was die AST anbelangt, konnte Maria AMMON in einer qualitativ angelegten Untersuchung deren Wirksamkeit, bezogen auf eine Vielfalt verschiedener Variablen, aufzeigen (BERGER 1988). Ursprünglich als Therapie für das stationäre Setting in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige (München) konzipiert (AMMON 1986c), erfreut sich die AST großer Beliebtheit auch bei den ambulanten Patienten (REITZ 2001). Als Analytisch-Strukturelle Tanzselbsterfahrung (ASTSe) ist sie mittlerweile in alle Selbsterfahrungswochenenden an den Lehr- und Forschungsinstituten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und in die gruppensystemischen Tagungen in Paestum (Tagungszentrum der DAP) integriert.

Das ambulante Setting

Die ambulante Analytisch-Strukturelle Tanztherapie (AST) wird 14-tägig ausschließlich im Splitting mit einer verbalen Einzel- oder Gruppenpsychotherapie durchgeführt. Die AST stellt somit eine die verbalen Erfahrungen erweiternde, mehr nonverbale körperlich-bewegungsorientierte Erfahrung dar. Die Gruppe sitzt im Halbkreis. Die Sitzung beginnt mit einer kurzen Meditation nach einer von der Gruppe gewünschten Meditations- oder klassischen Musik. Die Teilnehmer schließen die Augen und konzentrieren sich auf die Musik, um sich zu ihrer inneren Gefühls- und Erlebniswelt hin zu öffnen. Der erste Tänzer bzw. die erste Tänzerin (zukünftig wird einfachheitshalber die männliche Form für beide Geschlechter verwendet) stellt sich, und das ist das besondere an der AST, allein in die Mitte der Gruppe und drückt sich tänzerisch entweder nach

selbstgewählter Musik, nach Trommeln oder aber auch ohne Musik aus. Wichtig ist das freiwillige und das spontane improvisatorische Tanzen des Einzelnen in der Mitte der Tanzgruppe. Manche Patienten tanzen im Straßenanzug, manche im Tanzdress oder Tanzkostüm. Sowohl die Wahl der Musik als auch der Kleidung wird in die Tanzkommunikation mit einbezogen. Nach Abschluss des Tanzes spricht der Tänzer zunächst über sein Selbsterleben während des Tanzes, seine Gefühle, Gedanken, Assoziationen, Sehnsüchte und bringt diese ggf. mit Erinnerungen an frühere lebensgeschichtlich bedingte oder auch gegenwärtige Erlebnisse und Erfahrungen in Verbindung. Der „Chor der Gruppe“, d. h. die Tanzgruppenmitglieder, antworten jetzt sowohl auf das Selbsterleben des Tänzers als auch darauf, was der Tanz bei ihnen an Gefühlen, Assoziationen, Bildern, kurz, welche Resonanz dieser bei ihnen ausgelöst hat. Oftmals spiegeln die Rückmeldungen dem Tänzer die durch seinen Tanz kommunizierten Gefühlsaspekte, die für den Tänzer selbst oft gar nicht erlebbar waren, verleugnet, abgespalten und auch nicht benennbar waren. Angesprochen werden kann z. B. der erlebte Kontakt des Tänzers zu sich selbst, zur Gruppe, zur Musik, das Übereinstimmende von Musik und Tanz, die Authentizität eines Tanzes, d. h. das spontan „Echte“ und „Spürbare“, aber auch „Gewolltes“ und „Abgespaltenes“ im Tanz u. a. mehr. Eine Regel für alle Beteiligten ist, nur freundlich entwicklungsbezogene, unterstützende, ressourcenorientierte Rückmeldungen zu geben wie z. B. „Ich hätte dir gewünscht, dass du noch mehr hättest loslassen können. Ich weiß, dass das eine tiefe Sehnsucht in dir ist.“ Dadurch werden nicht nur die Therapeuten, sondern auch die Tanzgruppenmitglieder zu therapeutisch Agierenden, die dazu angehalten sind, mit ihrer Gegenübertragung „kontrolliert“ umzugehen. Jeder Tanz wird auf Video aufgezeichnet mit dem Ziel, dass die Tänze in die Einzel- und Gruppenpsychotherapie des Tänzers integriert werden (vgl. REITZ 1986). Vor der Aufnahme in die Tanzgruppe werden in Zusammenarbeit mit dem Einzel- bzw. Gruppenpsychotherapeuten und dem Tanztherapeuten, der mit dem neuen Mitglied mehrere Vorgespräche führt, die Indikation diskutiert und mit dem Patienten gemeinsam die Therapieziele formuliert.

Theoretische Konzipierung der „Analytisch-Strukturellen Tanztherapie“ (AST)

Der Begriff AST verweist darauf, dass die Tanztherapie a) psychoanalytisch orientiert ist. Der Tanz wird ebenso wie der Traum als „via regia“ zum Unbewussten aufgefasst. So gesehen können wir den Tanz auch als ein „Handeln“, d. h. als ein „Agieren“ auffassen, das tief unbewusste archaische Erinnerungs- und Erlebnisspuren aus der frühen Kindheit des Tänzers der „bewegten Körperlichkeit“ beimischt. Tanz kann so als eine bewusst aufgeforderte und geförderte therapeutische Intervention angesehen werden, mit dem Ziel, über das tänzerische Agieren – als einer unbewussten Inszenierung auf der Körper-Ich-Ebene – nicht symbolisierte affektive Repräsentanzen, die im impliziten Gedächtnis gespeichert sind, wahrnehm- und erlebbar zu machen. Der Tanz ermöglicht eine tiefgehende Begegnung mit sich selbst und dem Unbewussten, dem Ort „frühe(r) Introjektionen aus dem sensomotorisch erfahrenen Dialog“ (FERENCZI 1970, S. 276) mit den frühesten Bezugspersonen und der Primärfamilie sowie auch mit später gemachten zwischenmenschlichen Erfahrungen des Tänzers. Das Unbewusste ist in unserem Verständnis aber nicht nur der Ort gespeicherter Vergangenheit, sondern auch der Ort kreativer Potenziale und zukünftiger Entwicklungen. Das Unbewusste „ist die kreative und konstruktive Potentialität der Identität“ (AMMON 1979a, S. 104). Im Tanz sind daher Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft des Tänzers integriert.

AST weist außerdem darauf hin, dass b) diese nicht in erster Linie zum Ziel hat, umschriebene intrapsychische Konflikte zu bearbeiten, sondern strukturelle Entwicklungen zu fördern. Sie wird seit 1982 als eine Körper-Bewegungs- und Kunstpsychotherapie in einem Gruppensetting durchgeführt. Sie ermöglicht früh bindungs- und damit strukturell gestörten Patienten den Kontakt zu archaisch abgespeicherten Gefühlen von Verlassenheit, Traurigkeit und Wut, aber auch von Sehnsucht, Glück und Freude herzustellen und diese über den Tanz auszudrücken und nonverbal zu kommunizieren. Als spontaner Ausdruck des momentanen Entwicklungsthemas stehen also mehr Improvisation und Gestaltung, weniger Tanztechnik und Nachahmung im Vordergrund. Wir fühlen uns widergespiegelt in dem, was F. J. J. BUYTENDIJK in ihrer „Allgemeinen Psychologie des Tanzes“ schreibt: „Der Mensch tanzt ebenso spontan, wie er spricht oder singt, aus der Unbedachtheit seines positionellen Bewusstseins, d. h.

aus dem unmittelbaren Wissen um seine Leiblichkeit, in der er für sich selbst und die Welt existiert und die in jeder Situation und den Mitmenschen gegenüber seine Haltung und sein Verhalten bestimmt. [...] Die Handlung des Tanzes ist der Ausdruck der Teilnahme an der Situation, die innerlich erlebt wird; als solche ist sie auf den wirklichen oder vorgestellten Mitmenschen sowie auf den Tänzer selbst gerichtet. [...] Tanz als ein „in spontaner Handlung aufgehender Selbstentwurf“ (1991, S. 69).

AST lässt sich so am besten als spontaner Ausdruckstanz beschreiben, in dem sich das Unbewusste des Tänzers in den je unterschiedlichen Qualitäten von konstruktiv, destruktiv und defizitär im Medium der Körpersprache ausdrückt. Konstruktive Anteile zeigen sich z. B., wenn es dem Tänzer gelingt, mit seinem Tanz Kontakt zu sich selbst, zur Musik, zu den Gruppenmitgliedern und den Therapeuten in einer, diese öffnenden und berührenden Weise herzustellen, sodass sich in der Gruppe zwischenmenschlich energetische Austauschprozesse, d. h. sozialenergetisch konstruktive Austauschprozesse entwickeln.

Gelingt diese wechselseitige Öffnung des Unbewussten durch den Tanz weniger, wenn der Tänzer sich z. B. der Tanzgruppe gegenüber verschließt oder nur oberflächliche Tanzbewegungen vollzieht mit geringer Beteiligung seines inneren Wesens, dann kommt es in der Tanzgruppe zur Entwicklung eines sozialenergetisch mehr destruktiven und/oder defizitären Kommunikations- und Resonanzraumes.

Sozialenergie ist nach Günter Ammon die psychische Energie, die entsteht, wenn Menschen miteinander Kontakt aufnehmen und sich wechselseitig verbal-nonverbal austauschen. Der Mensch entwickelt seine Persönlichkeit oder Identität wesentlich durch Verinnerlichung dieser sozialenergetischen Prozesse in sein Unbewusstes. Besonders prägend und persönlichkeitsstrukturierend sind diese Prozesse in den ersten Lebensjahren des Kindes. Persönlichkeitsstruktur ist so gesehen verinnerlichte und somit „manifestierte“ Sozialenergie (vgl. AMMON 1982b).

Theorie- und Verständnisgrundlage der AST ist die von Günter AMMON gruppenspezifisch begründete Psychoanalyse, in der die Entwicklung der „Identität“ des Menschen, als einem ganzheitlich begriffenen Persönlichkeitskonzept auf der Grundlage eines positiv formulierten Menschenbildes im Mittelpunkt steht. Bereits in den 70er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts formulierte AMMON eine aufeinander bezogene, sich wechselseitig bedingende Einheit von „Identität“ und „Gruppe“. Psychoanalyse wird hier als eine soziale Wissenschaft aufgefasst, die die

Persönlichkeit oder Identität des Menschen als eine ganzheitliche Struktur, biologischer, psychischer, sozialer und kultureller Funktionen, die im Unbewussten verankert sind, versteht (vgl. z. B. AMMON 1986). Persönlichkeit in ihrer gesunden und kranken Entwicklung wird aufgefasst als Ergebnis lebensgeschichtlich erfahrener konstruktiver, destruktiver und defizitärer Bindungs- und gruppendynamischer Beziehungserfahrungen vor allem in den primären, später auch in den sekundären Gruppen. Die so konzipierte soziale Bedingtheit der Persönlichkeit unterstreicht den hohen Stellenwert gruppentherapeutischer Arbeit für die Gesundung der Identität des Patienten.

Wenn ein Mensch in Gruppen krank werden kann, kann er in Gruppen auch wieder gesunden. Der therapeutische Ansatz dafür sind „emotional korrigierende“ (ALEXANDER & FRENCH 1946) zwischenmenschliche Erfahrungen im Sinne einer Wiedergutmachung und Nachentwicklung destruktiv-defizitärer Persönlichkeitsstruktur. Die internalisierte Gruppendynamik der Patienten wird in den verbalen und in den mehr nonverbalen therapeutischen Gruppen so lange wiederholt, bis sie durch neue Gruppenerfahrungen verändert werden kann.

Gruppenpsychotherapie ist, so die Ergebnisse der Gruppentherapieforschung, besonders für Patienten mit Frühstörungen und strukturellen Deformationen von besonderer Bedeutung (TSCHUSCHKE 1993).

Angefangen von der mehrfach beschriebenen „Verstärkerfunktion“ der Gruppe (BATTEGAY 1961) hat Matthias HIRSCH, ein früherer Schüler von Günter AMMON, in seinem Buch über die „Gruppe als Container“ (2008) vor dem Hintergrund neuerer entwicklungsanalytischer und bindungstheoretischer Forschungen die Halt, Schutz und Geborgenheit gebende Funktion der Gruppe beschrieben. WINNICOTT (1960) spricht hier vom „holding“ bzw. von der „holding-environment“ als Voraussetzung für die gesunde Entwicklung eines Kindes. Halt in der Gruppe entsteht „durch das Band der affektiven Kommunikation“ (MODELL 1976, S. 290) im Sinne einer Resonanz gebenden „Spiegelung“ der geäußerten Affekte durch die Gruppenmitglieder und durch die Gruppe als Ganzes. Die Resonanz- und Spiegelreaktion bedeutet, „dass der Patient sich selbst, seine Ängste, Konflikte, Wünsche, Symptome in den anderen Gruppenmitgliedern wie in einem Spiegel sieht, sich quasi in den anderen wiedererkennt. Die Spiegel-Reaktion umfasst Prozesse der Identifizierung, Projektion, der Introjektion und projektiven Identifizierung“ (FINGER-TRESCHER 1991, S. 122). Diese in den Gruppen so vielfältig ablaufenden Affektspiegelun-

gen ermöglichen die ersten Selbst-Erfahrungen und bilden die Voraussetzung für Selbsterkenntnisprozesse. Indem man „identische, unbekannte Aspekte des eigenen Selbst im Anderen wieder (findet) [...] erkennt (man) sich selbst als ganz anders, als der Andere [...] aber immerhin sieht man sich selbst“ (HIRSCH 2008, S. 63). Für FOULKES (1964) sind die Spiegel-Reaktionen in der Gruppe von besonderer Bedeutung für die Ich-Entwicklung der Teilnehmer. „Mirror reactions are characteristically brought out when a number of persons meet and interact. A person sees himself, or part of himself – often a repressed part of himself – reflected in the interaction of other group members. He sees them reacting in the way he does himself, or in contrast to his own behaviour. He also gets to know himself – and this is a fundamental process in ego-development – by the effect he has upon others and the pictures they form of him.“ (FOULKES 1964, S. 110)

Die Gruppe hat noch zahlreiche andere entwicklungsfördernde, d. h. bindende, voneinander differenzierende, regulierende und integrierende Funktionen. Wir konzentrieren uns hier auf die Bedeutung des Resonanzraumes der Tanztherapie für die Persönlichkeitsentwicklung der Tänzer. Dabei können wir beobachten, dass sich die Gruppengrenzen als notwendige Voraussetzung für die Entwicklung eines Resonanzraumes sehr viel spontaner und schneller entwickeln können als in einer verbalen Gruppenpsychotherapiegruppe. Die Anfangsmeditation hinterlässt bei den Teilnehmern ein erstes gemeinsames Gefühl der Verbundenheit und Geschlossenheit, die so etwas wie eine „Hülle“ der Gruppe entstehen lässt. Eine „Hülle“, die die Gefühle, Gedanken, Worte und Handlungen zusammenhält, gestattet der Gruppe, einen inneren Raum zu entwerfen (NERI 2006), der ein Gefühl von Freiheit vermittelt und einen Austausch innerhalb der Gruppe sowie eine eigene Zeit garantiert (ANZIEU 1981).

Marianne EBERHARD-KAECELE (2010) weist darauf hin, dass seit den Anfängen der Tanztherapie durch deren Pioniere intuitiv „die multimodale Affektspiegelung von Patienten als Interventionstechnik zur Kontaktaufnahme und zur Förderung von sozialen, motorischen und psychischen Kompetenzen in der Tanztherapie“ (S. 193) eingesetzt wurde (vgl. bspw. SANDEL et. al. 1993, SCHOOP 1974). Heute, so EBERHARD-KAECELE, bestätigen neuere empirische Ergebnisse der neurobiologischen-, der Säuglings-, Kognitions- und Psychotherapieforschung die Wirksamkeit dieser emotionalen Resonanzphänomene, die nach Belegen von GRAWE (2004), SCHORE (2003) und TREVARTHEN (2001) die „zentralen Mechanismen therapeutischer Veränderung bei allen Altersgruppen in der Psychotherapie“

(EBERHARD-KAECELE 2010, S. 193) sind. Wichtig ist, dass diese wechselseitig sich bedingende nonverbale Einstimmung psychobiologischer Natur ist. EBERHARD-KAECELE zitiert des Weiteren SCHORE (2003), der aufzeigen konnte, dass die Anwendung von affektsynchronisierenden Aktionen, um interaktiv positive Affekte zu generieren und zu amplifizieren, die Bindungsfähigkeit der Patienten stärkt und dass diese die Belastung negativer Gefühle absorbieren und neutralisieren kann. Die Autorin entwickelt außerdem, entsprechend der sequenziellen motorischen und kognitiven Entwicklung des Menschen, eine Systematik verschiedener Spiegelungs- und Interaktionsmodalitäten, die sowohl für die Diagnostik als auch für die „Auswahl und Gestaltung von Interaktionen in der Tanztherapie und anderen Psychotherapieformen“ (2003, S. 193) geeignet sind.

Schluss

1. Die Analytisch-Strukturelle Tanztherapie (AST) hat das Ziel, über konstruktiv-narzisstische und sozialenergetisch emotionale Resonanz- und Widerspiegelungsprozesse Voraussetzungen für Wahrnehmung, Erleben, Intensivierung, Differenzierung und Verbalisierung besonders frühkindlich emotional und körperlich gespeicherter Erfahrungen zu ermöglichen, insbesondere bei mangelnder Affektwahrnehmung und -differenzierung. Letztendlich ist es Anliegen der AST, die körperlichen, psychischen, sozialen, spirituellen und kulturellen Funktionen der Persönlichkeit zu einer ganzheitlich erlebbaren Identität zu integrieren.

2. Jeder getanzte Tanz stellt ein hohes Risiko für die Tänzer dar, die dieses nur dann eingehen werden, wenn sie zu den Therapeuten und der Gruppe eine vertrauensvolle Beziehung entwickeln und den gruppalen Resonanzraum als wohlwollend fördernd erleben können. Die hohe Akzeptanz der Tänzer und ihrer Tänze wird erfahrungsgemäß selten verletzt, da sich die Gruppenmitglieder mit den Tänzern und ihrer Angst identifizieren können.

3. Durch das Setting des „Alleintanzens“ in der Gruppe werden „regressive“ Prozesse gefördert, die mit einer massiven Verstärkung der Angst des Tänzers einhergehen kann. Werden diese Ängste „durchtanzt“ und überwiegt der Wunsch nach Wahrgenommenwerden durch die Gruppe, so kommt es in der Regel zu tief beglückenden und befreienden Erfahrungen der Tänzer.

4. Wenn die Tänzer von einer Gruppe in ihrer tänzerisch gestalteten Identität wahrgenommen und positiv wiedergespiegelt werden, erleben sie sich tief in ihrer Existenz angenommen und bestätigt. Dies ist bedeutsam, da wir es oft mit Patienten zu tun haben, die nicht „im eigenen Recht“ wahrgenommen und damit nicht wertgeschätzt wurden, und oft gar nicht wissen, wer sie wirklich sind.

Summary

Topics on movement, dance and body experience have not been considered in psychoanalysis for a long time. But in the meantime a number of efforts have been made to integrate body-and movement therapy approaches into specific psychoanalytic methods (cf. in the German speaking realm, e.g. MOSER 1987; HEISTERKAMP 1996; KUTTER 1995; KLEIN 1983, 1993; SIEGEL 1986; as well as the approaches by VOIGT 1996; TRAUTMANN-VOIGT & VOIGT 1996, 1997).

The authors are presenting in their article the “human-structural dance therapy” developed by Günter AMMON in 1982 (AMMON 1982), nowadays known as “analytic-structural dance therapy (AST)”. Special attention is paid to the group-therapy conception of AST and to the significance of the emotional resonance in the room – which emerges during the dance session – as it relates to the “emotional corrective” (ALEXANDER & FRENCH 1946) interpersonal experience in the sense of a restitution and retroactive development of pathological personality structures. Originally, AST was developed as a therapy in an inpatient setting at the Dynamic-Psychiatric hospital Klinik Mengerschwaike in Munich, but soon thereafter AST has also been applied successfully in outpatient treatment.

Outpatient AST is carried out bi-weekly in conjunction with individual or group psychotherapy. The session begins with a short meditation on a piece of classical or meditation music, selected by a patient. Each dancer will dance spontaneously and in an improvised manner alone in the middle of the group, either to a kind of music of his or her own choice, to drums or even without any music. After the end of the dance, the dancer will talk about his or her own experience of the dance, about their feelings, thoughts, associations, longings and will, on occasion, connect these with memories of earlier biographical events and experiences or with events

in the present. The participants of the dance group as well as the dance therapists will give feedback to the dancer as to what the dance evoked in them in the form of feelings, images, associations; in short, they report on the resonance the dance had with them. As a rule for all participants, only friendly, development-promoting, supportive and resource-oriented feedback is given. Each dance is recorded on video with the aim to integrate the dances into the dancer's individual or group psychotherapy (cf. REITZ 1986).

AST is about an analytically oriented, body-, movement- and art therapy, which includes the unconscious by initiating and even changing structural development. Dance can thus be seen as a consciously provoked and promoted therapeutic intervention, with the aim of "acting out", in a positive sense, on the level of the body self those non-symbolized affective representations stored in implicit memory. Like in an unconscious enactment these representations are perceived and experienced through the dance movements. Dancing facilitates a deep encounter with oneself and with the unconscious, an encounter with the location of "early [earlier] introjections of the senso-motor experience of the dialogue" (FERENCZI 1970, p. 276) with the earliest reference persons and the primary family of the dancer. This encounter helps patients with structural disorders, caused by disturbances in their early attachments, to get in touch with their archaically stored feelings of abandonment, sadness and rage, but also with feelings of longing, happiness and joy. These patients are able to both express these feelings and to communicate them non-verbally. The spontaneous expression of the current topic in the patient's development is rendered through improvisation and figure shapings and not through dance technique or imitation. Dance improvisation and communication take place in AST within a group whose "healing function" is given special emphasis in this paper in the following.

Starting with what has often been described as the "amplifying function" of the group (BATTEGAY 1961), Matthias HIRSCH, in his book on the "group as container" (2008), has portrayed the group as one that provides holding, protection and comfort; HIRSCH relies on the recent research in the analysis of development and attachment theory. WINNICOTT (1960) in this case is speaking of "holding" or, rather, of a "holding environment" as the precondition for a healthy development of the child. Holding in the group takes place "through the bond of affective communication" (MODEL 1976, p. 122), in the sense of a resonating "mirroring" of what the

dancer communicates consciously and unconsciously to each group member but also to the group as a whole.

The resonance and mirror reaction means “that the patient sees himself, his anxieties, conflicts and desires, his symptoms in the other group members like in a mirror and recognizes himself in the others” (FINGER-TRESCHER 1991, p. 122). This kind of affective mirroring which takes place in the group in a variety of ways promote initial self-experiences that may lead to self-recognition. In (re-)finding “unknown identity aspects of one’s self in the other” ... one “recognizes oneself as someone else but, nonetheless, one is looking at oneself” (HIRSCH 2008).

Marianne EBERHARD-KAECELE (2010) is referring to the fact that, since the start-up of dance therapy, their pioneers have intuitively used “the multi-modal mirroring of patients’s affects as a technique of intervention for making contact and for promoting social, motoric and mental competencies in dance therapy” (p. 193; cf. for instance, SANDEL et al. 1993; SCHOOP 1974). According to EBERHARD-KAECELE, more recent empirical results in neurological research as well as in infant-, cognition- and psychotherapy research confirm the efficacy of these emotional resonance phenomena, which, according to evidence from GRAWE (2004), SCHORE (2003) and TREVARTHEN (2001), are “the crucial mechanisms in therapeutic change in all age groups in psychotherapy” (p. 193).

The prerequisite for this effect is that the dancer can establish a trusting relationship with the therapists and with the group and is able to experience the space of resonance inside the group as beneficial. Experience demonstrates that the high acceptance of the dancer and his dance is rarely ever diminished because the group members identify with the dancer and his anxiety. When a dancer is perceived by the group in his identity, expressed in the creation of his dance, and is positively mirrored, he feels deeply accepted and confirmed in his existence. This is important because patients with structural disorders are often never perceived “in their own right” and were thus never appreciated and hence they don’t know who they really are.

Literatur

- Alexander, F. & French, T. (1946): *Psychoanalytical Therapy: Principles and Applications*. New York: Ronald Press
- Ammon, G. (1975): Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse. S. 391–429. In: H. Petzold (Hg), *Leiblichkeit*. Paderborn: Junfermann
- Ammon, G. (Hg.) (1979): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*. Bd. 1 München: Reinhardt
- Ammon, G. (1979b): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzeptes – zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzissmustheorie. S. 95–159. In: G. Ammon (Hg.), *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*. Bd. 1. München: Reinhardt
- Ammon, G. (1982b): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. S. 4–25. In: G. Ammon (Hg.), *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*. Bd. 2. München: Reinhardt
- Ammon, G. (1984): Die Unerreichten – Zur Behandlungsproblematik des Urnarzissmus. *Dynam. Psychiat.* 85, S. 145–164
- Ammon, G. (1986a): Humanstruktureller Tanz – Heilkunst und Selbsterfahrung. *Dynam. Psychiat.* 19, 317–342
- Ammon, G. (1986b): Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft. München: Pinel
- Ammon, G. (1986c): Zur Dynamisch-Psychiatrischen Konzeption und Behandlungsmethodik (Rehabilitation) von psychiatrisch-psychisch Kranken. *Dynam. Psychiat.* 99/100, S. 308–316
- Anzieu, D. (1981): *Le groupe et l'incoscient. L'imaginaire groupal* (2e éd.). Paris: Dunod. 333
- Battegay, R. (1961): Die Verstärkerwirkung der therapeutischen Gruppe. *Prax. Psychother.* 6, S. 9–13
- Bauer, J. (2014): *Das Gedächtnis des Körpers*. München, Zürich: Piper
- Berger, M. (1988): Psychologische Untersuchungen zur humanstrukturellen Tanztherapie. *Dynam. Psychiat.* 108/109, S. 128–158. München: Pinel
- Buytendijk, F. J. J. (1991): Zur allgemeinen Psychologie des Tanzes, S. 69–78. In: E. Wilke, G. Hölter, H. Petzold (Hg), *Tanztherapie. Theorie und Praxis*. Paderborn: Junfermann.
- Chaiklin, H. (Hg) (1975): *Marian Chase: Her papers*. Columbia: (Maryland): ADTA
- Eberhard-Kaechele, M. (2010): Heimkehr zu sich selbst: Affektregulation und Selbstvertrauen nach Traumatisierung. In: C. Moore, U. Stammermann (Hg), *Bewegung aus dem Trauma. Traumazentrierte Tanz- und Bewegungspsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer
- Ferenczi, S. (1970): Zur psychoanalytischen Technik. In: *Schriften zur Psychoanalyse*. Frankfurt/M: Fischer
- Finger-Trescher, U. (1991): *Wirkfaktoren in der Einzel- und Gruppenpsychoanalyse*. Stuttgart: Frommann-Holzboog
- Foulkes, S. H. (1964): *Therapeutic Group Analysis*. London: George Allen & Muwin
- Fuchs, T. (2000): *Zeit, Raum, Person*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Grawe, K. (2004): *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Heisterkamp, G. (1993): *Heilsame Berührungen. Praxis leibfundierter analytischer Psychotherapie*. München: Pfeiffer

- Heisterkamp, G. (1997): Die leibliche Dimension im psychoanalytischen Dialog, S. 410–426. In: A. Heigl-Evers, F. Heigl, J. Ott, U. Rüger (1993), *Lehrbuch der Psychotherapie*. Lübeck, Stuttgart: Fischer
- Hirsch, M. (Hg) (2008): *Die Gruppe als Container*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Klein, P. (1983): *Tanztherapie. Eine einführende Betrachtung im Vergleich mit Konzentrativer und Integrativer Bewegungstherapie*. Lilienthal/Bremen: Eres Edition
- Klein, P. (1993): *Tanztherapie. Ein Weg zum ganzheitlichen Sein*. München: J. Pfeiffer.
- Koch, S. C. (2006): *Interdisciplinary Embodiment Approaches. Implications for Creative Arts Therapies*. S. 17–28. In: S. Koch & J. Bräuninger (eds), *Advances in Dance/Movement Therapy. Theoretical Perspectives and Empirical Findings*. Berlin: Logos
- Kutter, P. (1990): Die leibliche Dimension in der Tiefenpsychologie. S. 59–63. In: G. Gerber & F. Sedlak (Hg.), *Autogenes Training mehr als Entspannung*. München: Reinhardt
- Kutter, P. (1995): Zur Modifikation der Technik bei schwer erreichbaren Patienten. Einführung in das Thema. In: *Hundert Jahre psychoanalytische Methode. Herbsttagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung*, Wiesbaden, 22.–26. Nov. 1995, S. 319–328
- Modell, A. H. (1976): „The holding environment” and the therapeutic action of psychoanalysis. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 24, p. 285–307
- Moser, T. (1987): *Der Psychoanalytiker als sprechende Attrappe. Eine Streitschrift*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Moser, T. (1989): *Körpertherapeutische Phantasien. Psychoanalytische Fallgeschichten neu betrachtet*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Moser, T. (1992): *Stundenbuch. Protokolle aus der Körperpsychotherapie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Neri, C. (2006): *Gruppenprozesse. Theorie und Praxis der psychoanalytischen Gruppentherapie*. Gießen: Psychosozial Verlag
- Reitz, G. (1986): Zur Integration des Human-Strukturellen Tanzes im Gruppentherapeutischen Prozess. *Dynam. Psychiat.* 19, 353–366. München: Pinel
- Reitz, G. (2001): Gruppendynamische Prozesse in der ambulanten Humanstrukturellen Tanztherapie. S. 254–267. *Dynam. Psychiat.* 188/189. München: Pinel
- Reitz, G.; Schmidts, R.; Urspruch, I.; Rosky, T. (2011): *Kreative Therapien in der Psychoanalyse. Tanz, Musik, Theater*. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Sandel, S.; Chaiklin, S.; Lohn, A. (1993): *Foundations of Dance/ Movement Therapy: The Life and Work of Marian Chase*. Columbia: Am. Dance Therapy Association
- Schoop, T. (1974): *Won't You Join The Dance?* Mayfield: Publ. Comp.
- Schore, A. N. (2003): *Affect Regulation and the Repair of the Self*. New York, London: W. W. Norton Company
- Siegel, E. V. (1986): *Tanztherapie. Seelische und körperliche Entwicklung im Spiegel der Bewegung. Ein psychoanalytisches Konzept*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Siegel, E. V. (1991): *Psychoanalytisch orientierte Tanz- und Bewegungstherapie: Ein ganzheitlicher Behandlungsansatz*. In: E. Wilke, G. Hölter & H. Petzold (Hg.), *Tanztherapie, Theorie und Praxis*. Paderborn: Junfermann
- Siegel, E. V.; Trautmann-Voigt, S.; Voigt, B. (1997): *Tanz- und Bewegungstherapie in Theorie und Praxis*. Frankfurt/M: Fischer

- Storch, M.; Cantieni, B.; Hüther, G.; Tschacher, W. (2010): Embodiment. Wechselwirkung von Körper und Psyche verstehen und nutzen. Bern: Huber
- Trevarthen, C. (2001): The neurobiology of early communication: Intersubjective regulations in human brain development. In: A. F. Kalverboer; A. Gramsberger (ed) (2001), Handbook on brain and behaviour in human development. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers
- Trautmann-Voigt, S. (2003): Über die Aneignung des Körpers in der Tanztherapie und die Scham mancher Denker. In: Psychoanalyse und Körper 3 (2), Gießen 2003
- Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (Hg) (1996): Bewegte Augenblicke im Leben des Säuglings – und welche therapeutischen Konsequenzen? Köln: Claus Richter
- Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (Hg) (1997): Freud lernt laufen. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel
- Tschuschke, V. (1993): Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Varela, F. J. ; Thompson, E. & Rosch, E. (1991): The Embodiment Mind. Cognitive Science and Human Experience. Cambridge: MIT Press
- Voigt, B. (1996): Wo die Sprache endet – Psychotherapie im Handlungsdialog: Grundlagen der Analytischen Tanz- und Bewegungstherapie. Köln: Claus Richter
- Whitehouse, M. (1979): C. G. Jung and dance therapy. In: Bernslein, P. L.: Eight theoretical approaches in dance-movement therapy. S. 51 – 70. Dubuque: Kendall/Hunt
- Willke, E. (1991): Einführung. Tanztherapie – Grundzüge der Entwicklung tanztherapeutischer Praxis und Theorie. S. 13 – 49. In: E. Willke; G. Hölter; H. Petzold (Hg): Tanztherapie. Theorie und Praxis. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann
- Willke, E.; Hölter, G; Petzold, H. (Hg) (1991): Tanztherapie. Theorie und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Winnicott, D. W. (1960): Die Theorie von der Beziehung zwischen Mutter und Kind. In: D. W. Winnicott (1974), Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler

Der Artikel basiert auf einem Vortrag, gehalten am 9. Mai 2015 auf dem Symposium der Arbeitseinheit Psychologie und Psychotherapie des Psychologischen Institutes der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg in Kooperation mit der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz zum Thema: „Körper und Gefühl – kreative Ansätze der Psychotherapie“.

Dipl. Psych. Dr. phil. Dr. h. c. Ilse Burbiel, Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin, Gruppenpsychotherapeutin, Analytische Tanztherapeutin (DAP), Analytische Gruppendynamikerin (DGG) • Goethestr. 54 • 80336 München • Tel: 0049 173 3741975 • i.burbiel@psychoanalysebayern.de

Dr. phil. Gertraud Reitz, Psychoanalytikerin, Gruppenpsychotherapeutin, Analytische Tanztherapeutin (DAP), Analytische Gruppendynamikerin (DGG), Fachbereichsleiterin Analytische Tanztherapie • Arcisstr. 59 • 80799 München • Tel: 0049 89 2721773 • drreitz@freenet.de

Umgang mit Trennung aus der Gruppenpsychotherapie

Fallvignetten aus einer ambulanten halboffenen Therapiegruppe

Monika Birk (München)

The termination of a psychotherapy must be seen as an important and integral part of the entire psychotherapeutic process. The quality of the ending, of the severance from the therapeutic contact has crucial influence on the long term effect and integration of the therapeutic effort and its availability in the patients life after the therapy. Thus this process claims a sorrow planning and awake consideration. This is true for the individual therapy but to a special degree for the group psychotherapy. In the following article the particular importance of the process of termination of a group psychotherapy is pointed out and different ways to handle it are demonstrated. This is based on quoting extracts from relevant literature and on case studies recorded in an ambulant semi-open therapeutic group started end of 2004. In the reported time period of two years the group consists of four men and four women.

Keywords: psychotherapeutic group, termination process, therapeutic effort

„Sich mit dem Ende einer Therapie auseinanderzusetzen ist ein Grenzerlebnis, eine Konfrontation mit Grenzen.“ (YALOM 2010, S. 423) Verabschiedet sich ein Patient von seinem Einzeltherapeuten, so hat er die Möglichkeit, zu diesem zurückzukehren. Patienten, die eine Gruppentherapie verlassen, tun das in der Regel nicht. „Sie verlassen die Gruppe wirklich: die Gruppe wird sich unumkehrbar verändern; neue Mitglieder werden eintreten; die Gegenwart lässt sich nicht einfrieren; die Zeit fließt grausam und unerbittlich weiter.“ (YALOM 2010, S. 428) Dies ist auch den zurückbleibenden Gruppenmitgliedern klar, für die es keinen besseren Anreiz gibt, als sich beim Verlassen eines Gruppenmitglieds aus der Gruppe mit den Fragen zu befassen, bei denen es um Trennung, Tod, die rasch verstreichende Zeit und die Begrenztheit der eigenen Lebenszeit geht. „Der Therapieabschluss ist also mehr als ein äußeres Ereignis in der Gruppe. Er ist das mikroskopische Abbild einiger der entscheidendsten und schmerzlichsten Probleme des Lebens.“ (YALOM 2010, S. 428) Eine Besonderheit stellt die Beendigung einer psychotherapeutischen Gruppe als Ganzes dar, wenn die Gruppe z. B. aufgrund des Alters des Therapeuten schließt. Hier ist die Konfrontation mit der Endlichkeit endgültig, da die Möglichkeit der phantasierten Rückkehr in die Gruppe völlig entfällt.

In den Essentials der Gruppentherapie schreibt Ammon: „Die Trennung aus der therapeutischen Gruppe beinhaltet, sich von seinen symbiotischen Bedürfnissen abgrenzen zu können und sich immer neuen Identitätsprozessen zu stellen.“ (AMMON 1979, S. 568) Zur Abschlussphase des gruppentherapeutischen Prozesses schreibt AMMON, die Identitätsentwicklung eines Patienten in der Gruppe gehe einher mit seiner gleichzeitig stattfindenden Entwicklung in den aktuellen Lebenssituationen. Von einer gelungenen Gruppenpsychotherapie könne man idealerweise sprechen, wenn eine gelungene aggressiv-destruktive Auseinandersetzung mit dem Therapeuten und der Gruppe stattgefunden hat. Denn letztlich würde diese Auseinandersetzung erst darüber entscheiden, ob die Gruppe als Ganzes im Sinne von Ich-Bausteinen vom Patienten verinnerlicht werden kann. Damit einher geht ein Strukturwachstum und im Weiteren eine sogenannte nachholende Ich-Entwicklung. Auch die Aspekte von anderen Gruppenmitgliedern, mit denen der Patient sich identifizieren konnte, sind dann verinnerlicht worden und können mitgenommen werden. Nach gelungener Trennung werde dem Patienten die Fähigkeit zum Alleinsein dadurch ermöglicht, dass er eine verinnerlichte Gruppe in sich trägt, mit der er Gespräche führen kann, die ihn mit Freude erfüllt. „Identität zu haben heißt dann, aufgrund der erlebten Erfahrung und Zuwendung ein Gefühl von Bedeutsamkeit zu haben, ohne sich durch Tätigsein und Leistung bestätigen zu müssen.“ (AMMON 1979, S. 593) Ammon betont den wichtigen Aspekt der begrenzten Dauer der Gruppenpsychotherapie. „Denn indem der Therapeut von Anfang an freundlich und mit Empathie, aber bestimmt vertritt, dass diese Gruppe einmal eine zu verlassende ist, diese Gruppe einmal aufhört, dass aber auf alle Fälle viele Mitglieder diese Gruppe verlassen werden und der Patient selber auch, arbeitet er an der ständigen Abgrenzung der symbiotischen Bedürfnisse des Patienten und hilft ihm, darüber die Gruppe zu verinnerlichen.“ (AMMON 1979, S. 593) Um die Gefühle der Trennung dem Patienten erlebbar zu machen und die Trennung erfolgreich zu bearbeiten, sollte der Therapeut sich seiner eigenen Trennungsproblematik bewusst und ihrer affektiv gewahr sein. Nur dann wird er mit seinen Patienten die Trennungsängste und die Trennungsschuldgefühle in der Gruppe bearbeiten können (vgl. AMMON 1979). An dieser Stelle wird deutlich, wie wichtig für den Gruppenpsychotherapeuten die Selbsterfahrung in einer eigenen Gruppenpsychotherapie ist. Denn nur aufgrund seines eigenen Wissens um die Bedeutung eines gelungenen Abschieds aus einer Gruppensituation kann er ein Verständnis für die

Schwierigkeiten des Patienten in seiner Trennungsphase nachvollziehen und ihn empathisch darin begleiten.

Das Ende einer Therapie ist integraler Bestandteil des gesamten therapeutischen Prozesses. Die Auseinandersetzung damit kann nicht erst in der Abschlussphase stattfinden, da die Patienten während ihres eigenen therapeutischen Prozesses in der Gruppe ständig mit Abschied und Trennung konfrontiert werden. So verlassen beispielsweise die Kinder eines Gruppenmitglieds das Elternhaus, die Mutter einer Patientin ist an Krebs erkrankt und stirbt nach Monaten, ein Elternteil wird zum Pflegefall oder Therapieferien stehen an.

Ich gehe im Folgenden auf die für die Trennung aus der Gruppenpsychotherapie entscheidenden Faktoren ein: die Rahmenbedingungen, die Ziele des Patienten und die Ziele des Gruppenpsychotherapeuten.

Die Rahmenbedingungen

Im ambulanten Setting dauert eine Gruppenpsychotherapie in der Regel ein bis drei Jahre. Diese Zahlen sind unter anderem abhängig von den Bewilligungszeiträumen der Kostenträger, die das Gros der psychoanalytischen Gruppentherapien finanzieren. Der Umfang beträgt in der Regel 80 Doppelstunden (Sitzungen), in besonders begründeten Fällen 120 Doppelstunden und im Ausnahmefall 150 Doppelstunden. Geht man davon aus, dass ein Therapiejahr ca. 45 Wochen hat, dann bedeutet das bei einer Frequenz von einer Sitzung pro Woche einen Behandlungszeitraum von 1,8 in besonderen Fällen 2,7 und im Ausnahmefall bis zu 3,3 Jahre. Bei einer Frequenz von zwei Sitzungen pro Woche verkürzt sich der Behandlungszeitraum entsprechend auf 0,9 in der Regel, 1,3 in besonderen Fällen und 1,7 Jahre im Ausnahmefall. Für die tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie ist es bei 40-60, maximal 80 Sitzungen entsprechend weniger. Diese Begrenzung der Zeit, so KÖNIG und LINDNER (1991), nötige nicht nur alle Beteiligten dazu, von Anfang an bewusste und unbewusste Erwartungen, Ziele und Entwicklungsmöglichkeiten nicht aus den Augen zu verlieren, sie wird auch im Sinne von Übertragungsauslösern wirken. So kann es z. B. zu einer Übertragungsspaltung in böse Mutter gleich Kostenträger, die begrenzt und die Nahrung verweigert, vs. gute Mutter gleich Therapeut, der Nahrungsspendende, kommen. Vereinbart nun ein Therapeut mit seinem Patienten eine private Kostenübernahme nach Auslaufen der Finanzierung durch die Kasse, so kann dieser Übergang von der einen

zur anderen Finanzierungsweise bei dem einen oder anderen Patienten zur Wiederbelebung von Krisen der Adoleszenz führen, jener Zeit, in der die Sorge für das eigene Leben zunehmend mehr in Eigenverantwortung übernommen wird, es aber andererseits auch zu regressiven Einbrüchen kommt (vgl. KÖNIG und LINDNER 1991).

Frau L., eine depressive, abhängig strukturierte 37-jährige Frau, die als Krankenschwester arbeitet, noch nie eine Partnerschaft leben konnte und eine sehr ambivalente Beziehung zu ihrer als herrschsüchtig erlebten Mutter hat, mit wenig Zugang zu ihren Emotionen, wurde durch den Selbstzahlermodus ein selbstbestimmter wirkendes Gruppenmitglied. So war sie in den ersten knapp zwei Jahren eher angepasst, ruhig, sprach nur, wenn sie angesprochen wurde. Und nun vermittelte sie einem, sie wolle was für ihr Geld.

Für ein gruppenanalytisches Setting erachte ich die obengenannten Stundenkontingente, wie sie von den Kassen finanziert werden, für zu gering. Dies gilt vor allem für strukturschwache und/oder finanziell enger gestellte Patienten, denen die Möglichkeit einer eigenen Finanzierung fehlt.

Ein weiteres Beispiel ist Frau X., eine übergewichtige Frau Mitte 30, die in einer stabilen, aber sexualitätslosen Beziehung lebt und nach einem stationären Aufenthalt aufgrund massiver Suchtproblematik in die Gruppe kam. Die Patientin verlor ihre Mutter nach jahrelanger Krebserkrankung im Alter von 18 Jahren, während sie gerade in den Abiturprüfungen stand. Ihr Jurastudium brach sie vor dem 1. Staatsexamen ab und lebte daraufhin ca. zehn Jahre in verschiedenen Ländern außerhalb Europas. Zu Beginn der Gruppenpsychotherapie konnte sie kaum aus dem Haus gehen, erschien nur in schwarzen Trainingshosen und Schlabbershirt zu den Gruppensitzungen und entwickelte sich im Laufe von 148 Sitzungen zu einer modisch gekleideten Psychologiestudentin, die großen Wert auf ihr äußeres Erscheinungsbild legte. In der Auseinandersetzung um die Beendigung der Therapie aufgrund des begrenzten Zeitkontingents der Krankenkasse entschloss sich die Patientin, ihre Gruppentherapie selbst zu finanzieren. Vor Beginn der vorletzten Kassensitzung kam sie auf mich zugestürmt und fragte, ob sie nicht einen Studententarif bekommen könne. Ich verwies sie auf die gleich beginnende Gruppensitzung, in der sie dies zur Sprache bringen sollte. Die Patientin hatte eine größere Erbschaft

gemacht und in mir sperrte sich in der Gegenübertragung alles gegen diesen Studententarif, da ich die Patientin auch als fordernd und uner-sättlich erlebte. Die Auseinandersetzung um den Sondertarif konnte nicht zu Ende geführt werden, da die Patientin auf das nicht sofort gemachte Zugeständnis desselben mit großer Wut und Enttäuschung reagierte und ihre Therapie abbrach. Parallel dazu brach sie auch den Kontakt zu ihrem Einzeltherapeuten ab. Die Symbolik des Studententarifs und dessen unbewusste Bedeutung für die Patientin wurde uns Leiterinnen erst in der nachträglichen Reflexion zugänglich. Frau X. brach ihr Studium aufgrund des frühen Krebstodes der Mutter, die während ihrer Abiturprüfung nach jahrelanger Krankheit starb, ab. Unbewusst steht der Studienabbruch wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Krebstod der Mutter, der in die Zeit der Abiturprüfungen fällt. Eine Entwicklung im eigenen Recht schien für sie nicht möglich. Nun konnte sie sich im eigenen Recht nur einen Studententarif gestatten. Die Wut darüber, dass das Schicksal der Mutter sie an der eigenen Entwicklung gehindert hatte, wurde nun im Therapieabbruch agiert.

Die Ziele des Patienten

Die Dauer der Gruppenpsychotherapie hängt auch von den Erwartungen und Zielvorstellungen des Patienten ab. Ein Patient möchte mit der Gruppe aufhören, wenn seine Erwartungen an die Therapie erfüllt sind, ein anderer, weil er von der Therapie enttäuscht ist, wieder ein anderer wird die Auseinandersetzung mit der enttäuschenden Therapie zum Anlass nehmen, seine ursprünglichen Erwartungen zu revidieren, um mit neuen Zielvorstellungen weiterzumachen. Der psychoanalytisch arbeitende Therapeut muss sich für die bewussten und unbewussten Zielvorstellungen des Patienten interessieren (vgl. KÖNIG und LINDNER 1991). Im günstigsten Falle kommen diese in den Vorgesprächen zur Sprache. Später werden sie Gegenstand in der Therapie, sie werden allerdings über weite Strecken nicht direkt, sondern indirekt thematisiert. Im therapeutischen Prozess der Gruppe, der analog zur Übertragungsanalyse in der Einzeltherapie aufgefasst werden kann, geschieht es auch, dass unbewusste Erwartungen der Gruppenmitglieder an sich selbst und an das Ergebnis der Therapie, die mit den individuellen Konflikten verbunden sind, mit den anderen Teilnehmern in Szene gesetzt und durchgearbeitet werden können (vgl. KÖNIG und LINDNER 1991).

Frau R. ging Frau B. immer wieder an, sie würde keine Entwicklung machen, sie käme gar nicht vorwärts usw. (Beide begannen zum selben Zeitpunkt die Gruppentherapie.) Wir Leiterinnen betonten, dass jedes Gruppenmitglied seinen eigenen inneren Prozess mache und sein individuelles Tempo habe. Frau R. hörte aber nicht auf, Frau B. zu konfrontieren, zum Teil sehr entwertend. Es dauerte einige Zeit, bis wir verstanden, dass Frau R. Schuldgefühle hatte, dass sie sich sehr gut weiterentwickelte und für sich wichtige Schritte machte und Frau B. nicht mitzog. Es galt hier, Frau B. in ihren eigenen subjektiven Zielen zu unterstützen und von den überzogenen Zielen anderer (Frau R.) abzugrenzen.

Gruppentherapiepatienten sind sich meist deutlicher als Patienten in einer Langzeiteinzeltherapie bewusst, dass die Therapie keine lebenslängliche Versorgungseinheit darstellt, sondern einen Prozess mit Anfang, Mitte und Ende.

Wir nahmen in unsere Gruppe ein männliches Gruppenmitglied, Mitte 50, mit einer seit Jahren bestehenden psychotischen Erkrankung auf, nachdem seine bisherige Gruppenpsychotherapie, in der er viele Jahre war, aufgrund der schweren Erkrankung der Therapeutin aufgelöst wurde. In den Vorgesprächen ging es wiederholt darum, mit dem Patienten klare Therapieziele zu formulieren. Wir konnten uns auf folgende Ziele einigen: Aufbau eines sozialen Netzes, Stabilität in seiner Arbeitssituation auf dem zweiten Arbeitsmarkt zu gewinnen und die Teilnahme an einem Chor.

Die Ziele des Therapeuten

Grundsätzlich erscheint es erstrebenswert, auch die subjektiven Therapieziele des Patienten ernst zu nehmen. Wichtig erscheint mir hierbei, dass sich Patient und Therapeut auf gemeinsame Therapieziele einigen können, welche im therapeutischen Prozess immer wieder überprüft werden sollten. Als wichtigste Therapieziele hat FREUD die Arbeits- und Liebesfähigkeit des Patienten genannt.

Das Therapieende in halboffenen Gruppen

Die halboffene Gruppe ist gekennzeichnet dadurch, dass nach dem Ausscheiden eines Mitglieds neue aufgenommen werden. (Eine von der Kasse

finanzierte Gruppentherapie darf nicht mehr als maximal neun Teilnehmer haben.) Der Wechsel sollte nicht zu häufig erfolgen, weil eine „typische Bahnhofsatmosphäre“ (vgl. KÖNIG und LINDNER 1991) kein günstiges Klima für eine analytische Arbeit wäre. Dieses Ausscheiden und Neudazukommen ermöglicht es den Gruppenmitgliedern, wichtige tiefgehende Erfahrungen zu machen, die so nur in halboffenen Gruppen gemacht werden können. In einer fremden Gruppe Neuling zu sein ist z. B. eine solche Erfahrung. Die Teilnehmer werden häufiger mit Themen wie „Jeder Mensch braucht seine individuelle Entwicklungszeit“, „Geburt“, „Verlassen des Elternhauses“, „Sich aktiv trennen“, „Ersatz“, „Verlust“, „Fremdenhass“ und „Tod“ konfrontiert. Diese Konfrontation und damit die Erfahrung, dass, wenn ein Gruppenmitglied die Gruppe verlässt, die Therapiesitzungen auch über sein Ausscheiden hinweg weiterhin stattfinden, die Gruppe also weiter existiert, kann nur in diesem therapeutischen Setting gemacht werden. Dieses Faktum wird als Auslöser wirksam werden und bisher unbewusste Konflikte der Bearbeitung zuführen, z. B. der Neid auf diejenigen, die daheim sicher und geborgen ohne eigenes Risiko und ohne eigene Arbeit genährt werden (vgl. KÖNIG und LINDNER 1991).

Manche Menschen möchten das Ende einer Gruppenpsychotherapie vorwegnehmen, indem sie die Dauer ihrer Teilnahme an der Gruppe im Voraus festlegen. Der Leiter wird dies in der Regel erstmal akzeptieren, da er weiß, dass sie wahrscheinlich außer Kraft gesetzt wird, sobald die Angst vor der Gruppentherapie überwunden ist. Im weiteren Verlauf der Therapie veranlasst oft die Angst, verlassen zu werden, Gruppenmitglieder, die Kontrolle über den Prozess der Beendigung behalten zu wollen: verlassen, bevor man verlassen wird. Ist ein Mensch in dieser Hinsicht verletzlich, so mag er beim Gedanken an das Ende in Panik geraten und eine vorzeitige Beendigung inszenieren, wobei ein Streit ein typisches Vorspiel für einen Abbruch ist (vgl. BEHR und HEARST 2009; vgl. die Fallvignette von Frau X.).

Ein weiteres Beispiel für den Wunsch, die Kontrolle über die Beendigung behalten zu wollen, also verlassen, bevor man verlassen wird, ist das Ankündigen, die Gruppen nach längeren Ferienpausen oder nach der Abwesenheit des Leiters verlassen zu wollen. Laut BEHR und HEARST (2009, S. 147) sollten Gruppenzeitpläne sorgfältig geplante Ferienpausen enthalten. Diese bieten Gelegenheiten, Trennung zu erfahren, z. B. als Vorwegnahme des Prozesses, die Gruppe zu verlassen. Die aus der Trennungswut entstehenden enttäuschten, ohnmächtigen Reaktionen, die eine vorgegebene

Abwesenheit begleiten, können und sollten analysiert werden. Eine Anwesenheitsliste der Gruppenmitglieder kann als wichtiges diagnostisches Instrument dienen, um in dieser Hinsicht besonders empfindliche Patienten zu identifizieren, denn ein gehäuftes Fernbleiben von Gruppenmitgliedern vor Ferienpausen sollte ebenso analysiert werden. Der Gruppenleiter hat mit „fröhlicher Verleugnung“ (vgl. BEHR und HEARST 2009) auf Seiten der Gruppe zu rechnen, wenn eine Pause bevorsteht, oder aber mit ärgerlichen Vorwürfen, wenn Ferien angekündigt werden. Oftmals werden in der letzten Sitzung vor den Ferien beunruhigende Probleme, wiederkehrende Symptome oder düstere Voraussagungen in der Gruppe präsentiert (vgl. BEHR und HEARST 2009). Diese Phänomene sollten als Denkmittel für den Leiter verstanden werden, er möge auch in den Ferien an die einzelnen Patienten denken. Für Gruppentherapeuten, die am Beginn ihrer Ausbildung stehen, kann dieses Wissen wichtig sein. Eine Möglichkeit für den Gruppenleiter, aktiv mit diesem Phänomen umzugehen, ist es, vor den Ferien nach Unbehagen oder Wut angesichts der bevorstehenden Therapiepause zu fragen und damit möglichst schon in der vorletzten Sitzung vor den Ferien zu beginnen.

Der Trennungsprozess eines Gruppenmitglieds ist auch abhängig von der Bedeutsamkeit, das es für die anderen Gruppenmitglieder hatte. Solche, die Energie und Lebendigkeit in die Gruppe gebracht haben, können mit ihrer Entscheidung, zu gehen, leicht auf Widerstand stoßen. Um das wiedergutzumachen, kann es vorkommen, dass die Gruppe ihnen dann einen großzügigen und dankbaren Abschied bereitet, wenn es soweit ist.

Einen eher förmlichen Abschied werden diejenigen Gruppenmitglieder bekommen, die in der Gruppe eher zurückhaltend und isoliert waren. Für einige Patienten ist die Emotionalität des Abschieds nicht auszuhalten, und sie ziehen es vor, starke Gefühle durch vorzeitiges Verlassen der Gruppe zu vermeiden (vgl. BEHR und HEARST 2009; s. u. Fallvignette Herr L.).

Beendigungswünsche einzelner Gruppenmitglieder sollten in der Gruppe und nicht in Einzelgesprächen bearbeitet werden, da Letzteres eine Kupierung der Dynamik in der Gruppe bewirken würde (vgl. KÖNIG und LINDNER 1991). Hier sind sowohl Widerstände bei demjenigen, der gehen möchte, zu berücksichtigen, als auch die Möglichkeiten von Widerständen bei den sogenannten „Hinterbliebenen“ gegen das Weggehen des einen. KÖNIG und LINDNER (1991, S. 188) postulieren, dass auch in halboffenen Gruppen in der Regel an einem einmal gefundenen Termin festgehalten werden sollte.

Fallvignetten Herr L. und Herr T.: *Trennung ist kein Ein-Mann-Stück*

Herr L. ist seit 17 Monaten in der Gruppentherapie. Er hat parallel eine zweimal wöchentlich stattfindende Einzeltherapie und will Anfang des neuen Jahres ein BWL-Studium neben seiner beruflichen Tätigkeit beginnen. Er beginnt die erste Sitzung nach den Sommerferien damit, der Gruppe mitzuteilen, er werde bis zum Jahresende die Gruppentherapie beenden, spätestens jedoch zu seinem Geburtstag im Februar (der auch genau auf einen Mittwoch fällt, an dem die Gruppe tagt). Ihm werde das sonst zuviel, viermal die Woche Therapie, er wolle auch wieder anderen Interessen, wie z. B. dem Fußballspielen, nachgehen können. Einige aus der Gruppe – auch wir Leiterinnen – sind berührt davon, dass er in Betracht zieht, seinen Gruppenabschluss auf seinen Geburtstag zu legen.

Auch bei zwei weiteren Gruppenteilnehmern geht es um den Abschied: bei Herrn T., bei dem das Kassenkontingent Ende November ausläuft, und bei Frau R., die ursprünglich schon zu den Sommerferien die Gruppe beenden wollte.

Herr T., ein großer Mann Mitte 40, Einzelkind, ist aufgewachsen in einer engen Symbiose mit der Mutter, die seit Jahren nach einem Schlaganfall in einem Pflegeheim lebte. Kurz nach den Sommerferien starb die Mutter. Der Patient, der immer wieder thematisierte, er fürchte, er könne ohne die Mutter nicht existieren, blühte nach deren Tod auf. Vier Wochen vor den Weihnachtsferien konnte er sich sehr differenziert von den einzelnen Mitgliedern der Gruppe verabschieden. In seiner vorletzten Sitzung erzählte er, er habe geträumt, wie er sich von den Einzelnen verabschiedet, was er zu jedem sagt. So entwickelte sich ein Dialog mit allen Mitgliedern, der bewegend war. Einige aus der Gruppe rieten ihm aber sehr, doch noch zu bleiben, zumindest solange, bis er die Anmeldung bei der Schule für seine beabsichtigte berufliche Neuorientierung vorgenommen habe. Er ließ es offen, meinte, er wolle nochmals darüber nachdenken. In die nächste Sitzung kam er mit zwei Kuchen und verabschiedete sich mit sehr individuellen Geschenken für jedes Gruppenmitglied, auch für uns Leiterinnen. An jedem Geschenk hing ein Brief von ihm (den er nicht unterschrieben hatte). Jeder machte nun sein Geschenk auf und las laut das für ihn Geschriebene vor. Es entstand eine sehr dichte Atmosphäre. Am Ende der Sitzung forderte ich Herrn T. auf, doch bitte alle Briefe noch zu unterschreiben, was dieser auch tat.

Die darauffolgende Sitzung begann erst einmal mit nur drei Teilnehmern. Bei zweien war klar, dass sie sich verspäten würden, eine kam zwei Minuten zu spät und von einer Dritten wusste man nichts. Ich hatte die Gruppenleitung allein, da meine Kollegin aus gesundheitlichen Gründen nicht da sein konnte. Frau R. sagte dann mehr so nebenbei, sie habe die Diagnose „Exanthem sine materia“ von ihrem Hautarzt erhalten. Dies solle sie ihrer Therapeutin mitteilen, das sei was Psychisches. Sie habe es vor fünf Jahren schon mal gehabt. Sie habe rote juckende Pusteln schon seit einigen Monaten. Frau L. sprach Frau M. an, wie denn der Abschied aus ihrer WG verlaufen sei. Frau M. meinte, aufgrund der letzten Gruppensitzung gut. Sie sei auch der Gruppe sehr dankbar für die Unterstützung, weil sie dadurch in der Lage gewesen sei, sich mit ihren zwei ehemaligen Mitbewohnerinnen zusammenzusetzen und sich zu verabschieden. „Ich habe jetzt auch nicht mehr so einen Hass auf die zwei“, sagte sie. Herr L. wurde von Frau L. angesprochen, wann er denn jetzt gehe. Er erwiderte, am 19. Dezember. Herr S. entgegnete, das ginge doch nicht, er würde dann die Gruppenmitglieder darum bringen, sich mit dem Weihnachtsthema und dem Jahresabschluss auseinandersetzen zu können. Frau L. warf ein, sie habe das Gefühl: „Wir sind dir ja eh egal“. Frau R.: „Ich habe ja auch gedacht, ich mach das ganz alleine, aber so geht's halt nicht.“ Ich sagte daraufhin, sie reagiere lieber mit Pusteln und halte sich hier sehr zurück. Herr L. meinte, für ihn ginge das gar nicht, dass über ihn bestimmt werde. Er müsse da rebellieren, wie gegen seine Mutter. Ich sage zu ihm: „Trennung ist kein Ein-Mann-Stück“ und: „Wenn sie davon nur einen Hauch mitnehmen, dann ist das schon viel.“ Frau L. sprach die Sitzung nach den Sommerferien an, an der einige gerührt von der Absicht waren, Herr L. wolle seine Gruppentherapie an seinem Geburtstag beenden. Sie bezeichnete ihn als Heuchler. Herr L. wirkte betroffen und meinte, er wolle sich das noch mal durch den Kopf gehen lassen. Herr L. verabschiedete sich nicht in der letzten Sitzung vor den Ferien. So war die ganze Gruppe doch sehr irritiert, als er in der ersten Sitzung nach den Weihnachtsferien nicht erschien. Er rief dann einen Tag später bei einer der Gruppenleiterinnen an und teilte mit, er könne nicht mehr in die Gruppe kommen, seine Freundin sei zusammengebrochen mit „Burnout“ und er müsse nun für sie und den dreijährigen Sohn da sein.

Gegenübertragungsphänomene bei Beendigung der (Gruppen-)Psychotherapie

Ich möchte hier einige, immer wieder vorkommende, unbewusst determinierte Gegenübertragungsprobleme anführen. Laut Ticho (1971) können bei Analytikern, die über den Ausgang ihrer eigenen Analyse enttäuscht sind, diese mehr oder weniger bewusste Unzufriedenheit dazu führen, mit dem Patienten vollkommene Resultate erzielen zu wollen. KÖNIG UND LINDNER (1991, S. 185) führen bestimmte Gegenübertragungsphänomene in Abhängigkeit von der Persönlichkeitsstruktur des Therapeuten auf. So können die perfektionistischen Ansprüche zwanghaft strukturierter Therapeuten dazu führen, die Patienten – länger als für sie sinnvoll ist – in der Gruppe zu halten. Mit dieser Tendenz geht oft das mangelnde Vertrauen in die Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten einher, wenn diese nach Beendigung der Therapie ohne die Kontrolle des Therapeuten ihr Leben gestalten und weiter an sich arbeiten sollen. Diese Befürchtungen teilen zwanghafte Therapeuten mit den phobisch strukturierten, wobei die zwanghaften eher befürchten, die Patienten könnten Chaos verursachen, die phobischen eher Angst haben, die Patienten selbst könnten zu Schaden kommen.

Umgekehrt können hysterisch strukturierte Therapeuten, die sich rasche Erfolge wünschen, Gefahr laufen zu übersehen, dass der Patient vielleicht noch nicht reif genug ist, allein zurechtzukommen. Sie blenden die Defizite des Patienten aus, weil sie die Illusion des raschen Erfolgs nicht verlieren möchten.

Schizoid strukturierte Therapeuten müssen darauf achten, die Auswirkungen dessen, was sich in der Tiefe des Patienten getan haben mag, auf seinen realen Umgang mit der Bewältigung von alltäglichen Aufgaben nicht zu überschätzen; sie unterschätzen die Durcharbeitung en detail.

Depressiv strukturierte Therapeuten neigen dazu, ihre Patienten aus Angst vor Objektverlust festzuhalten. Gleiches gilt für narzistische Therapeuten, wobei das „Nicht-gehen-lassen-wollen eines Gruppenmitglieds“ dann nicht in der Angst vor Objektverlust begründet ist, sondern als Verlust eines Stücks des eigenen Selbst, wenn die Patienten eine Selbstobjektfunktion übernommen haben.

Unabhängig von der Persönlichkeitsstruktur können Therapeuten auf die Gruppe als Ganzes ein Mutterobjekt übertragen und verhalten sich dann der Gruppe gegenüber wie dem entsprechenden Mutterobjekt. Ein

solches Objekt kann als versorgend und nahrungsgebend, als bergend und schützend, als kontrollierend oder steuernd, als bewundernd oder erregend erlebt werden. Therapeuten können die Gruppe oder einzelne Gruppenmitglieder auch wie ein Kind erleben, dass sich anschickt, sie zu verlassen (vgl. KÖNIG UND LINDNER 1991).

Fallvignette Frau J.

Frau J., zu Gruppenbeginn 30 Jahre alt, kam in die Gruppe nach einem stationären Aufenthalt, der damals nötig wurde, weil sich ein Arbeitskollege suizidiert hatte und sie darauf mit massiven Angstzuständen und Somatisierung reagiert hatte, mit dem Ziel, sie wolle endlich leben, sie habe das Gefühl, die letzten zehn Jahre nur fremdbestimmt verbracht zu haben. Sie arbeitet als Sozialversicherungsfachangestellte bei einer Krankenkasse und lebt seit 16 Jahren in einer eher unbefriedigenden Beziehung mit einem Justizvollzugsbeamten. Die Patientin stammt aus einem kleinen fränkischen Dorf und galt in der Familie als die Kleine, die Beschützenswerte, im Gegensatz zur zwei Jahre jüngeren Schwester, die dem Vater gleich Lehramt studierte. Anfangs konnte sie ihre Wut kaum äußern, sie war diejenige, die in der Gruppe oft Eifersucht erlebte und ausdrückte. Nach einem ereignisreichen Urlaub kam die Patientin verändert zurück. Sie habe sich in eine Frau verliebt und wolle nun endlich raus aus der Krankenkasse. Sie setzte sich in der Gruppe mit ihrem Wunsch, das Abitur machen zu wollen, auseinander und konnte auf dem zweiten Bildungsweg in 2 1/2 Jahren die fachgebundene Hochschulreife erwerben. Die Gruppe unterstützte Frau J. immer wieder sehr im Aushalten ihrer massiven Identitätsängste und Lebensverbote. Als die Patientin dann kurz vor den Sommerferien ankündigte, sie habe sich nun für einen Studiengang entschieden, der nur in einer weiter entfernten Kleinstadt angeboten werde, stand der Abschied aus der Gruppe für Mitte Oktober fest. In der Gegenübertragung fühlte ich mich wie eine stolze Mutter, die ihre nun flügge gewordene Tochter aus dem Haus gehen lassen muss. Die Patientin sagte in ihrer Abschluss-Sitzung, sie habe uns Leiterinnen wie gute Eltern erlebt, die sie auf ihrem Entwicklungsweg begleitet haben.

Weiterhin ist die Reaktion eines Therapeuten auf die Trennung von einer Gruppe oder von einzelnen Gruppenmitgliedern davon abhängig, wie seine aktuellen Objektbeziehungen sind. Therapeuten mit einer eigenen

Familie werden andere Objektbeziehungswünsche haben als solche, deren Wünsche diesbezüglich bisher noch unerfüllt geblieben sind. „Wichtig ist schließlich noch, ob der Platz, den eine Gruppe oder einzelne Gruppenmitglieder im Objektbeziehungsfeld des Therapeuten freilassen werden, bald wieder besetzt werden kann oder nicht. Das kann gegen Ende der Berufstätigkeit eines Therapeuten eine wichtige Rolle spielen.“ (KÖNIG UND LINDNER 1991, S. 186)

Handling of the termination of a group psychotherapy Case studies from a semi-open ambulant therapeutic group (Summary)

Separation from group therapy is associated with existential borderline experiences. For the remaining group members, the departure of a participant causes them to deal with topics of separation, death, time passing quickly and the limitations of our own lives. „So the completion of therapy is more than just an external event in the group. It is the microscopic illustration of some of the most crucial and painful problems in life.“ (YALOM 2010, p. 428).

AMMON writes: „The separation from the therapeutic group includes continually creating new identity processes for yourself“. Group psychotherapy is deemed successful if the aggressive-destructive discussion takes place with the therapists and the group and has succeeded. Only via this discussion can the group as a whole be integrated by patients, in the sense of structural growth. The aspects of other group members, which the patient can identify with, are then also internalised and can be taken away. After successful separation, the patient has an internalised group within him, which can be available to him in a constructive way.

AMMON also emphasises the important aspect of the limited duration of group psychotherapy, which the therapist should continue to discuss with the group, in a friendly and empathetic manner.

Below, the article goes into the crucial factors for separation from group psychotherapy: the framework conditions, the goals of the patient and the goals of the group therapist.

In an outpatient setting, group psychotherapy takes one to three years as a rule. In the case of the health insurance allocation expiring, there are

two options open to group patients: to end therapy or stay in the group as a self payer.

From Ms L, a depressive, dependently structured 37-year-old woman who works as a nurse, has never had a relationship, and has a very ambivalent relationship with her mother – who she sees as domineering – has little access to her emotions, but became a self-determined group member through the self-payment mode. In the first almost two years, she became acclimatised, was quiet, only spoke when she was spoken to, and now she has determined that she wants something in return for her money, in the form of development in the group.

Ms X, an overweight woman without any connection to her physicality and sexuality, has developed into a fashionably dressed psychology student over the course of 150 sessions. Before the health insurance allocation ran out, Ms X decided to finance the therapy herself, but insisted on a student rate, which she was not granted due to her financial situation after an inheritance. Then she broke off all therapy contacts. The symbolism of the student rate and its unconscious significance for the patient only became clear on subsequent reflection. Ms X broke off her degree due to the premature death of her mother from cancer, who died during the patient's A-level examinations after years of illness. A development in her own right did not seem possible for her. Now she could only allow herself a student rate in her own right. The anger that her mother's fate prevented her development in her own right was then acted out by breaking off the therapy.

Ms R continued to confront Ms B, sometimes in a very devaluating way, because she was not making any progress, she was not moving forward, etc. Corresponding interventions by the management did not change anything. It took some time to understand that Ms R had feelings of guilt over the fact that she was able to further develop very well, and take steps that were very important to her, while Ms B remained behind. Here it was necessary to support Ms B in her own subjective goals and for her to distance herself from the overrunning goals of others (Ms R).

Ultimately, we should strive to take the subjective therapy goals of the patients seriously. Hereby, it appears to be important that the patient and therapist can agree on a common therapy goal, which should continued to be checked throughout the process of therapy.

Often, group members want to retain control of the process of ending – out of a fear of being left – they want to leave before they can be left.

If someone is sensitive in this regard, then they may panic when thinking of the end, and stage a premature ending, whereby a dispute is a typical prelude to a departure.

Mr L, in group therapy for 17 months, at the same time as individual therapy which takes place twice a week, wants to start a business management degree alongside his job, and plans to end group therapy by the end of the year, and by his birthday at the latest, to free up his time. The group is touched by the idea of completion of group therapy on his birthday. Later, when asked, he said that he wanted to stop before the Christmas holidays after all. The group rejected this vehemently, as this would make it harder for everyone else to break up for the Christmas break. The patient vehemently forbade the group from interfering in his decisions. He actually did not complete his therapy at the end of the year, but also did not come back to the group after the Christmas break. He informed us by telephone that he had left the group. He had to look after his son as his partner was ill.

Mr T, whose health insurance allocation expired at the end of November, mid 40s, only child, grew up in a close symbiosis with his mother, who lived in a care home for years after a stroke, and had died after the summer holidays. The patient, who continually said that he feared he could not exist without his mother, flourished after her death. Four weeks before the Christmas holidays, he was able to say goodbye to the individual members of the group very differently. In his session before the last, he explained that he had dreamed of how he would say goodbye to the individuals, what he wanted to say to each of them. Then he put this into practice, by giving each group member a personal letter with a gift in his final session.

Ms J, came into the group at the age of 30, after a traumatic experience, with the aim of having her own life, not determined by others. She worked at a health insurance company, and had been in a rather unsatisfying relationship for 16 years. After a holiday the patient came back with the desire to leave her position, and redo her A-levels, which she succeeded in doing in 2 ½ years with the help of the group. The patient then decided to do a degree where a change of location was required, and so the departure from the group was fixed. In the countertransference the therapist felt like a proud mother, who had to let her now fully-fledged daughter leave the nest. In her final session, the patient said that she saw the therapists as good parents, who accompanied her along her development path.

Literatur

- Ammon, G. (Hrsg.) (1979): Handbuch der dynamischen Psychiatrie I, München: Ernst Reinhard Verlag
- Behr, H.; Hearst, L. (2009) : Gruppenanalytische Psychotherapie – Menschen begegnen sich, Frankfurt am Main: Verlag Dietmar Klotz
- König, K.; Lindner, W.-V. (1991): Psychoanalytische Gruppentherapie, Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht
- Ticho, E. A. (1971): Probleme des Abschlusses der psychoanalytischen Therapie.
Psyche – Z Psychoanal., 25:44-56
- Yalom, I. D. (2010): Theorie und Praxis der Gruppentherapie, Stuttgart: Klett Cotta

Danksagung: Mein besonderer Dank geht an Dipl. Psych. Malgorzata Borusiak, mit der zusammen ich die Therapiegruppe leite, für die Unterstützung bei der Auswahl der Fallvignetten.

Kontakt: Dipl. Psych. Monika Birk, Psychologische Psychotherapeutin, Gruppenpsychotherapie (DGG), Psychoanalyse, Tanztherapie (DAP) • info@monika-birk.de



Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)
Deutsche Gesellschaft für Gruppendynamik
und Gruppenpsychotherapie (DGG)

141. Klausurtagung

20.08.–30.08.2016 | Paestum (Südtalien)

Liebe in verschiedenen Dimensionen

Begegnung, Entwicklungsmöglichkeiten
und Gruppendynamik

Leitung

Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Maria Ammon
Dipl.-Psych. Ruth Lautenschläger
Prof. Dr. Volker Tschuschke



Lehr- und Forschungsinstitut Berlin

Kantstraße 120/121 | 10625 Berlin | Tel. 030.3 13 26 98 | Fax 030.3 13 69 59
dapberlin@t-online.de | www.dapberlin.de

XXXI International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V.

18th WORLD CONGRESS
of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)



CREATIVE PROCESSES IN PSYCHOTHERAPY AND PSYCHIATRY

2017



Florence, Italy - April 19th to 22nd, 2017

Announcement

WORLD ASSOCIATION FOR DYNAMIC PSYCHIATRY (WADP)

President
Prof. Dr. Nikolaj Neznanov (St. Petersburg, Russia)
Bekhterev Institute

Secretary
Prof. Dr. Maria Ammon (Berlin/Munich, Germany)
DAPBerlin@t-online.de

SCIENTIFIC CHAIRS

Prof. Dr. Nikolaj Neznanov (St. Petersburg, Russia)
Prof. Dr. Maria Ammon (Berlin/Munich, Germany)
Prof. Dr. Ilse Burbiel (Munich, Germany)

PSYCHIATRIC PROGRAMME COMMITTEE

Prof. Dr. Nikolaj Neznanov (St. Petersburg, Russia)
Prof. Shomuel Tyano (Tel Aviv, Israel)

ORGANIZING CHAIRS

Dr. Ezio Benelli (Florence, Italy)
Erich Fromm School of Psychotherapy

Dr. Irene Battaglini (Florence, Italy)
International Foundation Erich Fromm

For more information please, contact either DAPBerlin@t-online.de or the
Organizing Secretariat secretariatwadp2017@netcongresseducation.com

- I would like to receive more information by e-mail
- I want to participate as a lecturer/participant

Family name
 First name
 Title
 Address
 City
 Postal code
 Telephone
 E-mail
 Institution

ORGANIZING SECRETARIAT

net Net Congress & Education
Ph. +39 02 87387251
secretariatwadp2017@netcongresseducation.com

www.WADP2017.org