

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Marthe Burger-Piaget

Änderungen in der psychoanalytischen Technik

Gottfried R. Bloch und Noretta Haas Bloch

Psychotherapeutische Interventionen bei posttraumatischen
Reaktionen

Matthias Hirsch

Die Technik der Konfrontation in der Gruppen- und
Einzelanalyse

Béla Buda

Strategie und Taktik in der Gruppenpsychotherapie

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP),
der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) und der
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)
7. Jhg., 5. Heft 1974, Nr. 28

Herausgegeben von Günter Ammon
unter Mitarbeit von

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

	Seite
<i>Marthe Burger-Piaget</i> (Genf)	273
Änderungen in der psychoanalytischen Technik	
Variations de technique dans les psychanalyses	275
Changes of Psychoanalytic Technique	276
<i>Gottfried R. Bloch</i> und <i>Noretta Haas Bloch</i> (Los Angeles)	277
Psychotherapeutische Interventionen bei post-traumatischen Reaktionen	
Psychotherapeutic Interventions in Post-Traumatic Reaction	289
<i>Mathias Hirsch</i> (Berlin)	291
Die Technik der Konfrontation in der Gruppen- und Einzelanalyse	
The Technique of Confrontation in Group and Individual Analysis	298
<i>Béla Buda</i> (Budapest)	301
Strategie und Taktik in der Gruppenpsychotherapie	
Strategy and Tactics in Group Psychotherapy	321
Nachrichten	325

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

This publication is included in the abstracting and indexing coverage of the *Bio-Sciences Information Service of Biological Abstracts*

Änderungen in der psychoanalytischen Technik**

Marthe Burger-Piaget*

Die Autorin berichtet aus ihren langjährigen Erfahrungen über Situationen im psychoanalytischen Prozeß, die eine Änderung der Technik erforderten. Sie beschreibt Anlässe, in denen ein Heraustreten aus der Distanz des Psychoanalytikers, bzw. Zurücknehmen seiner selbst, notwendig wurden, um das therapeutische Bündnis zu stärken. Insbesondere ist eine unorthodoxe Handhabung der klassischen Technik bei suizidgefährdeten Patienten indiziert.

Als ich vor langer Zeit meine erste Analyse unter Kontrolle begann, sagte mir mein Kontrollanalytiker: „Ich möchte, daß Sie während der ersten zehn Sitzungen kein Wort an die Patientin richten, damit Sie ihr Verhalten klarer erkennen können. Sagen Sie das der Patientin aber zuvor.“ Ich stellte mich darauf ein, mich strikt an diese Anweisung zu halten. Meine Patientin ertrug mein Schweigen während der ersten Sitzung, auch noch während der zweiten und der dritten, in der vierten Sitzung erlebte ich sie aber so ratlos und angstvoll, daß ich entgegen dem Rat meines Kontrollanalytikers einige einfache Worte an sie richtete: Sie frage sich, ob sie die Frustration ertragen könne, keine Reaktion auf das, was sie mir sage, zu erhalten; sie frage sich, ob sie gegenüber einer Frau, die sich so wenig zeige, ein Gefühl der Verbundenheit entwickeln könne und ob die Analyse ihr das geben werde, was sie sich davon versprochen habe. Diese Fragen genügten, um sie zu entlasten. Mein Kontrollanalytiker billigte mein Verhalten und in der Folgezeit habe ich durch seine Kontrolle sehr viel gelernt.

Zusätzlich zu meiner freudianischen Ausbildung hatte ich einige Jahre später Gelegenheit, an einem kleinianischen Kontrollseminar in Genf teilzunehmen. Wir waren eine sehr kleine interessierte Gruppe. Die Sitzung verlief folgendermaßen: Ein Teilnehmer sprach über die Anamnese und über seine ersten Eindrücke über einen Patienten. Dann diskutierten wir darüber. Der Berichterstatter hatte eine Sitzung ausgewählt, die seiner Meinung nach reichhaltiges Material enthielt. Für die Kontrollsitzung brachte er nahezu vollständige Notizen über diese Stunde mit. Er las sie vor bis zu dem Zeitpunkt, an dem er eine Interpretation gegeben hatte. Wir diskutierten dann zunächst, ob dieser Augenblick der günstigste für eine Interpretation gewesen war. Jeder einzelne von uns erklärte, wie er das vorliegende Material verstanden habe und was er selbst gesagt haben würde: Der Seminarleiter stellte daraufhin die höchst wichtige

* Psychoanalytikerin, Genf

** Vortrag gehalten auf dem VI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 9.—13. Juni 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

Frage: „Ja, aber mit welchen Worten hätten Sie das alles ausgedrückt?“ Man wartete nun geduldig, bis jeder reihum eine Antwort präzisiert hatte. Darauf berichtete der Analytiker, was er gesagt hatte, und schließlich brachte der Seminarleiter seine Formulierung verbunden mit reichlichen Kommentaren, die zugleich Aperçus beispielhafter Einfühlung und Genauigkeit waren. Im allgemeinen brauchten wir anderthalb Stunden, um über eine einzige Sitzung zu diskutieren. Die Konfrontation der so präzise formulierten Standpunkte war sehr fruchtbar. Wir waren auch in der glücklichen Lage, den einen oder anderen kleinianischen Analytiker aus London kennenzulernen, der bereit war, ein Wochenende lang mit uns von Zeit zu Zeit zu arbeiten. Ich habe gelernt, von der ersten Stunde an nur Übertragungsmanifestationen zu analysieren und alles übrige beiseite zu lassen. Auf diese Weise konzentriert sich das analytische Geschehen immer mehr auf das Sprechzimmer des Arztes und ermöglicht ein tieferes Eindringen.

Gewiß auch ich habe, wie wir alle, erst lernen müssen zu schweigen. Ich denke hier besonders an einen Borderline-Patienten mit starker analer Fixierung. Dieser Patient, der anfangs mir gegenüber eine sehr positive und warmherzige Übertragung entwickelt hatte, wurde ohne äußerlich erkennbaren Grund wütend und griff mich mit einer Flut von Beschimpfungen an, die wie eine Diarrhoe hervorquoll oder wie Lava aus einem Vulkan. Ich sei ein abscheuliches und stupides Wesen, ein wahres Dreckstück usw. Ich versuchte, ein oder zweimal Interpretationen zu geben, sah aber ein, daß sie völlig nutzlos waren und nur als Vorwand für erneute Zornesausbrüche dienten. So ließ ich einige Sitzungen ohne ein Wort meinerseits vorübergehen und erst als ich sah, daß der Patient etwas außer Atem geraten war und sich ein wenig schämte, sagte ich ihm nur, daß ich sehr gut verstehe, daß er eine so riesengroße Wut nicht habe zurückhalten können. Es wäre, als ob diese Wut ihn auffressen, zugrunde richten wollte und daß er sie loswerden mußte. Aber ein Teil von ihm sei traurig, weil er einen Menschen, den er liebe, auf diese Weise zerstöre.

Dagegen ist es selbstverständlich, daß man bei einem suizidalen Patienten viel spricht und ihm nahe ist. Wird bei einem suizidalen Patienten die Distanz aufrechterhalten, wird er mit Wahrscheinlichkeit seinen Selbstmord ausführen. Ich meine damit natürlich nicht die vorübergehenden Selbstmordphantasien, die der Patient in schlechten Augenblicken leicht ausspricht, sondern meine die Zeitabschnitte, in denen der Selbstmord auf den Patienten eine Faszination ausübt, die mit einer tiefen Regression verbunden ist, in der der Tod als einzig wünschenswerter Zustand und als einzig mögliche Lösung erscheint.

Selbstmordimpulse zeigen sich in den meisten Fällen auf zwei deutlich voneinander unterscheidbare Weisen. In dem einen Fall idealisiert der

Patient das Objekt vollkommen, zu dem die Beziehung aufrechtzuerhalten ihm zu schwierig ist, und träumt nur noch von dessen guten Aspekten, während die schlechten völlig geleugnet werden und nicht bewußt sind. So träumt er davon, sich dieses idealisierten Objektes zu bemächtigen, das er nur während seines fötalen Lebens wirklich besaß. In dieser Idealisierung vermengt sich für ihn der Zustand des Todes mit dem seligen Zustand vor der Geburt. Da er dieses Glück im Leben, das immer mit Frustrationen verbunden ist, nicht finden kann, erhofft er, es durch eine Verschmelzung im Tod wiederzufinden, der ihm dann als der einzig erstrebenswerte Zustand erscheint. Dies ist die Situation par excellence, in der der Analytiker sich von seinem Unbewußten leiten läßt, das ihn auffordert, dem Patienten vorsorglich mehr Zuwendung und weniger Versagung zu bieten. Damit ermöglicht er es dem Patienten, sich an ihn anzulehnen und seinen Traum aufzugeben und schließlich so weit zu kommen, daß er sich dem Leben mit seinen Frustrationen und Freuden stellen kann.

Im zweiten Fall lehnt sich der Patient gegen das Objekt auf und schließt seine guten Aspekte aus, die er nicht annehmen kann. Durch Introjektion kommt es zu einer Identifikation mit diesem bösen Objekt, das ihn verfolgt und jede Selbstwertschätzung verhindert. Da der Kranke nichts annehmen und nichts Gutes besitzen kann, greift er dieses böse innere Objekt an, um der Verfolgung ein Ende zu machen und um sich selbst zugleich zu treffen. Um dies zu verhindern, muß man dem Patienten zeigen, was ihn dazu treibt, muß ihm helfen, das wieder zu schätzen, was er zerstören will, so lange bis er die guten Aspekte seines Objektes wiederfinden kann.

Diese Situation habe ich mehrmals erlebt und mit Verwunderung festgestellt, daß der Wunsch, Selbstmord zu begehen, nach Überwindung des gefährlichen Zeitabschnittes nicht wiederkehrte. Es erstaunte mich auch, daß die Patienten es anschließend ausgezeichnet ertrugen, daß der Stil meiner Interpretationen und meine gesamte Haltung wieder so nüchtern wie zuvor wurden. Denn sie waren fähig geworden, auf das Drama in ihrem Leben zu verzichten und das Problem ihrer Ambivalenz zu lösen.

Variations de technique dans les psychanalyses

Marthe Burger-Piaget

Analyste de formation freudienne, connaissant aussi la technique kleinienne, l'auteur présente ses expériences, gagnées pendant de longues années, avec des malades qui, dans des circonstances précises, exigèrent un changement de technique dans leurs psychanalyses.

C'était d'un coté, le cas pour un patient borderline, auprès duquel il fut nécessaire de s'abstenir de toute interprétation pour un certain temps.

D'un autre coté, dans les psychanalyses des patients suicidaires, l'auteur le considère indispensable qu'on se passe de la distance entre malade et thérapeute indiquée normalement dans une psychanalyse orthodoxe. A ces patients il faut parler beaucoup, leur être proche, jusqu' à ce qu'ils puissent retrouver la bonne partie de leur objet et, par là, soient capables de résoudre leurs problèmes d'ambivalence.

Changes of Psychoanalytic Technique

Marthe Burger-Piaget

Based on her experiences as a *Freudian* analyst, who also got to know *Kleinian* technique, the author describes situations in analytic process which required a changed attitude of the analyst. At first she describes her experience when working with her first patient. Due to increasing anxieties of her patient she had to leave her silent attitude which had been advised to her by her control analyst, to support the establishing of a therapeutic alliance.

The opposite was the case with a borderline-patient with whom it became necessary to renounce for a while of all interpretations until the patient had expressed all his anger and fury.

In case of suicidal patients it is always indicated to leave the orthodox attitude and to talk intensively with the patient and to be with him. Either the suicidal patient aims at a reunification with the good object in the state of death, splitting-off its bad parts, or the patient having introjected the bad object, tries to destroy this object killing himself. In both cases it is necessary to help the patient to solve his problems of ambivalence in establishing a good object relation by his relation to his analyst.

Adresse der Autorin:
Mme. Marthe Burger-Piaget
16 av. Peschier
CH—1200 Genf

Psychotherapeutische Interventionen bei post-traumatischen Reaktionen ***

Gottfried R. Bloch*

Noretta Haas Bloch**

Die Autoren diskutieren an Hand von mehreren Fallbeispielen die besondere Problematik von post-traumatischen emotionalen Reaktionen in Hinblick auf die Anwendung bestimmter modifizierter therapeutischer Techniken in Verbindung mit der spezifischen Zielsetzung einer solchen Behandlung. Das Anliegen ihres therapeutischen Vorgehens besteht darin, die Entwicklung von schöpferischen Bewältigungsmechanismen (coping-mechanisms) anzuregen und den Patienten durch gezielte Maßnahmen (Adaptations-Training) zu unterstützen, die Realität der neuen Lebenssituation und die häufig damit verbundenen Einschränkungen und Veränderungen zu tolerieren und konstruktiv zu verarbeiten. Ausgehend von den Falldarstellungen wird besonders auch die Bedeutung der prä-traumatischen Entwicklung der Patienten problematisiert.

In der Behandlung von Patienten, deren Wohlbefinden durch unvorhergesehene Ereignisse, Verletzungen, Unfälle und andere Stresssituationen erschüttert wurde, ist der Therapeut oftmals gezwungen, konventionelle Behandlungsmethoden zu modifizieren.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit technischen Varianten der psychoanalytischen Psychotherapie, die durch jahrelange Beschäftigung mit der Behandlung von post-traumatischen emotionalen Reaktionen in Individual- und Gruppentherapie entwickelt wurden.

Die heterogene Zusammensetzung dieser Gruppe von Patienten, die ungewisse Behandlungsdauer und die Notwendigkeit, die Psychotherapie in das allgemeine Behandlungsprogramm einzugliedern, spielen eine wichtige Rolle in der Gestaltung des therapeutischen Vorgehens.

Das gemeinsame fokale Geschehen in den Krankengeschichten besteht in einem traumatischen Erlebnis oder einem traumatisierenden Stresszustand. Das Ziel der Behandlung ist, dem Patienten zu ermöglichen, drastische emotionelle und körperliche Verletzungen zu ertragen und die psychischen Folgen soweit wie möglich zu bewältigen (*coping*).

Die Aufdeckung von regressiven Abwehrmechanismen, von primärem und sekundärem Gewinn und vorher vorhandenen neurotischen Symptomen und Verhaltensweisen sowie die Herausarbeitung und Verstärkung

* Dr. med., Psychiater, Psychoanalytiker, Los Angeles

** Gruppenpsychotherapeutin, Los Angeles

*** Vortrag gehalten auf dem VI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 9.—13. Juni 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

progressiver Bewältigungsmechanismen bilden das Fundament dieses Behandlungsprozesses.

Dies wird erreicht durch die Auflösung von intrapsychischen und interpersonellen Konflikten sowie die Verarbeitung neurotischer Reaktionen auf das traumatische Erlebnis.

Die therapeutische Intervention beabsichtigt eine Korrektur des emotionalen Erlebnisses (traumatisches Erlebnis) sowie eine Bekräftigung realistischen Erkennens der Situation.

Die analytische Einstellung muß in diesem Behandlungsprozeß vielfach abgeändert und durch zusätzliche Techniken ergänzt werden, um der speziellen Aufgabe gerecht zu werden. So wird manchmal der therapeutischen Arbeitsgemeinschaft und der therapeutischen Unterstützung des Adaptationsprozesses, dem „Adaptations-Training“, eine größere Bedeutung als den Übertragungsmechanismen zugeschrieben.

Die Interpretation von Widerständen ist oft nicht so bedeutungsvoll wie die Konfrontation mit ablehnendem Verhalten. Der aussichtslose Versuch, durch Wiederholung des traumatischen Erlebnisses in Träumen und symbolischem Verhalten seine Bewältigung zu erzielen, muß zur Einsicht gebracht werden, um eine Besserung des Zustandes zu ermöglichen.

Abwehrmechanismen, wie Verneinung und Projektion, dienen der Verminderung von Angst und Schmerz. Bewältigungsmechanismen sind direkt auf die streßvolle Situation bezogen. Das Gleichgewicht zwischen den schmerzlindernden Abwehrmechanismen und den zielstrebigem Bewältigungsmechanismen ist durch das Bedürfnis nach Erhaltung von Selbstschätzung und Identitätsgefühl beeinflusst.

Bewältigungsmechanismen sind Leistungen der kognitiven, adaptiven und synthetischen Ich-Funktionen. Die Motivation der in diesem Bericht beschriebenen Patienten ist vielfältig und oft widersprüchlich.

Die erste Begegnung

Wenn ein Patient mit einer post-traumatischen seelischen Störung zum ersten Mal in die Sprechstunde kommt, kennt er oft den Grund für sein Kommen nicht. Gewöhnlich kommt er ohne wirkliche Motivierung. Er ist vom behandelnden Arzt zu uns überwiesen worden, nachdem dieser entweder die emotionelle Störung entdeckt hat oder auf die Widerstandshaltung des Patienten aufmerksam geworden ist. Möglicherweise war die Beziehung zwischen dem Arzt und seinem Patienten durch Mißtrauen gestört oder unterbrochen worden. Der Arzt mag gefunden haben, daß die subjektiven Klagen des Patienten nicht mit seinem objektiven Befund übereinstimmen. Der Patient dagegen mag diese Diskrepanz als Vorurteil gegenüber seiner Person und seiner Situation ausgelegt haben. So kommt er

häufig mit dem Gefühl, mißverstanden zu sein, und mit Entrüstung über das mangelnde ärztliche Verstehen für seine Beschwerden. Er selbst kann schwerlich zwischen körperlichem und seelischem Leiden unterscheiden.

Nachdem der Kranke durch die Beschreibung seiner Situation die ersten zaghaften Schritte in die neue therapeutische Beziehung gemacht hat, ist versuchsweise ein therapeutischer Kontakt hergestellt. Seine Reaktion auf diese neue Hilfsquelle ist gewöhnlich ein Verlangen nach Ratschlägen und nach Unterstützung. Der Patient drängt auf Befreiung von seinen Krankheitssymptomen, auf Wiederherstellung aller normalen Funktionen und auf Kompensation aller verlorenen körperlichen Fähigkeiten. Er ist in dieser ersten Phase der Beziehung nicht willens, seinerseits aktiv zur Herstellung eines therapeutischen Bündnisses beizutragen.

Erste Intervention und Zielsetzung

Nachdem wir den Patienten angehört haben, gehen wir daran, seine neurotischen Reaktionen auf die physischen und narzißtischen Traumata herauszufinden und ihn in eine tragfähige therapeutische Arbeitsgemeinschaft einzubeziehen. Wir sind bemüht, regressive Abwehrmechanismen aufzudecken und aufzulösen. Wir unterstützen angemessene Realitätsprüfung durch Interpretation und Eliminierung von Verleugnung oder Übertreibung des Zustandes (G. u. N. Bloch, 1972).

Diese therapeutische Technik hat das endgültige Ziel, schöpferische Bewältigungsmechanismen im Patienten anzuregen und ihre Entwicklung zu fördern, die ihn dann befähigen sollen, seiner neuen Lebenssituation gerecht zu werden, und zwar dadurch, daß er gewisse unabänderliche Beschränkungen und Schmerzen zu tolerieren lernt. Das angestrebte Resultat dieser therapeutischen Methode wäre dann der Wiederaufbau eines sinnvollen Lebens mit bestimmten, neuen Perspektiven und Zielen trotz der Folgen des Traumas und jenseits der post-traumatischen Situation.

Zur Veranschaulichung soll der Fall des Patienten Tom Y. dienen, der von einem orthopädischen Chirurgen zur psychiatrischen Konsultation zu uns überwiesen worden war. Der Chirurg hatte Tom nach einer Verletzung der Halswirbelsäule behandelt. Der fünfzigjährige Patient war ein gewissenhafter Fernlastfahrer mit ausgezeichneten Arbeitszeugnissen. Auf einer seiner langen Transporte hatte ihn sein Mitfahrer abgelöst, während er selber schlief. Er war plötzlich durch einen furchtbaren Aufprall des Lastwagens aufgeweckt worden. Diesem lebensgefährdenden Unfall, hervorgerufen durch den Sturz des Lastwagens, folgte das Erleben seiner schmerzhaften Nackenverletzung und sein erfolgloser Versuch, das Leben seines jungen Mitfahrers zu retten. All dies zusammen führte zu einer trau-

matischen Reaktion des Patienten. Tom's akute traumatische Neurose manifestierte sich hauptsächlich in seiner Depression mit Angstzuständen. Während der Anamnese verleugnete der Mann seine seelische Reaktion auf diese Traumata. Doch berichtete er von sich wiederholenden Alpträumen, in denen er die traumatische Situation immer wieder durchlebte. Er begann die Therapie mit recht schwacher Motivierung.

Während der ersten Behandlungsphase benutzten wir die Träume hauptsächlich zur Durcharbeitung des traumatischen Erlebnisses und der in der Traumsituation enthaltenen Mitteilung vorbewußter seelischer Konflikte des Träumenden.

Als Tom langsam seine Träume zu verstehen lernte, begann er, die Stärke des Traumas klarer zu erkennen, und er konnte den anfangs verleugneten Konflikt akzeptieren, der sich sowohl als Schuldgefühl des Überlebenden herausstellte, als auch als tiefer Zorn gegen den umgekommenen Mitfahrer. An diesem Punkt in der Therapie gestand der Patient, daß er längere therapeutische Hilfe brauche. Es wird noch eine Weile dauern, bis Tom den endgültigen Verlust seiner bisherigen Tätigkeit akzeptieren kann. Therapeutische Intervention wird ihn leiten müssen, bis er die Realität seiner neuen Lebenssituation und ihre gegebenen Grenzen klar sehen kann. Sein geschwächtes Selbstbewußtsein muß weitgehend wieder hergestellt werden.

Übertragung, Arbeitsgemeinschaft und Adaptations-Training

Im Gegensatz zur traditionellen Psychoanalyse konzentriert sich diese Behandlungsmethode auf bestimmte traumatische Ereignisse, die zu bestimmten psychopathologischen Reaktionen geführt haben. Um diese Behandlungsweise durchzuführen, ist eine „selektive Vernachlässigung“ (*Pumpian-Mindlin*, 1953) von anderem Material aus der Lebensgeschichte des Patienten notwendig.

Für die therapeutische Auswahl, die „selektive Aufmerksamkeit“, (*Balint et al.* 1971) ist die Mitarbeit und Teilnahme des Patienten am Arbeitsprozeß notwendig. Sorgsame Interpretation der anfänglichen Übertragungsphänomene bildet die Basis einer therapeutischen Arbeitsgemeinschaft (*Greenson*, 1967), die für jede therapeutische Beziehung entscheidend ist.

Einige Autoren haben auf die Wichtigkeit der Förderung des Adaptationsprozesses für die Arbeit mit diesen Patienten hingewiesen (*Rado*, 1969; *Langs*, 1973). Die Patienten sind ambivalent und widersetzen sich der Adaptation durch Verleugnen der Notwendigkeit einer Änderung. Der Therapeut muß diesen Konflikt aufdecken und muß den Patienten anleiten, eine neue Lebensweise und neue Ziele zu akzeptieren. Hilfe in

der Adaptationsarbeit soll aber nicht die Übertragungssituation auslösen, auch darf sie die bestehende Arbeitsgemeinschaft nicht gefährden.

Der Patient Ted F., der noch in Behandlung ist, hatte als Feuerwehrmann schwere Verbrennungen erlitten, als er bei der Löscharbeit plötzlich vom Feuer eingeschlossen wurde und sich von seinen Kameraden verlassen fand. Nach langer, komplizierter medizinischer Behandlung und plastischen Operationen wurde er uns zur psychiatrischen Behandlung überwiesen, da tiefgreifende Persönlichkeitsänderungen offensichtlich wurden.

Das erste Behandlungsjahr, in dem eine Kombination von individueller und Gruppentherapie durchgeführt wurde, brachte eine Milderung seiner Angstgefühle und der Bitterkeit gegen die Arbeitsverhältnisse, die er für seinen Unfall verantwortlich machte. In dem Augenblick aber, wo er sich der Frage einer Berufs-Rehabilitierung und der Entscheidung über eine mögliche Wiederaufnahme seines Berufes zuwenden mußte, zeigten sich bei ihm neue seelische Probleme. Mehrere Versuche einer Lösung in dieser Richtung schlugen fehl. Er war außerstande, sich von Zorn und Bitterkeit zu befreien und seine positive Beziehung zu seinem alten Arbeitsmilieu wiederzufinden. Er bekam hohen Blutdruck und Erregungszustände.

Seine Erregbarkeit führte zu ernsteren Konflikten und Szenen mit Frau und Kindern. Gemeinsame Therapiestunden wurden angesetzt, um diese Probleme zur Sprache zu bringen. Während dieser Zeit bedurfte es der Unterstützung durch die Therapeuten, um ihm in seiner Entscheidung über sein zukünftiges Arbeitsfeld behilflich zu sein. Um das Aufgeben der recht heroischen Rolle des Feuerwehrmannes zu kompensieren, benötigte der Patient andere narzißtische Befriedigungsquellen. Die Einsicht in die tiefere, unbewußte Bedeutung seiner Heldenrolle als Feuerwehrmann bereitete ihn allmählich darauf vor, sich den veränderten Lebensmöglichkeiten anzupassen.

Adaptations-Training kann in manchen Fällen zu einem Versuch der Ent-Traumatisierung der gegenwärtigen Arbeitssituation führen. Statt einer alloplastischen Intervention oder eines radikalen Wechsels der die Spannung verursachenden Umgebung werden autoplastische Adaptationsweisen das neue Ziel. Eine Änderung der inner-psychischen Konstellation kann den Hauptkonflikt mildern, trotz Beibehaltung des Arbeitsmilieus.

Der Patient Michael I. war in einer größeren Firma in eine gehobene Position aufgestiegen. Seine gewissenhafte und ehrgeizige Arbeitsweise wurde anerkannt, und dies gab ihm die narzißtische Befriedigung, die er brauchte. Etwa drei Jahre vor seiner ersten psychiatrischen Konsultation aber hatte sich seine berufliche Situation geändert. Seine wiederholten Anträge um weitere, höhere Positionen waren abgelehnt worden. Er hatte nicht genug Einsicht, die Gründe für diesen Stillstand in seiner Karriere

zu verstehen. Für eine verantwortlichere, leitende Position in der Firma wurden seine starren und zwanghaften Charakterzüge als störend angesehen.

Während dieser Phase der Enttäuschung bekam Herr I. sehr hohen Blutdruck, der sich auch bei intensiver ärztlicher Behandlung nicht gebessert hatte. Jedesmal aber, wenn sein Internist eine Arbeitsunterbrechung anordnete, besserte sich der Zustand, um sich wieder zu verschlimmern, sobald der Patient zu seiner Arbeit zurückkehrte. Der ihn behandelnde Arzt erkannte Herrn I.'s depressiven Zustand und überwies ihn zur psychiatrischen Behandlung.

Die Lebensgeschichte dieses Patienten zeigte, daß er in sehr schwierigen Verhältnissen aufgewachsen war. Er war von einer klagenden, unzufriedenen Mutter und einem schweigsamen, schwachen Vater erzogen worden. Als er schließlich dieses enge, begrenzte Milieu verließ, waren seine Ziele, ein weites Arbeitsfeld zu haben und ökonomische Fortschritte zu machen. Harte Arbeit und Gewissenhaftigkeit waren die ihm zur Verfügung stehenden Mittel, die von einem strengen, strafenden Über-Ich kontrolliert wurden. Als diese Mittel nicht länger halfen, seine Ziele zu erreichen, regredierte der Mann zu dem angstgetriebenen und verwirrten Zustand seiner Kindheit. Er war unfähig, seine enormen Aggressionen gegen die Vorgesetzten auszudrücken, und da er die realen Gründe, die seinen Fortschritt hinderten, nicht verstand, wandte er seine Zweifel und Wut gegen sich selbst.

Während des ersten Behandlungsjahres gewann er eine gewisse Einsicht in seine ständigen narzißtischen Forderungen, gelobt und anerkannt zu werden, die bis zu einem bestimmten Zeitpunkt durch seinen Aufstieg in der Firma befriedigt worden waren. Übertragungsneurose, therapeutische Arbeitsgemeinschaft und Einsicht fördernde Interpretation halfen dem Patienten, unabhängiger zu werden. Dadurch konnte er allmählich die gegebene Situation besser bewältigen. Während dieser ganzen Behandlungsphase stand die Frage, ob er seine Position beibehalten solle, im Mittelpunkt. Dann traf der Patient aus realistischen Gründen, aber weitgehend geleitet vom Therapeuten, die Entscheidung, seine Position zu behalten, was jedoch eine Anpassung an die Umgebung verlangen würde. Ein Aufgeben seiner Position hätte bedeutet, daß er eine sichere, gute Stellung verlassen hätte, die woanders nicht zu ersetzen war. Die weitere Behandlung des Mannes konzentrierte sich auf seine passiv-aggressive und durch ständiges Konkurrieren erschwerte Beziehung zu Männern.

Widerstand und Widersetzen

Außer dem Widerstand, der dem therapeutischen Aufdecken von verdrängtem Material entgegenarbeitet, gibt es noch andere Tendenzen in der

Psyche der Patienten, die sich dem Behandlungsprozeß widersetzen. Sie entstehen aus Mißtrauen, Zweifeln und anderen inneren Interessen-Konflikten.

Wie in jeder analytischen Therapie muß Widerstand durch Interpretation und durch die Stärkung der Arbeitsgemeinschaft behandelt werden. Dem Widersetzen des Patienten im Wort wie im Agieren begegnen wir mit Konfrontierung, jedoch ohne Verurteilung.

In der Gruppentherapie kann der Widerstand oft in der Abspaltung von Untergruppen erkannt werden, in denen die Patienten sich in ihren Widerständen gegenseitig unterstützen und so die therapeutischen Ziele unterminieren (Ammon, 1970).

Patienten, die ermutigt worden sind, ihre Abhängigkeit von Familienmitgliedern und Institutionen aufzugeben, können Angstzustände entwickeln und widersetzen sich dann den Interventionen des Therapeuten. Dieses bewußte Widersetzen wird noch durch Widerstand verstärkt, der auf unbewußten, regressiven Wiederholungen frühkindlicher Erlebnisse beruht.

Gegenübertragung und Toleranz-Forderung

Es ist eine schwere Aufgabe und zuweilen ein Risiko, sich mit den Forderungen dieser Patienten zu befassen. Der Therapeut kann leicht zum Zielpunkt des unkontrollierten Zorns werden. Aus therapeutischen Gründen muß man sich das Einfühlungsvermögen bewahren und doch den Patienten mit seiner Realität konfrontieren, ohne sich hinter beschwichtigenden Äußerungen zur eigenen Beruhigung zu verstecken oder sich von der Arbeitsgemeinschaft zurückzuziehen.

Die Reaktion des Therapeuten auf unbewußte Wünsche des Patienten wurde als „spontane Reaktion“ („responsive action“ — reagierende Aktion) bezeichnet. Sie enthält „Elemente der Übertragungsneurose, der Gegenübertragung und der bekannten Wechselbeziehung in menschlichen Begegnungen“ (Grotjahn, 1967).

Durch die Konfrontierung des Patienten in individueller oder Gruppentherapie mit den zu erwartenden Beschränkungen der Restaurierung seiner prä-traumatischen Lebenssituation oder in der Diskussion der zu erwartenden Kompensation für das erlittene Trauma wird das Bild vom Therapeuten als verlässliche Elternfigur geschwächt oder entwertet. Der Therapeut kann dann für den Patienten zu einem Teil der feindlichen Umgebung werden. Drohungen und gehässige Impulse von seiten des Kranken können in vorbewußten Reaktionen und in den Träumen des Therapeuten erscheinen. Im Extremfalle kann dies ein Signal für inten-

sive Spannungen sein, die sich im therapeutischen Prozeß aufgestaut haben.

Ein vierzigjähriger Patient, Roger P., hatte bei der Bauarbeit durch einen fast tödlichen Absturz eine schwere Gehirnerschütterung und Verletzungen der Wirbelsäule erlitten. Nach mehreren Monaten medizinischer und chirurgischer Behandlung wurde uns der Patient im Zustand tiefer Depression und Angst zur psychiatrischen Behandlung überwiesen.

Monatelange Psychotherapie hatte keine Arbeitsgemeinschaft zustande gebracht. Die Überzeugung des Mannes, daß alle seine Beschwerden von Körperschäden verursacht waren, blieb unveränderlich. Dasselbe galt für seine unrealistischen Forderungen nach zusätzlicher und neuer medizinischer Behandlung. Der Patient wurde sowohl in individueller als auch in Gruppentherapie behandelt, ohne daß eine Änderung eintrat. In manchen Behandlungsstunden sprach er kein Wort und antwortete nur, wenn er gefragt wurde. In anderen Stunden argumentierte er heftig, war explosiv und stieß wilde Drohungen aus.

Auf Männer reagierte er in der Therapiegruppe wie auch außerhalb mit Streitsucht und Prahlen über seine Männlichkeit. In der Beziehung zu weiblichen Gruppenmitgliedern, zu der Co-Therapeutin und zu seiner Frau, die an verschiedenen Therapiestunden teilnahm, konnte er sich erlauben zu weinen und sehr dramatisch seine Hilflosigkeit und seine Niederlage bekunden. Beide Verhaltensweisen drückten defensive Entstellungen gegenüber seinem wahren, begrenzten Funktionieren aus.

Ohne ein Akzeptieren seiner aktuellen Situation war die Rehabilitation dieses Mannes unmöglich. Die Fortsetzung der Behandlung wurde eine schwere Last für die Gruppe wie auch für beide Therapeuten. Als der Patient schließlich darauf bestand, wieder in medizinische Behandlung zurücküberwiesen zu werden, wurde die erfolglose psychiatrische Behandlung abgebrochen und die Gruppe und ihre Therapeuten im Gefühl der Frustration, jedoch erleichtert, zurückgelassen.

Regression und Progression

Der Abwehrprozeß spielt eine entscheidene Rolle in der frühen Entwicklung der Psyche, da er dem Reifeprozeß erlaubt, sich trotz hemmender Einflüsse durch die Umgebung fortzusetzen (*Pumpian-Mindlin, 1953*).

Einige der Abwehrmechanismen werden Teil der „spezifischen Seinsweise, in welcher ein Individuum sich mit seiner inneren und äußeren Welt auseinandersetzt (Charakter)“ (*Greenson, 1967*). Jede Gefahrensituation mobilisiert zusätzliche Abwehrmechanismen zur Protektion des Ichs. Eine traumatische Situation und ein erwarteter oder aktueller narzißti-

scher Verlust bedingen Verlangen nach Schutz, Kompensierung und Unterstützung. Mechanismen, die das Ich vor weiterer Schwächung schützen, mögen gleichzeitig der Bewältigung der neuen Situation dienen und somit der progressiven Entwicklung. Ihr Ziel ist die Stärkung der Ich-Funktionen im Sinne der Bewältigung des Traumas und seiner Konsequenzen (Kroeber, 1964; A. Freud, 1936; Lampl-de Groot, 1957; Fenichel, 1945; Rangell, 1967).

Regression erfolgt, wenn das Ich unfähig ist, die traumatische Situation zu bewältigen. Die Rückkehr zu Abwehrmechanismen, die für eine frühere Entwicklungsstufe charakteristisch waren, verursacht weitere psychische Schwächen und Unzulänglichkeiten. Diese Abwehrmechanismen bilden einen Panzer um das Ich, der Einsicht und Realitätsprüfung entstellt. Verschiebung der Aggression auf unrealistische Ziele dient dem Versuch, das narzißtische Gleichgewicht wiederherzustellen. Diese maladaptive, infantile Weise, mit dem Trauma fertig zu werden, führt zu Konflikten zwischen Ich und Realität, die für das Verhalten dieser Patienten charakteristisch sind. Bei mehr chronischen Erkrankungen erscheinen weitere Elemente im klinischen Bild. Depression ist eine Reaktion auf narzißtische Erschöpfung. Ständige Erwartung einer Wiederholung des Traumas bringt Angst. Angst ist überdies das Signal einer ständig wachsenden Spannung, die durch destruktive Impulse und Rachephantasien vergrößert wird. Nebekonflikte komplizieren diesen Zustand. Das Äquilibrium in menschlichen Beziehungen in der Familie und anderen Gruppen ist durch die vom Trauma verursachten körperlich-seelischen Begrenzungen des Patienten gestört.

Der Hauptangriffspunkt der Behandlung ist die Wiederherstellung des narzißtischen Gleichgewichtes, das durch traumatisches Erleben erschüttert worden ist. Das Selbstvertrauen ist durch den Verlust von gewissen Körper-Funktionen geschwächt worden und weckt regressiv-infantile Strebungen.

Durch allmähliches Auflösen der regressiven Abwehrmechanismen und durch Förderung von Adaptationsmechanismen (coping mechanisms) gewinnt der Patient die Integrität des Ichs zurück, die ihn dann befähigt, seine Situation realitätsgerecht zu meistern.

Ein 40jähriger Patient reagierte auf eine Rückenverletzung während seiner Hospitalisierung mit einer psychotischen Depression. Seine ganze Existenz in einer leitenden Position war zusammengebrochen. Er regredierte zu völliger Abhängigkeit von seiner alten Mutter und seiner Freundin, mit der er seit Jahren eine intime Beziehung hatte. Seine Entscheidung, die Freundin zu heiraten, resultierte aus dieser Abhängigkeit, da die Heirat die schützenden Beziehungen, die er jetzt aufbaute, verstärken sollte. Seine dramatischen Reaktionen während der Behandlung waren

klagende Ausbrüche von Hilflosigkeit, die in starkem Zorn und Rache-wünschen endeten. Die Reaktion auf sein geschwächtes Selbstvertrauen hatte ritualistisch-zwanghaften Charakter und stellte Wiederholungen von Wutausbrüchen während der Kindheit dar. Seine Beziehung zu der Freundin, die er kürzlich geheiratet hatte, war sozial wie sexuell befriedigend gewesen. Nach dem Unfall verlor er sein sexuelles Interesse an ihr vollkommen, obwohl keinerlei physische Gründe hierfür vorlagen. Seine Beziehungen zu seinen Mitmenschen waren charakterisiert durch das infantile Verlangen nach Anklammerung. Dieses Verhalten wechselte mit Wutausbrüchen und Anklagen derer, die ihn, wie er glaubte, seiner Gesundheit, Kraft und Männlichkeit beraubt hatten, ab.

Es war deutlich, daß dieser Patient prä-traumatisch ein recht unreifer, egozentrischer Mensch war. Seine erfolgreiche Arbeit und soziale Stellung hatten jedoch seine Grundbedürfnisse erfüllt und ihn im seelischen Gleichgewicht gehalten. Die Zerstörung seiner Lebensweise durch das Trauma hatte sein narzißtisches Äquilibrium zerstört und regressive Mechanismen zutage gefördert.

Unsere Behandlung beschäftigte sich mit seiner Regression. Anfangs hatte der Mann in jeder Therapiestunde Ausbrüche von Hilflosigkeit und Wut. Diesem Benehmen begegneten wir mit Toleranz, vorsichtiger Interpretation und Konfrontierung.

Im zweiten Behandlungsjahr wurde eine Stärkung der integrativen Ich-Funktionen beobachtet. Wir förderten jedes neue Interesse im Hinblick auf mögliche, zukünftige Aktivitäten. Die Rehabilitierungszeit zog sich durch zähes Festhalten des Patienten an seinem Abhängigkeitsgefühl lange hin. Verstehen und Einsicht in den lähmenden Effekt seines infantilen Verhaltens halfen ihm, neue Wege und Mittel der Bewältigung zu sehen. Der Patient hatte das Gefühl, daß sein Leben zwecklos geworden war. Die Wiedergewinnung eines bedeutungsvollen Lebensstils wurde das Ziel der Behandlung. Dieser Patient ist weiterhin in Therapie, da er die neuen Möglichkeiten noch nicht genügend anzuwenden weiß, und da seine Depression noch nicht ganz abgeklungen ist.

*Allgemeine und individuelle post-traumatische Reaktionen,
Prädispositionen und vorher bestehende Neurose*

Die Bedeutung des prä-traumatischen Charakters für die Entwicklung einer post-traumatischen Störung ist noch immer ein umstrittenes Thema. In unserer Behandlungsmethode versuchen wir, individuelle Schwächen in der prä-traumatischen Persönlichkeit von regressiv-neurotischen Reaktionen auf das Trauma zu trennen (Fenichel, 1945).

Gewisse Symptome erscheinen häufig nach schreckenerregenden oder lebensbedrohenden traumatischen Erlebnissen (A. Freud, 1967). Andere

Symptome sind nach längeren narzißtischen Verwundungen und Demütigungen zu erwarten. Die akute Neurose ist charakterisiert durch Angstzustände, Regression zu infantiler Abhängigkeit, Agieren und sich wiederholende Träume, die mit dem Erlebnis zu tun haben.

Die zweite Symptomgruppe ist gewöhnlich durch narzißtische Erschöpfung gekennzeichnet, die Depression und psychosomatische Symptomatologie verursacht (*Wahl, 1972*). Beide Symptomgruppen können als allgemeine post-traumatische Reaktionen klassifiziert werden; die eine ist eine Reaktion auf das akute traumatische Erlebnis, die andere auf eine anhaltende traumatische Situation.

Jeder Mensch reagiert auf ein tiefgehendes Erlebnis auf individuelle Weise, die durch seinen Charakter, Prädispositionen und seine vor dem Erlebnis bestehenden neurotischen Tendenzen bedingt ist. Um die verschiedenartigen Hürden des Lebens zu bezwingen, werden Mechanismen mobilisiert, die zur Problemlösung oder als Abwehrmaßnahmen dienen. Wenn ihre Anwendung mit Regression verbunden ist, sind sie gewöhnlich untauglich und pathogen, wie infantile Abhängigkeit und Hilflosigkeit (regressive Abwehrmechanismen). Wenn aber durch Erinnerung frühere Mechanismen aktiviert sind, die mit der neuen Situation erfolgreich fertig werden, so kann das Resultat befriedigend sein (progressive Bewältigungsmechanismen).

Durch die therapeutische Behandlung der post-traumatischen Reaktion kann die Bewältigung des Traumas zeitlich und qualitativ gefördert werden. Dabei muß jedoch eine bestehende Neurose, die gewöhnlich durch das traumatische Ereignis verstärkt wird, ernsthaft in Betracht gezogen werden.

Der folgende Fall illustriert, wie „selektive Vernachlässigung“, bedingt durch unüberwindlichen Widerstand der Patientin, tragische Folgen haben kann.

Helen M., eine verheiratete Pädagogin Ende Dreißig, wurde zur therapeutischen Behandlung überwiesen, als sie in der Folge einer Rückenverletzung beim Ski-Laufen einen schweren Depressionszustand entwickelte. Selbstentwertung und Selbstvorwürfe in bezug auf ihren Zustand waren zu beobachten. Sie hatte Gewicht verloren, konnte nicht schlafen und war ständig erregt und ruhelos. Ihrer eigenen Beschreibung nach waren die Schmerzen mehr störend als unerträglich und konnten mit Medikamenten und Physiotherapie kontrolliert werden. Die Patientin konnte zu ihrer Arbeit zurückkehren, mußte nur gewisse körperliche Tätigkeiten aufgeben, besonders Sport, der für sie von großer narzißtischer Bedeutung war. Sie äußerte wiederholt große Angst, daß der Augenblick kommen würde, wo sie ihre neuen Beschränkungen und die Schmerzen nicht länger bewäl-

tigen könne. Orthopädische Behandlung besserten den Zustand des Rückens. Psychotherapeutische Intervention, die gelegentlich von anti-depressiven Medikamenten unterstützt war, hatte ihren seelischen Zustand gebessert. In der Therapie war es deutlich geworden, daß eine langjährige neurotische Entwicklung ihr Leben eingeengt hatte. Ihre Kindheit war wegen der sehr schlechten Beziehung zwischen ihren Eltern traumatisch gewesen. Ihre Mutter war lieblos und mit ihren eigenen Problemen beschäftigt; sie war unzufrieden und litt unter der Notwendigkeit, für die Familie mitverdienen zu müssen.

Die Patientin litt in ihrer Ehe an Frigidität und einem sich wiederholenden Gefühl der Mutlosigkeit. Ehrgeiz im Beruf und im Sport halfen meistens, ihr emotionelles Gleichgewicht zu erhalten. Vor dem Ski-Unfall hatte sie zwei Episoden von ernster Dekompensation. Das Trauma aber hatte ihre Ich-stützenden Abwehrmechanismen geschwächt. Solange sie gesund war, waren ihre narzißtischen Befriedigungen Kompensation für unverheilte narzißtische Wunden. Ihre Angstzustände, die sie auf die Schmerzen zurückleitete, waren in Wirklichkeit Signale der drohenden Dekompensation ihrer prä-traumatischen Neurose (Ammon, 1974).

Nach symptomatischer Besserung unterbrach die Patientin die Psychotherapie. Nach fast einem Jahr wurde uns mitgeteilt, daß die Patientin Selbstmord verübt hatte. Eine leichte Verschlimmerung des Rückenzustandes durch eine abrupte Bewegung war der Verzweiflungstat vorausgegangen; außerdem hatte ihre Unfähigkeit zur sexuellen Befriedigung eine Ehekrise bewirkt. In diesem Falle hatte die post-traumatische Reaktion eine dekompensierende Wirkung auf die vorhandene, schwere prä-traumatische Neurose ausgeübt. Der starke Widerstand der Patientin, an ihrer bestehenden Störung uneingeschränkt zu arbeiten, hatte zu einem verfrühten Ende der Behandlung geführt.

Zusammenfassung und Schlußfolgerung

Im Vorhergehenden haben wir einige unserer Ideen und Techniken dargestellt, die sich aus der Behandlung von Patienten mit Reaktionen auf Stress oder Unfälle ergeben haben.

Bestimmte allgemeine Probleme sind von der ersten Begegnung bis zur komplizierten Entscheidung, die Behandlung zu beenden, zu erwarten. So müssen fehlende Motivierung für psychiatrische Behandlung, Widersetzen sowie Widerstand, die Schwierigkeit, Einsicht zu erwerben, zusammen mit der für den Patienten und den Therapeuten entmutigenden realen Situation in Betracht gezogen werden.

Im Mittelpunkt der Behandlung steht die Wiederherstellung des geschwächten narzißtischen Äquilibriums. Seine Stabilität vor dem Trauma ist dabei von entscheidender Bedeutung.

Ich-Mechanismen, die die Adaptation an den post-traumatischen Zustand unterstützen, werden gefördert. In der geschilderten Behandlungsmethode muß die Technik der leitenden direkten Intervention (Adaptations-Training) während des gesamten Arbeitsprozesses integriert werden. Es gibt allgemeine, voraussehbare emotionelle Reaktionen auf ein akutes Trauma, die verschieden sind von Reaktionen auf lang anhaltende Stresssituationen. Trotzdem muß betont werden, daß jeder Patient sein eigenes System einer individuellen traumatischen Reaktion entwickelt. Unsere Methode ist flexibel und steht im Einklang mit den Grundprinzipien der psychoanalytischen Metapsychologie.

Unsere Technik ist noch in der Entwicklung begriffen und wird weitere Revisionen erfordern. Es ist unser Ziel, diese Behandlungsmethode zu erweitern und zu entwickeln, indem wir den natürlichen Prozeß der Bewältigung von frühesten traumatischen Einflüssen auf den noch unentwickelten Embryo bis zur Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis des drohenden Todes untersuchen.

Psychotherapeutic Interventions in Post-Traumatic Reactions

Gottfried R. Bloch
Noretta Haas Bloch

In the proceeding communication the authors have presented some ideas and technical variants of psychoanalytic psychotherapy that evolved in the treatment of post-traumatic emotional reactions in individual and group psychotherapy. The heterogeneous composition of this group of patients, the unpredictability of treatment duration and the need for integration of psychotherapy into the general treatment program were all elements which play a part in the emergence of this therapeutic approach. The common event in the history of these patients is a traumatic experience. The goal of this treatment method is to enable a patient to tolerate drastic emotional and physical impairments and to master as far as possible the psychological effects (coping). Starting with the first encounter and continuing through complicated decision to terminate a number of problems can be anticipated. Lack of motivation for psychiatric treatment, resisting in addition to resistance, the difficulty in gaining insight and the disheartening actual situation which is discouraging to both the patient and therapist, have to be dealt with.

The focal issue is the restoration of the shaken narcissistic equilibrium. Much depends upon its stability prior to the insult. Ego mechanisms which support development toward an adaptation to the post-traumatic condition are utilized. In this treatment method directive intervention (adaptational coaching) has to be integrated into the total approach. There is a generally expectable emotional response which is different in

acute trauma from that in prolonged stress situations. However, the authors emphasize that each patient produces his own system of individual traumatic response. Although their treatment method is flexible, it conforms to the basic principles of psychoanalytic metapsychology. This technique is an ongoing part of their work that needs further revising, enlarging and rechecking. The goal is to extend and further develop this treatment technique by exploring the natural process of coping from the earliest traumatic force challenging the undeveloped embryo to dealing with the traumatic experience of dying.

Literatur

- Ammon, G.* (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen)
 — (1974): Zur Psychodynamik des Suizidgeschehens. In: *Dyn. Psychiat.* (7) 1—18
Balint, M. et al. (1971): *Focal Psychotherapy* (London: Tavistock)
Bloch, G.; Haas, N. (1972): Traumatic and Post-Traumatic Neurosis. In: *Indust. Med. and Surgery*
Fenichel, O. (1945): *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* (New York: Norton)
Freud, A. (1936): *Das Ich und die Abwehrmechanismen* (London: Imago)
 — (1967): Comments on Trauma. In: *Psychic Trauma* (New York: Basic Books)
Greenson, R. (1967): *The Technique and Practice of Psychoanalysis* (New York: Int. Univ. Press)
Grotjahn, M. (1967): Responsive Action in Psychoanalysis. In: *Psychoanalytic Technique* (New York: Basic Books)
Kroeber, Th. (1964): The Coping Functions of the Ego Mechanisms. In: *White, R. W.* (Ed.): *The Study of Lives* (New York: Atherton)
Lampl-de Groot, J. (1957): On Defense and Development. In: *Psychoanal. Study Child XII* (New York: Int. Univ. Press)
Langs, R. (1973): *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy* (New York: Aronson)
Pumpian-Mindlin, E. (1953): In: *Am. J. Psychother.* (7) 647
 — (1967): As Reporter for Defense Organization of the Ego and Psychoanalytic Technique. In: *J. Am. Psychoanal. Ass.* (15) 150—165
Rado, S. (1969): *Adaptional Psychodynamics* (New York: Science House)
Rangell, L. (1967): *The Metapsychology of Psychic Trauma*. In: *Psychic Trauma* (New York: Basic Books)
Wahl, Ch. W. (1972): *The Technique of Brief Psychotherapy with Hospitalized Psychosomatic Patients*. In: *Int. J. Psychoanal. Psychother.* (1)

Adresse der Autoren:
 Gottfried R. Bloch, M. D.
 Noretta Haas Bloch
 10 921 Wilshire Blvd.
 Los Angeles, Calif. 90 024

Die Technik der Konfrontation in der Gruppen- und Einzelanalyse**

Mathias Hirsch*

In dem Bemühen um eine theoretische Abklärung des in der psychoanalytischen Literatur vieldeutig und unklar verwendeten Begriffes der Konfrontation geht der Autor zunächst auf seine Bedeutung in der ersten systematischen Darstellung einer aktiven Technik von Ferenczi sowie u. a. auf die konfrontatorischen Momente innerhalb der von Reich entwickelten Charakteranalyse ein. Die Charakterneurose wird heute mit Ammon nicht mehr im Sinne Reichs als Ausdruck eines neurotischen Triebkonfliktes verstanden, sondern zur Borderline-Symptomatik und damit zu den archaischen Ich-Krankheiten gerechnet. Innerhalb der Therapie der archaischen Ich-Krankheiten erhält das Konzept der Konfrontation als einer besonderen Technik erstmals eine klar umrissene und definierte Bedeutung. Gestützt auf die bewußte Handhabung seiner Gegenübertragung konfrontiert der Therapeut den Patienten mit der infantilen Konfliktsituation, indem er direkt die Rolle der frühen Objekte übernimmt und psychodramatisch darstellt. In der anschließenden Interpretation wird der Realitätsbezug deutlich gemacht und dem Patienten dadurch geholfen, im Zuge einer nachholenden Ich-Entwicklung flexiblere Ich-Grenzen aufzubauen. Anhand von drei Fallvignetten, sowohl aus der Einzel- als auch aus der Gruppentherapie, werden Indikation und Anwendung der Konfrontationstechnik anschaulich dargestellt.

Eine aktive psychoanalytische Technik, die über die bloße Interpretation von Träumen und freien Assoziationen hinausgeht, verläßt die Idealvorstellung der abwartenden, neutralen Haltung des Analytikers. Diese klassische Technik, in der der Analytiker lediglich als Übertragungsobjekt und Projektionsschirm fungiert, ist nach *Glover* (1955) ohnehin ein Mythos. *Freud* (1919) selbst erwog, ob eine kombinierte analytische und Suggestivbehandlung für die große Zahl zu behandelnder bedürftiger Patienten möglich wäre, und schon die Abstinenzregel — der Analysand habe sich der Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten zu enthalten, die anstelle der Symptome Ersatzbefriedigung verschaffen — geht über eine passive Haltung des Analytikers hinaus. Weiterhin erschien es *Freud* (1910, 1919) notwendig, Phobikern zu untersagen, die angstmachende Situation zu vermeiden. Er sah auch die Notwendigkeit der Kombination von analytischer und erzieherischer Tätigkeit des Analytikers bei „haltlosen, existenzunfähigen“ Patienten (*Freud*, 1919). *Freuds* bekanntester Patient, der Wolfsmann, „bedurfte einer langen Erziehung, um ihn zu bewegen, einen selbständigen Anteil an der (analytischen) Arbeit zu nehmen“ (*Freud*, 1918).

* Dr. med., Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeut der DAP

** Vortrag gehalten auf dem VI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 9.—13. Juni 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

Als erster hat *Ferenczi* (1919) aktive Formen der psychoanalytischen Technik systematisch beschrieben. Bei stagnierender Analyse setzte er weitreichende Verbote, schränkte Aktivitäten des Patienten ein, die ihm Ersatzbefriedigungen zu sein schienen. Er aktualisierte damit den infantilen Konflikt mit dem Ziel, die Libido des Patienten von den frühen Objekten abzulösen. *Ferenczi* begann auch, Gewohnheiten, Eigenarten des Patienten und seine Beziehungen zu anderen Menschen zu analysieren, eine Technik, die *Reich* (1933) in der Charakteranalyse weiter fortführte.

Konfrontation ist eine Technik innerhalb der aktiven psychoanalytischen Therapie, der Begriff wird jedoch uneinheitlich verwendet. Im Lehrbuch der psychoanalytischen Technik von *Glover* (1955) kommt er nicht vor, während ihn *Greenson* (1967) sehr weit faßt. Für ihn ist Konfrontation des Ansprechen allen Materials, das zu analysieren ist, d. h. dem Patienten werden Manifestationen der Übertragung oder des Widerstandes aufgezeigt bzw. er sieht sie selbst. Konfrontation in diesem unspezifischen Sinn geht jeder Deutung voraus.

Den Fortschritt der psychoanalytischen Technik von der Symptomanalyse zur Widerstandsanalyse wendet *Reich* (1933) in der von ihm entwickelten Charakteranalyse konsequent auf die Analyse der Gesamtpersönlichkeit an. In der neurotischen Charakterstruktur sieht er eine generalisierte Abwehr des Ichs gegen Triebansprüche, einen Panzer gegen Reize der Innenwelt wie gegen die der Außenwelt, die verdrängte Triebwünsche mobilisieren könnten. Dieser Schutzapparat narzißtischer Abwehr binde Libido und infantile Angst, er äußere sich in typischer, konstanter Weise in der Art des Sprechens, des Ganges, der Mimik, des besonderen Ausdrucks von Höflichkeit oder Aggressivität.

In der Analyse wird die charakterliche Abwehr zum Charakterwiderstand. *Reich* hält sich streng an eine Reihenfolge: erst nach der Widerstandsdeutung sind inhaltliche Deutungen möglich. Er erkannte, daß auch ein Charakterzug von Krankheitswert Ich-synton ist, d. h. dem Patienten nicht krankhaft oder sinnlos erscheint und keinen Leidensdruck hervorruft, im Gegensatz zum Ich-fremd erlebten neurotischen Symptom.

Zur Technik schreibt *Reich*, daß der Charakterwiderstand ständig aus dem angebotenen Material herauszuheben und analytisch zu interpretieren ist. Durch wiederholtes Ansprechen und ständiges isoliertes Vorführen eines Charakterzuges könne der Patient langsam Interesse und eine distanzierte, objektivierende Einstellung zu seinen Eigenschaften und seinem Verhalten gewinnen, so daß schließlich ein Fremdheitsgefühl und Einsicht in den Krankheitswert möglich seien. Andererseits wird nach *Reich* durch die Analyse das neurotische Gleichgewicht von Triebanspruch und seiner erstarrten Abwehr bedroht, es wird eine beträchtliche

Menge infantiler Angst und lange abgewehrter Aggression frei. *Reich* sieht diese Angst als Kastrationsangst, die Aggression ebenso ausschließlich vom Triebaspekt innerhalb des Ödipus-Komplexes, den er als Kern der Neurose nach offenem Ausbruch der Gefühle des Patienten dann inhaltlich bearbeiten kann.

Die Charakterneurosen rechnen wir heute zu der Gruppe der Borderline-Fälle, die mit dem Konzept der charakterlichen Ich-Abwehr gegen ödipale Triebregungen, wie *Reich* sie sah, nicht umfassend verstanden werden können. *Ammon* (1973 a) zählt sie zu den archaischen Ich-Krankheiten, bei denen nicht ein neurotischer Triebkonflikt, sondern das Bewältigen und Ausfüllen eines strukturellen Ich-Defizits durch die Symptomatik im Vordergrund stehen. Dieses Defizit wird beim Borderline-Syndrom durch eine z. B. zwanghafte, überangepaßte oder hysterische Fassade ausgefüllt und die Desintegration des Ichs mühsam verhindert. Dabei findet ein traumhaftes Ausleben des infantilen Konflikts in die Realität hinein statt (*Ammon*, 1973 a). Ständig werden neue Objektbeziehungen eingegangen, die den Beziehungen innerhalb der Primärgruppe, der Familie, und besonders der zur Mutter entsprechen, ebenso ambivalent und bedrohlich erlebt werden und wieder aufgegeben werden müssen. Zugrunde liegt nach *Ammon* (1973 a), der die archaischen Ich-Krankheiten als verschiedene Ausgänge aus einer nicht gelungenen Mutter-Kind-Symbiose versteht, die elementare Angst, eine eigene Identität zu übernehmen, da in der frühkindlichen Symbiose der Versuch der Abgrenzung und der Identitätssuche gleichbedeutend war mit Verlassenwerden. Dieser Identitätsangst wird mit archaischen Abwehrmechanismen begegnet, besonders mit dem der Verleugnung und Projektion.

In der Therapie der Borderline-Fälle kommt es nicht darauf an, verdrängte Triebkonflikte durch beharrliches Angreifen der Abwehr aufzudecken, wie *Reich* es verstand, der nach seinen theoretischen Vorstellungen das dahinterliegende Defizit und die Funktion des Therapeuten, es auszufüllen, nicht erkennen konnte. Nach *Ammon* (1973 a) dagegen ist dem Patienten eine nachholende Ich-Entwicklung zu ermöglichen, und zwar in der interpersonellen Beziehung zwischen Patient und Therapeut. In einer nun gelingenden Symbiose kann der Patient sich abgrenzen lernen und eine Identität entwickeln.

Eine klassische Analyse ist kontraindiziert, da der schwerer Ich-Kranke nicht in der Lage ist, frei zu assoziieren, er kann nicht träumen, die Symptome sind Ich-synton, und er ist unfähig, sich zu beobachten und sein Verhalten zu reflektieren. Der Zugang zu seinen Gefühlen ist ihm versperrt.

Innerhalb der Therapie von Borderline-Patienten hat die von *Ammon* (1973 b/1974) beschriebene Konfrontationstechnik eine besondere Be-

deutung. Der Therapeut übernimmt hier direkt die Rolle des frühen Objekts des Patienten — in der Regel die der Mutter — und konfrontiert ihn mit der infantilen Konfliktsituation, die durch spontanes Reagieren des Therapeuten auf das Verhalten des Patienten psychodramatisch dargestellt wird. Der Therapeut läßt sich dabei von seiner Gegenübertragung leiten, die er bewußt einsetzt, indem er die von ihr ausgelösten Gefühle ausdrückt. Dadurch wird in der therapeutischen Interaktion das in Szene gesetzt, was der Patient nicht träumen kann. Er erlebt nicht nur die echten spontanen Gefühle des Analytikers, sondern kann selbst im Gegensatz zur frühkindlichen Situation destruktiv gewordene Aggression offen ausdrücken. Voraussetzung ist, daß der Therapeut sich seiner Gegenübertragung bewußt ist, er kann durch anschließende Interpretation dem Patienten den Realitätsbezug aufzeigen und für ihn die Aufgabe der Abgrenzung von der in der Übertragung als bedrohlich erlebten symbiotischen Situation zeigen.

Ich möchte nun anhand einer Fallvignette das Beschriebene verdeutlichen. Die 28jährige Patientin wurde mir aus der Nervenklinik, in der sie drei Monate wegen einer paranoiden Reaktion behandelt worden war, überwiesen. Die Diagnose lautete Borderline-Syndrom mit paranoiden und depressiven Zügen. In der Lebensgeschichte fanden sich mehrere Anhaltspunkte für das Identitätsverbot, das die Mutter verhängte. Der Wunsch der Patientin, Bücher zu lesen, wurde als nicht zur Familie passend bezeichnet, der Besuch des Gymnasiums war wegen angeblicher finanzieller Schwierigkeiten unmöglich. Die Mutter steckte die Patientin gegen ihren Willen in die Lehre in einem Lebensmittelgeschäft, die Patientin war damals wie gelähmt und blieb 10 Jahre bei dieser Tätigkeit, die sie haßte. Die Mutter war der Meinung, ihre Tochter brauche nichts zu lernen, sie solle heiraten, und begann für sie Ehemänner auszusuchen, als die Patientin 17 Jahre alt war. Andererseits verbot sie jede Sexualität und jeden nicht von ihr kontrollierten Kontakt zu Männern. Diese Erinnerungen berichtete die Patientin ohne jede emotionale Beteiligung. — Aus der Familie konnte sie sich nur durch eine plötzliche Flucht befreien. Sie begann in einer fremden Stadt als unterbezahlte Buchhalterin zu arbeiten, lebte völlig isoliert und entwickelte in der Mutter-Übertragung auf ihre Wirtin akute paranoide Vorstellungen, vergiftet zu werden, die Anlaß für die Klinikeinweisung wurden. Im Verlauf der Therapie konnte sie dann eine gute Stellung als Sekretärin kontinuierlich durchhalten und spielte mit dem Gedanken, das Abitur auf dem Zweiten Bildungsweg nachzuholen. In den folgenden Sitzungen drückte sie jedoch ihre Zweifel an sich selbst und ihren Fähigkeiten, besonders an ihrer Intelligenz aus, die objektiv überdurchschnittlich ist. Ihre beruflichen Pläne wurden jetzt völlig chaotisch, schließlich gab sie es auf, sich an der Schule zu bewerben.

Während ich bisher meist freundlich gewährend und unterstützend war, wurde ich in dieser Situation unwillig, ich ärgerte mich über den real nicht begründeten Rückzug der Patientin und begriff, daß meine Gefühle in der Gegenübertragung auf die verborgenen aggressiven Gefühle der Patientin entstanden waren. Ich übernahm nun die Rolle der Mutter, indem ich der Patientin sagte, sie habe wohl recht, die Anforderungen seien doch zu groß, sie solle sich bescheiden, zumal sie in ihrem Alter an eine Ehe denken müsse, in der sie als Hausfrau und Mutter sicher glücklich wäre, wozu solle sie das Abitur machen und studieren. Die Patientin reagierte darauf mit großer Wut, wehrte sich heftig gegen diese Art von Verständnis und erlebte in mir die einschränkende Mutter wieder, die ihr nicht nur nichts zugetraut, sondern ihr direkt eine Identitätserweiterung verboten hatte. Während die Patientin sich damals jedoch nicht abgrenzen konnte und z. B. 10 Jahre reglos in der Arbeitsstelle blieb, die ihr die Mutter ausgesucht hatte, konnte sie jetzt einen eigenen Standpunkt beziehen, in der therapeutischen Situation ihre Aggressivität ausdrücken und zugleich das Irreale ihrer Vorstellung von ihren eigenen Möglichkeiten einsehen und auf die Beziehung zur Mutter zurückführen. Sie entschloß sich in dieser Sitzung, sich an der Schule zu bewerben, die sie inzwischen mit Erfolg besuchen kann.

Ich möchte nun innerhalb meines Themas Konfrontationstechnik auf die erweiterten Möglichkeiten eingehen, die die analytische Gruppenpsychotherapie bietet. Wie *Ammon* (1970; 1973 a) beschrieb, ist die Gruppenpsychotherapie für schwerer Ich-kranke Patienten oft die einzig mögliche Form ambulanter Behandlung. Im Schutz der Gruppe ist ihre destruktive Aggression, die von einer therapeutischen Zweierbeziehung nicht toleriert würde, erfahrbar. Denn einmal ist hier durch das Angebot vielfältiger Übertragungsmöglichkeiten eine Aufsplitterung der negativen Übertragung möglich, zum anderen bildet die Gruppengrenze einer funktionierenden Gruppe ein starkes therapeutisches Bündnis (*Ammon*, 1973 a) und übernimmt die Regulationsfunktion der geschädigten Ich-Grenze des Gruppenmitglieds. Die therapeutische Gruppe hat für den Patienten einerseits Realitätscharakter, d. h. sie entspricht den aktuellen sozialen Gruppen, in denen er lebt und in die hinein er seine Konflikte agiert. Andererseits stellt sie die in der Übertragung wiedererlebte Primärgruppe dar. In der Gruppe können verbales und nonverbales Verhalten und charakteristische Formen sozialer Interaktionen direkt beobachtet und von den Gruppenmitgliedern oder vom Therapeuten dem Patienten konfrontierend zurückgegeben werden. Die Mitglieder der Gruppe haben so auch Co-Therapeuten-Funktion. Dabei fällt immer wieder auf, daß Patienten, die nicht in der Lage sind, ihr eigenes Verhalten zu beobachten und zu reflektieren, das der anderen außerordentlich scharf sehen und verstehen können.

Die Gruppe wird weiterhin zur Bühne der von *Ammon* beschriebenen und oben referierten Konfrontationstechnik. Dieses konfrontatorisch-psychodramatische Vorgehen ist jedoch vom Psychodrama *Morenos* (1959) grundsätzlich zu unterscheiden. *Moreno* initiiert das formale Durchspielen der Konfliktsituation mit dem Patienten, in dessen Verlauf er versucht, den Patienten zu einem emotionalen Erleben zu bringen, das in einer anschließenden Gruppensitzung verbal bearbeitet wird. Die Technik *Ammons* geht umgekehrt vor, die verbal-psychodramatische Darstellung entsteht aus den Gefühlen, die besonders in der Gegenübertragung, aber auch in der Übertragung bereits vorhanden sind. Die interpretatorische Arbeit, die zu einer emotionalen und intellektuellen Einsicht führt, ist in die konfrontatorische Darstellung integriert.

Der Schutz der Gruppe erleichtert die Anwendung dieser Technik wesentlich. Während ein Gruppenmitglied vom Therapeuten konfrontiert wird, können sich die anderen als Hilfs-Ichs unterstützend auf seine Seite stellen und ihm helfen, den Konflikt auszutragen. Umgekehrt wird der Therapeut sich schützend vor ein Gruppenmitglied stellen, das von der ganzen Gruppe angegriffen wird. Aber auch für den Therapeuten bedeutet die Gruppensituation eine Hilfe, da in ihr die Kontrolle seiner Gegenübertragung ständig möglich ist. Die Arbeit mit einem Co-Therapeuten ist eine weitere Möglichkeit der Arbeitsteilung; während ein Therapeut mehr direkt konfrontatorisch vorgeht, kann der andere den Patienten emphatisch interpretierend unterstützen (*Ammon*, 1973 a).

Ich möchte hier zwei kurze Gruppensituationen schildern, die, von der Dynamik der beiden Patienten gesehen, die im Mittelpunkt stehen, ganz ähnlich sind, in denen Gruppe und Therapeut jedoch jeweils verschieden reagieren.

Die 23jährige Patientin war wegen Arbeitsstörungen, Kontaktlosigkeit und schwerer Depressionen seit einem Jahr in gruppenpsychotherapeutischer Behandlung. In dieser Zeit hatte sie jedoch große Schwierigkeiten, in der Gruppe zu arbeiten, da sie hier wie in allen anderen Beziehungen glaubte, alle Probleme selbständig bewältigen zu müssen, und keine Hilfe annehmen konnte. In einer Sitzung, die zum Wendepunkt ihrer Therapie wurde, wurde sie von der Gruppe wegen ihres depressiven Äußeren angesprochen und berichtete ohne affektive Regung, daß sie von ihrem Freund, mit dem sie in einer ambivalenten symbiotischen Beziehung gelebt hatte, verlassen worden sei, jetzt völlig leer und mutlos sei und nicht mehr glaube, daß die Gruppe ihr helfen könne. Sie wolle die Gruppentherapie beenden. Die Gruppe begriff die Aggression, die hinter dieser Drohung steckte, und antwortete fast einmütig ebenso aggressiv, die Patientin habe sich nie in die Gruppe integrieren wollen, sie solle doch wie immer die Zähne zusammenbeißen und alles allein lösen, sie sei ja so

selbständig. Die Patientin versuchte immer lebhafter, ihren Entschluß zu verteidigen, und nachdem ich den Kommunikationsaspekt ihrer Aktion betont und als verborgenen Hilferuf interpretiert hatte, konnte sie der Gruppe mit heftiger Aggressivität vorwerfen, wie wenig man sich um sie gekümmert habe, und wie verlassen sie sich in der Gruppe gefühlt habe. Sie konnte dann erkennen, daß sie in der Gruppe genau ihre Familiensituation wiedererlebt hatte, in der sie ohne Vater aufgewachsen war und von der alkoholischen Mutter keinerlei Zuwendung erfahren hatte, sich im Gegenteil als Älteste und „Vernünftigste“ um die Mutter und die jüngeren Geschwister kümmern mußte. Die Patientin sagte später, sie sei durch die aggressive Reaktion der Gruppe erstmalig erreicht worden und habe sich verstanden gefühlt.

Im zweiten Beispiel einer Gruppensituation, das ich darstellen will, wurde die Gruppe durch einen Patienten regelrecht gelähmt, der mit weinerlicher, klagender Stimme von seiner aussichtslosen Situation sprach, er habe jede Lust am Studium verloren, kein sexuelles Interesse mehr, verbringe die meiste Zeit im Bett und leide unter Zwangsgedanken, sich vor die U-Bahn werfen zu müssen. Während die Gruppe in diesem Monolog des Patienten gefangen war, und nur mit Ratschlägen, wie er seine Situation verändern könne, reagierte, fiel mir das Demonstrative und Oberflächliche in der Ausdrucksweise des Patienten auf. Ich reagierte energisch, wies ihn auf seine leise Stimme hin, das sei alles Theater, er könne sich und die Gruppe nicht ernst nehmen, er solle doch den anderen, denen es viel schlechter gehe, die Zeit nicht wegnehmen. Während er anfangs übergefällig alles hinnahm, konnte er mit Unterstützung der Gruppe, die nun lebendig wurde und fragte, ob er sich das alles gefallen lassen wollte, äußerst aggressiv reagieren und sogar einen Stuhl quer durch die Gruppe in meine Richtung werfen. In derselben und der nächsten Gruppensitzung konnte er einsehen, daß er sich mit seiner klagenden Haltung wie seine Mutter benommen hatte, die mit ihren Herzanfällen die ganze Familie terrorisiert hatte. Während meiner Intervention aber habe er in mir die Mutter wiedererlebt, die keineswegs kränklich, sondern dominierend, kalt und aggressiv gewesen sei. Er erinnerte in diesem Zusammenhang seine Gefühle ohnmächtiger Wut, als sie ihn einmal wegen eines kleinen Vergehens in einen Verschlag auf den Boden des elterlichen Hauses gesperrt und sich dabei abfällig über ihn geäußert hatte.

Ich meine, daß auch in diesen Fallvignetten deutlich wird, daß erstarrte Bewältigungsmechanismen archaischer und immer wiederholter Konflikte als Versuch eines geschwächten Ichs zu sehen sind, inneren und äußeren Anforderungen standzuhalten. Stets liegt in der Symptomatik von Borderline-Patienten ein kommunikativer Anteil, mit dem ein Ruf nach Hilfe und Verständnis ausgedrückt wird. Um diesen Aspekt zu

sehen und direkt mit dem abgespaltenen Anteil zu kommunizieren und ihn dem Patienten selbst nahe zu bringen, reicht eine zurückhaltende therapeutische Technik nicht aus, da sie starke destruktive Aggressionen nicht tolerieren kann, die stets mit archaischen psychischen Störungen einhergehen.

The Technique of Confrontation in Group and Individual Analysis

Mathias Hirsch

Active psychoanalytic techniques, which exceed the limits of the classical approach of neutrality, were practiced since the beginnings of psychoanalysis. *Freud* saw the necessity of combining educating, sometimes directly advising or prohibiting measures with the mere interpreting technique in the therapy of more severe ill patients.

Continuing the theoretical and practical work of *Ferenczi* (1919), *W. Reich* (1933) in his book "Character Analysis" worked out his theory of the neurotic character resistance. The neurotic character is seen by *Reich* as a generalized defense against instinctual wishes, binding infantile libido and anxiety. Its manifestations are the specific manners of behaviour like speaking, walking, expression of politeness or aggressivity. Character symptoms are ego-syntonic, unlike neurotic symptoms, which are ego-alien and are perceived by the patient as limiting and disturbing. In his technique *Reich* confronts the patient first with the manifestations of his character in order to dissolve this character resistance before unconscious conflicts can be analyzed at all.

Following *Ammon* (1973 a) the author understands character neurosis as belonging to the group of borderline syndromes, and such not as a manifestation of an unconscious instinctual oedipal conflict, as *Reich* did, but as a form of an archaic ego-illness, in which the symptomatology has to be seen as an attempt to fill up and to cope with a structural narcissistic ego-deficit. The basic conflict is that of building up and accepting an own identity, because in the early mother-child-symbiosis all attempts to delimit oneself from the environment and to look for an identity were connected with the threat of separation. The borderline patient is unable to look at and to reflect his behaviour. He acts out his conflicts directly into reality and has no access to his feelings.

In the therapy of borderline patients the technique of confrontation has a special importance. The concept of confrontation is not clearly

defined in psychoanalytic literature. In general it means all attention of the analyst should be given to phenomena of which the patient is not aware.

The author describes the technique of confrontation developed by *Ammon* (1973 b/1974), which implies not only the demonstration of behaviour or character traits to the patient, but reproduces directly the infantile conflict situation, which is unconscious to the patient. The therapist assumes the role of the early object of the patient, after having exactly analyzed his countertransference. Thus the patient first experiences the feelings of the therapist, reacts then with his own emotions and can be supported to get an insight into the repetitive character of the situation. The therapeutic interpersonal relationship enables him to delimit himself from the threatening symbiosis and to experience and to express his destructive aggressions.

The author then stresses the extended possibilities of the treatment of borderline patients in group psychotherapy. Because of the splitting of transference in the group and the functioning of the group boundaries as a model of the ego boundaries of the patient, the group tolerates destructive aggression, which would destroy a therapeutic two-persons-relationship. In the group social behaviour and acting out of conflicts are directly visible and can be feed back to the patient by the therapist or the other members, who function as con-egos and adjunctive therapists. On the other hand it represents the group of internalized objects of the patient, and as such it will be a scene of the above described confrontation technique (*Ammon*). This spontaneous psychodramatic reaction of the therapist under his controlled countertransference in the group should be strictly differentiated from the formal psychodrama of *Moreno* (1959).

The author gives three examples of therapeutic situations, taken from both individual and group treatment, in which the technique of confrontation is essential to reach splitted emotional parts of the patient. Concluding he points out, that in the symptomatology of borderline patients there is constantly a communicative factor, which expresses a call for support. Classical analytic technique is insufficient to recognize this communication and to reach the splitted parts of the patient.

Literatur

- Ammon, G.* (1970): Von der psychoanalytischen Standardmethode zur analytischen Gruppenpsychotherapie. Überlegungen zu Gemeinsamkeiten und Differenzen. In: *Dyn. Psychiat.* (3) 142—158
- (1973 a): *Dynamische Psychiatrie* (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand)
- (1973 b/1974): Seminar Technik der Psychoanalyse am Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, Berlin
- (1974): *Psychoanalyse und Psychosomatik* (München: Piper)
- Ferenczi, S.* (1919): Technische Schwierigkeiten einer Hysterieanalyse. In: *Bausteine zur Psychoanalyse*, Bd. III (Bern/Stuttgart: Huber)
- Freud, S.* (1910): Die zukünftigen Chancen der psychoanalytischen Therapie. *Ges. W.*, Bd. VIII (London: Imago)
- (1918): Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. *Ges. W.*, Bd. XII, aaO.
- (1919): Wege der psychoanalytischen Therapie. *Ges. W.*, Bd. XII, aaO.
- Glover, E.* (1955): *The Technique of Psychoanalysis* (New York: Int. Univ. Press)
- Greenson, R. R.* (1967): *The Technique and Practice of Psychoanalysis* Bd. I. (New York: Int. Univ. Press) Dt. Ausg.: *Technik und Praxis der Psychoanalyse* (Stuttgart: Klett, 1973)
- Knight, R. P.* (1953): Management and Psychotherapy of the Borderline Schizophrenic Patient. In: *Bull. Menn. Clin.* (17) 139—150
- Moreno, J. L.* (1959): *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama* (Stuttgart: Thieme)
- Reich, W.* (1933): *Charakteranalyse. Technik und Grundlagen* (Sexpol)

Adresse des Autors:
 Dr. med. Mathias Hirsch
 1 Berlin 31
 Joachim-Friedrich-Str. 3

Strategie und Taktik in der Gruppenpsychotherapie**

Béla Buda*

Der Autor führt einen großen Teil der Meinungsverschiedenheiten in der Psychotherapie über ihre therapeutische Wirksamkeit auf die ungenügende semantische Analyse des Begriffs „Therapie“ zurück, da der Bedeutungsinhalt sowohl die heilende Absicht des Therapeuten wie auch die erzielte Wirkung seiner Intervention bezeichnet.

Nach Meinung des Autors bestünde die adäquate Antwort auf die gegenwärtig geäußerten Zweifel an der therapeutischen Wirkung der Gruppenpsychotherapie in einer detaillierten konzeptuellen Analyse der Prozesse und Faktoren der Gruppenpsychotherapie mit den Mitteln der Systematisierung innerhalb der Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie.

Als Grundbegriffe dieser konzeptuellen systemtheoretischen Analyse wählte der Autor die Begriffe Strategie und Taktik. Unter Strategie in der Gruppenpsychotherapie versteht er die planvolle Analyse der zur Verfügung stehenden therapeutischen Mittel (Art und Dauer der Gruppen, Instruktionen usw.), der therapeutischen Situation (Zusammensetzung der Gruppe, Motivation der Mitglieder, Phasen der Gruppenarbeit, Art der psychischen Störungen der Gruppenmitglieder) sowie der therapeutischen Ziele (Motivierung der Interaktion, Abbau der Widerstandsmanifestationen, Bearbeiten der unbewußten Interaktionsinhalte bis zum Gelingen einer nachholenden Ich-Entwicklung). Während die Strategie einen langfristigen Plan der Therapie entwirft, ist nach dem Verständnis des Autors die Taktik die flexible, auf unmittelbare, naheliegende Ziele der Gruppenarbeit gerichtete Handlungsweise des Therapeuten, die sich der ständig wechselnden Dynamik des Gruppenprozesses anpaßt. Die taktischen, kurzfristigen Ziele, wie z. B. die Stützung eines Gruppenmitgliedes, leiten sich logisch aus den langfristigen strategischen Zielen der Therapie ab, sie sind deren situationsadäquate Ausformung.

Anschließend wendet der Autor dieses Modell auf sieben Haupttypen der Gruppenarbeit an: 1. Gruppen von Neurotikern, 2. Trainingsgruppen, 3. Balint-Gruppen, 4. Gruppen mit Alkoholikern, 5. Gruppen mit jugendlichen Drogenabhängigen, 6. Gruppen mit akut schizophren reagierenden und 7. Gruppen mit chronisch schizophren reagierenden Patienten.

Nach Meinung des Autors widerspricht dieser systemtheoretische Ansatz nicht den Prinzipien der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie, sondern trägt zu einer Vertiefung und Fortentwicklung der Theorie der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie bei.

Es gibt eine jahrhundertealte — ja, vielleicht jahrtausendealte — Forschungsrichtung in der Philosophie, die sich auf das Studium der Mehrdeutigkeit und Gegensätzlichkeit der Bedeutungsinhalte abstrakter Begriffe — sowie auf die daraus resultierenden Mißverständnisse — bezieht. Es gibt auch spezielle Forschungsdisziplinen — z. B. die allgemeine Semantik (*Chase*, 1938; *Korzybski*, 1958; *Hayakawa*, 1964, u. a.) — die sich ausschließlich dieser Problematik widmen. Jene Wissenschaften

* Dr. med., Psychoanalytiker und Psychiater, Budapest

** Vortrag gehalten auf dem VI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 9.—13. Juni 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

jedoch, die sich mit dem Menschen und seiner Stellung in der Gesellschaft befassen, gewöhnen sich nur langsam daran, daß sie ihre Konzepte als Kommunikationsmittel ständig analysieren und kritisch überprüfen müssen. Besonders schwierig gestaltet sich diese Überprüfung in der Psychologie und ihren Anwendungsbereichen. Obwohl die Fachausdrücke, die als „termini technici“ gebraucht werden oder als theoretische Grundbegriffe gelten, immer häufiger einer semantischen Analyse unterzogen werden, bleiben die abstrakten Wörter der Alltagssprache, die auch in jeder psychologischen Theorie unvermeidlich sind und im allgemeinen eine wichtige Rolle spielen, fortlaufend unkontrolliert und verursachen viele Mißverständnisse.

Ich meine, daß die Auseinandersetzungen und Meinungsverschiedenheiten, die es in den letzten Jahrzehnten über die Psychotherapie — und neuerdings die Gruppenpsychotherapie — in bezug auf ihre therapeutische Wirkung bzw. ihre Heilerfolge gegeben hat, typisch für diese Situation der Begriffsverwirrung sind. Verantwortlich für den Meinungsstreit sind meines Erachtens der unkontrollierte und nicht ausreichend geklärte Begriffsinhalt der Therapie mit seinen weitreichenden Implikationen.

Der Begriff der Therapie nämlich setzt die durch ihn bezeichnete Tätigkeit eindeutig in das Bezugsfeld der Medizin. Innerhalb der Medizin aber erfährt dieser Begriff mehr und mehr einen Bedeutungswandel. Früher wurde er durch die in der Tätigkeit zum Ausdruck kommende Absicht und das durch sie erfüllte Bedürfnis bestimmt — also durch die Tatsache, daß einige kranke Menschen Hilfe brauchten und andere, dazu speziell Ausgebildete versuchten, mit bestimmten Methoden und Mitteln das Leiden zu lindern.

Heute stützt sich die Definition der Therapie immer mehr auf die Wirkung, auf den Effekt der Mittel und Methoden. Früher waren die Therapiemethoden Ergebnisse der unmittelbaren Empirie, heute werden sie mit Hilfe besonderer Verfahren — statistische Analyse, Kontrollgruppen, doppelte Blindversuche u. a. — entwickelt. Parallel mit dem Fortschritt der Medizin lernen wir den pathologischen Mechanismus der Krankheiten immer detaillierter und eingehender kennen; daraus ergeben sich immer mehr spezifische Einwirkungsmöglichkeiten, und diese Einwirkungen lassen sich in ihren Wirkungen immer besser überprüfen.

Nach der Entwicklung vieler spektakulärer Heilverfahren wurde die gezielte, kausale Therapie zum therapeutischen Ideal der Medizin. Mit diesem wurde der Begriff der Therapie immer mehr gleichgesetzt, obwohl auch der alte Wortgebrauch — daß nämlich alle Einwirkungen in heilender Absicht Therapie genannt werden — seine Geltung nicht ganz verlor.

Es gibt sehr wenig wahrhaft kausale Therapiemethoden in der Medizin. Würde sie plötzlich all jener Heilmethoden und Heilmittel, deren Effekti-

vität durch die modernen Erfolgskriterien nicht nachgewiesen ist, beraubt, so blieben nur sehr wenige Behandlungsmöglichkeiten in den Händen der Ärzte zurück. Außerdem sind Genese und Pathomechanismus von Krankheiten meistens sehr kompliziert und es gibt daher viele Angriffspunkte: also ist es nicht ausgeschlossen, daß einige — z. Z. hinsichtlich ihrer Wirkungsweise und Effektivität nicht untersuchte oder nicht analysierbare — Behandlungsmethoden wirksam sein können. In der Behandlung der meisten Krankheiten sind mehrere Heilverfahren in Gebrauch, manchmal müssen symptomatische Behandlungen durchgeführt werden, und fast immer werden die idealen Anwendungsmöglichkeiten und -aussichten bewährter Heilmethoden und -mittel durch viele Bedingungen und Umstände beeinträchtigt und begrenzt.

Die Therapie von Krankheiten ist also fast immer eine mehrstufige und flexible Tätigkeit, ein Prozeß, der viele Handlungsalgorithmen beinhalten kann; sie ist als einheitliches Ganzes daher mit den modernen Erfolgskriterien sehr schwer zu überprüfen. Schließlich wird auch die modernste Behandlung der alten, unmittelbaren Empirie und Erfahrung der behandelnden Ärzte überlassen.

Diese Situation scheint aber in Vergessenheit zu geraten, wenn die therapeutische Wirksamkeit der Psychotherapie untersucht wird. Die Gegner der Psychotherapie verlangen oft den exakten Nachweis der Heilerfolge psychotherapeutischer Methoden. Es ist bekannt, welche Aufregung sowohl in den Reihen der Kritiker wie auch in den Reihen der Repräsentanten der Psychotherapie die Arbeiten von *Eysenck* (1952; 1960) hervorgerufen haben, in denen er die völlige Unwirksamkeit der psychoanalytischen Psychotherapie zu beweisen versuchte. Viele Psychoanalytiker und Psychotherapeuten versuchten, ihre Methoden gegen die Vorwürfe von *Eysenck* zu verteidigen, seine kritischen Methoden anzugreifen, katamnestische Untersuchungen durchzuführen, mit denen unter Zuhilfenahme moderner Untersuchungsverfahren die Wirksamkeit der Psychotherapie dennoch nachgewiesen werden kann.

Im Grunde genommen haben also die Psychotherapeuten selbst die von *Eysenck* postulierten Erfolgskriterien internalisiert: Sie haben methodologische Einwände gegen *Eysenck* geäußert, einige seiner Annahmen für unberechtigt erklärt oder sich auf inhärente Schwierigkeiten der Psychotherapie berufen. Die richtige Antwort wäre es jedoch gewesen, daß man das hinter der *Eysenckschen* Kritik steckende idealtypische Therapie-modell explizit gemacht hätte und dieses Modell durch Vergleiche mit den üblichen Behandlungsarten der Medizin einerseits und mit ähnlichen Tätigkeiten der gesellschaftlichen Verhaltensbeeinflussung, wie z. B. Erziehung oder Resozialisierung, andererseits analysiert hätte. So könnte man zumindest den Zweifel an der Existenzberechtigung der Psychothe-

rapie zurückweisen — und zwar leicht und elegant, wenn man dem obigen Gedankengang folgt. Die Psychotherapeuten jedoch waren in die „semantische Falle“ gegangen.

Eine adäquate Reaktion anderer Art auf die *Eysencksche* Kritik wäre es gewesen, wenn man die Qualität, die Prozesse und die Faktoren der verschiedenen psychotherapeutischen Aktionen mit Hilfe struktureller Modelle, die man anderen, besser bekannten Therapien entlehnt hätte, eingehender — und zwar im begriffsanalytischen Sinne — analysiert hätte. Das hätte zweifellos zur Systematisierung der psychotherapeutischen Erfahrungen und Kenntnisse geführt und hätte dazu beigetragen, in den Therapieerfolgen die Rolle der den verschiedenen Verhaltensstörungen innewohnende pathologischen Dynamik, die Rolle der Persönlichkeitseigenschaften des Therapeuten, die Rolle der gesellschaftlichen (familiären, institutionellen, kulturellen) Bedingungen der Psychotherapie sowie die Rolle der einzelnen therapeutischen Aktionen besser zu verstehen.

In den letzten zwei Jahrzehnten hat man mit der Untersuchung dieser Probleme begonnen, aber damals — als unmittelbare Reaktion auf *Eysenck* — waren diese Fragen nicht untersucht worden. Inzwischen haben wir einige neue Wirkungsmodalitäten der Psychotherapie erkannt, wir verfügen über detaillierte Kenntnisse der sogenannten nichtspezifischen Wirkungen der Psychotherapie (*Bergin*, 1966; *Tausch*, 1968; *Malan*, 1973, u. a.), des Einflusses der Persönlichkeitsmerkmale der Therapeuten (*Betz*, 1967; *Mitchell* und *Berenson*, 1970; u. a.), der „Nebenwirkungen“ der psychotherapeutischen Aktionen (*Bergin*, 1966) und der Multiplizität der in den psychotherapeutischen Methoden inbegriffenen Wirkungsmechanismen (*Haley*, 1963). Die letzteren wurden durch die vergleichende Analyse der Arbeitsweisen und Heilerfolge der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen erforscht. Es wird ja immer wahrscheinlicher, daß in allen psychotherapeutischen Richtungen die gleichen Wirkungsmechanismen und -faktoren benutzt werden, nur die Konstellation dieser Mechanismen und Faktoren ist unterschiedlich, und die Schulen weisen auch Unterschiede in bezug auf die Zielsetzungen auf, die manchmal kausal, manchmal symptomzentriert sind.

Es wäre also heute nicht schwer, die Psychotherapie gegen ähnliche Vorwürfe und Kritiken wie jene *Eysencks* zu verteidigen. Jetzt aber steht nicht mehr die Psychotherapie, sondern die Gruppentherapie im Kreuzfeuer solcher Kritiken und wieder wird der wohlbekannte Vorwurf gegen sie erhoben: Ihre therapeutische Wirkung sei nicht erwiesen, darum dürfe sie nicht den Rang einer Therapie für sich beanspruchen. Dieser Vorwurf spiegelt die Meinung der orthodoxen, organisch orientierten Psychiater wider. Heute jedoch äußern sich solche kritischen Stimmen nicht in der Form eines offenen Angriffs — wie bei *Eysenck* — sondern in der Form von Randbemerkungen oder wertenden Stellung-

nahmen. So hat, z. B. *Weinschenk* (1973) der Abhandlung von *Heigl-Evers* und *Heigl* (1972), die im „Nervenarzt“ erschienen war und die Arten, Methoden und Indikationen der Gruppenpsychotherapie vorzüglich im Überblick dargestellt hatte, später eine Diskussionsbemerkung angefügt, in der er feststellte, daß in der Abhandlung kein Wort über die Therapieerfolge gesagt worden sei, obwohl man nur dann berechtigt sei, ein Verfahren als Therapie zu bezeichnen, wenn sein therapeutischer Erfolg nachgewiesen sei. Der Verfasser dieser Diskussionsbemerkung hat nicht ausgesprochen, aber unmißverständlich impliziert, daß der Gruppenpsychotherapie in dieser Hinsicht etwas fehle. Das Problem der Heilerfolge wird oft auf internationalen Kongressen aufgeworfen, und zwar nicht nur in bezug auf die Gruppenpsychotherapie (womit hauptsächlich die analytische Gruppenpsychotherapie gemeint ist), sondern auch in bezug auf die verwandten Therapiearten wie z. B. Familientherapie, Ehepaartherapie und im allgemeinen auf die Gruppenmethoden (z. B. Trainingsgruppen).

Um solche Kritik adäquat beantworten zu können, müssen wir m. E. nicht die Effektivitätsforschungen intensiver betreiben — das wäre bei dem heutigen Entwicklungsstand der Gruppenpsychotherapie (im folgenden verstehe ich darunter stets die analytische Gruppenpsychotherapie) zu schwer und zu kostspielig —, sondern wir müssen die Konzepte und Kontexte der Gruppenpsychotherapie unter den oben erwähnten semantischen Gesichtspunkten einer sorgfältigen Analyse unterziehen.

Vergleicht man die Gruppenpsychotherapie in diesem Sinne mit anderen Heilmethoden der Medizin — und unter diesen mit denen der Neurologie, die ja für die meisten Gegner der Psychotherapie und Gruppenpsychotherapie das wissenschaftliche Ideal verkörpert —, so wird man feststellen können, daß die Gruppenpsychotherapie nicht die einzige Methode ist, die wissenschaftlich noch nicht genügend fundiert ist, und daß sie hinsichtlich der empirischen Begründung nicht zu weit zurückgeblieben ist. Außerdem ist die Gruppenpsychotherapie ein aus vielen therapeutischen Wirkungsfaktoren bestehendes Verfahren und wird nur selten selbständig gebraucht, in den meisten Fällen bildet sie einen Teil eines vielfältigen Behandlungsprogramms.

Die sorgfältige Analyse der Konzepte und der verschiedenen Aktionsmomente der Gruppenpsychotherapie führt aber unvermeidlich zu gewissen kritischen Punkten, selbst wenn man die Problematik der therapeutischen Erfolge ganz außer acht läßt. Mit dem gegenwärtigen Entwicklungsstand der Gruppenpsychotherapie — und hier beginnt eigentlich das, was ich zu sagen habe — können wir kaum zufrieden sein. Wir wissen zwar viel über die Prozesse, Ereignisse, Mechanismen usw. der gruppenpsychotherapeutischen Methode, wir kennen viele technische Einzelheiten der therapeutischen Tätigkeit, wir verfügen auch über ver-

schiedene Theorien und Erklärungen der Gruppenpsychotherapie von seiten der verschiedenen Schulen und Richtungen, es besteht die Möglichkeit der Weitergabe und der Vervollständigung unserer therapeutischen Fähigkeiten — fast bis zum Niveau der Kunst —, die theoretische Diskussion der gruppentherapeutischen Arbeit blieb jedoch auf einer ziemlich niedrigen Ebene, und es waren zu wenige theoretische Pläne, Zielsetzungen und operative Eingriffe entworfen und in ihr verwirklicht.

Überschaut man die Literatur zur Gruppenpsychotherapie, so fällt auf, wie gering unsere zuverlässigen Kenntnisse über die Indikationsstellung sind. Die Indikationen sind heute zu breit, sie umfassen fast alle Arten der Verhaltensstörungen und psychiatrischen Symptombilder, aber gleichzeitig geben sie fast keine Orientierung über die methodologischen, technischen Unterschiede, die in der Gruppenbehandlung der einzelnen Arten der Verhaltensstörung bzw. der Symptombilder notwendig sind. Die therapeutischen Zielsetzungen sind zu allgemein formuliert, die zu diesen Zielen führenden Schritte kaum bekannt und noch weniger voraus-sagbar.

Die Aufgaben und der Wirkungskreis des Therapeuten sind sehr ungenau definiert. Nach der am meisten verbreiteten Auffassung übt der Therapeut eine steuernde Funktion in der Gruppe aus, außerdem soll er die verhaltensverändernden Kräfte und Vorgänge in der Gruppe zur Entfaltung bringen. Dazu stehen ihm dieselben kommunikativen Mittel zur Beeinflussung der Gruppeninteraktion zur Verfügung, die auch die übrigen Gruppenmitglieder haben. Die sich aus der Leiterrolle (bzw. aus der Rolle des Arztes, des Psychologen usw.) ergebende soziale Macht und die Fähigkeit der Konfrontation und Deutung wird im allgemeinen in den Theorien der Gruppenprozesse als Beeinflussungsmittel nicht sehr hoch eingeschätzt. Die Gruppe scheint ein autonomes System zu sein, dessen Ereignisse und Prozesse eigenen Gesetzmäßigkeiten folgen — wir selbst, mit Dr. *Hidas* — haben das in unseren mehrjährigen Gruppenuntersuchungen feststellen können (*Hidas und Buda*, 1967; 1968; 1970; 1971).

Untersucht man den Einfluß des die Gruppe umgebenden sozialen Feldes auf diese sowie den Einfluß, den die Zusammensetzung der Gruppe hinsichtlich der Art und Weise, wie die Gruppenmitglieder die Merkmale und Eigenschaften dieses sozialen Umfeldes verkörpern, auf die Interaktion in der Gruppe ausübt, so erscheint die Schlußfolgerung umso berechtigter: Die Operativität des Gruppentherapeuten ist begrenzt; sein Wirkungskreis scheint nur darin zu bestehen, daß er — regulierend und steuernd — alle die Arbeit und die Entwicklung der Gruppe gefährdenden oder störenden Verhaltensmanifestationen oder Interaktionsformen eliminiert.

Der scheinbaren Begrenztheit des Therapeuten aber widerspricht der Umstand, daß es der Therapeut ist, der die Zusammensetzung, die Normen und die Situation der Gruppe bestimmt. Ist der Therapeut wirklich relativ machtlos, dann muß man annehmen, daß diese Beeinflussungsmöglichkeiten und -mittel nicht genügend ausgenutzt, also in den Dienst therapeutischer Ziele gestellt werden.

Die Literatur der Gruppenpsychotherapie bestätigt auch diese Annahmen. Es gibt wenige theoretische Überlegungen, die sich auf therapeutische Ziele und ihr schnelles und wirksames Erreichen beziehen. Auch die einzelnen Therapeuten haben keine klaren Ideen darüber. Es gibt kaum Bemühungen, die sich die Beschleunigung der Gruppenprozesse zum Ziel setzen und die ähnliche Ansätze repräsentieren, wie die in der Einzeltherapie existierenden intensiven, kurzen, gezielten oder fokalen Methoden. Die Versuche zur Beschleunigung des Gruppenprozesses (z. B. Marathon-Gruppen oder die Anwendung audio-visueller Feed-Back-Methoden in der Gruppenpsychotherapie) nehmen keine Rücksicht auf Ziele und Indikationen, sie wollen nur allgemein die Entfaltung der Gruppenprozesse beschleunigen, und implizieren nur, daß die therapeutischen Ziele dadurch schneller erreicht werden können.

Man könnte das heutige theoretische Bild der therapeutischen Indikationen und Ziele so zusammenfassen, daß die Therapeuten die Gruppe für ein nichtspezifisches Mittel zur Persönlichkeitsentwicklung — oder um *Ammons* (1972; 1973 a) treffenden Ausdruck zu gebrauchen — zur nachholenden Ich-Entwicklung halten und für sich nur eine begünstigende Rolle in diesem Prozeß beanspruchen.

Scheint uns diese Rolle zu eng zu sein, und nehmen wir die Möglichkeit wirksamerer Beeinflussung der Gruppe durch den Therapeuten an, müssen wir dieser Selbsteinschätzung der Therapeuten eine große Bedeutung beimessen. Es ist wahrscheinlich, daß es die professionelle Einstellung der Psychotherapeuten ist, die die Entwicklung unserer diesbezüglichen — wir könnten sagen: deontologischen — Kenntnisse und Konzepte, deren Kerne und Umrisse, glaube ich, schon in unseren Erfahrungen und Theorien enthalten sind, bisher gebremst haben und auch heute bremsen. Wie schon erwähnt wurde, ist die Rolle der Persönlichkeit und der Eigenarten des Therapeuten in der Gruppenpsychotherapie nicht genügend untersucht worden, höchstens wird sie im engen Rahmen des Begriffes der Gegenübertragung erörtert, obwohl sie sehr wichtig ist. Die bestimmende Einstellung zur Gruppe innerhalb der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie soll in der Achtung — man könnte mit *Rogers* sagen: in der bedingungslosen positiven Wertschätzung — der Autonomie der Mitglieder bestehen. Daraus kann ein Zögern, eine Zurückhaltung gegenüber therapeutischen Eingriffen von seiten des Therapeuten resultieren, die als Manipulationen der Gruppe oder der Mitglieder auf-

gefaßt werden können. Einige führende Fachleute der Gruppenpsychotherapie, die sehr große Erfahrungen auf dem Gebiet der Gruppentherapie haben, warnen uns vor dem Manipulieren der Gruppe (vgl. *W. Schindler*, 1973). Gewiß stützen sich solche Meinungen auch auf Überlegungen hinsichtlich der Eigengesetzlichkeit oder der Eigenart jeder Gruppe.

Diese Einstellungen aber bedürfen der selbstkritischen Überprüfung von seiten der Gruppentherapeuten. Auch dieses Problem ist mit dem heutigen Mangel an Begriffsanalyse in der Psychotherapie verbunden. Die größere therapeutische Aktivität, die Vorbereitung und Verwirklichung therapeutischer Pläne und die operative Behandlung der Gruppe stehen in keinem notwendigen Widerspruch zu den Erfahrungen der älteren Generation der Gruppenpsychotherapeuten und besonders zu der wertvollen ethischen Tradition der überlieferten therapeutischen Einstellungen. Der Therapeut kann maximal echt, kongruent und auch aktiv und im guten therapeutischen Sinne manipulativ sein, und er kann gleichzeitig danach trachten, daß die Gruppenprozesse beschleunigt und auf ein Ziel gerichtet werden.

Meines Erachtens eignet sich jenes Verfahren, das ich vorher kurz angedeutet habe, zur Klärung dieser Probleme und Dilemmas, das Verfahren, die gruppenpsychotherapeutische Tätigkeit folgerichtig zu durchdenken und zu analysieren anhand der Analogien und Modelle der anderen Behandlungsmethoden der Medizin (insbesondere der Psychiatrie und der Psychotherapie), und später, derselben Linie folgend, anhand der Analogien und Modelle, die in den Konzepten der Strategie und der Taktik enthalten sind.

Strategie und Taktik sind miteinander verbundene Begriffe des Militärwesens. Heutzutage werden sie oft im metaphorischen Sinne benutzt, wenn es sich um Eingriffsprozesse in komplizierte Systeme handelt. Die beiden Konzepte werden auch in der Medizin verwendet, und neuerdings finden sie einen Widerhall auch in bezug auf die Psychotherapie.

Die Metapher der Taktik wurde in der Literatur der Psychotherapie auch früher oft erwähnt. In den letzten Jahren findet man auch den Begriff der Strategie. Der Begriff bezieht sich aber meist auf einzelne therapeutische Momente. Anfang der Sechziger Jahre hatte *Haley* (1963) das Konzept der Strategie auf die integrative Annäherung der verschiedenen psychotherapeutischen Richtungen angewandt und hatte dadurch mit Hilfe der Kommunikationstheorie eine sehr plausible Erklärung dafür geben können, warum verschiedene psychotherapeutische Schulen — wenigstens bei einem Teil der Patienten — ähnliche oder gleiche Heilerfolge erreichen können. Die Anwendung des Strategiebegriffs hatte es *Haley* möglich gemacht, die Umrisse einer umfassenden Psychotherapientheorie in seinem Buch aufzuzeigen. Das Konzept der Strategie wurde

auch auf das Gebiet der Gruppenpsychotherapie (vgl. auch *Ammon*, 1973 b) bezogen, fand aber keine solche systematische Anwendung wie bei *Haley*.

Um die beiden Begriffe wirklich heuristisch verwenden zu können, müßte man ihre ursprünglichen Bedeutungsinhalte und Anwendungsbereiche studieren, daraus ein formalisiertes Modell ableiten und es auf die Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie beziehen. Hier wäre es ratsam, vorher einen vermittelnden Schritt zu machen und die Begriffe zuerst auf andere medizinische Behandlungsmethoden anzuwenden und danach der Gruppenpsychotherapie anzunähern.

Dieses Verfahren ist kein einfaches Gedankenspiel, keine leere Spekulation, es ist eine neue und sich immer mehr verbreitende wissenschaftliche Methodologie, die durch die Kybernetik und die allgemeine Systemtheorie geschaffen worden ist. Die Kybernetik und die allgemeine Systemtheorie haben nämlich erkannt, daß die verschiedensten Erscheinungen einige gemeinsame formale Regelmäßigkeiten in sich haben können, und daraus folgt, daß es möglich ist, das Modell der Verhältnisse eines Gebietes — aufgrund der Annahme des Isomorphismus — auf ein anderes Gebiet zu übertragen, das ziemlich verwandt, aber noch unerforscht oder wegen seiner Kompliziertheit noch nicht erschlossen ist.

Das Verfahren hat viele Anwendungsmöglichkeiten, z. B. auf mathematische Modelle, verschiedene formale Modelle oder im Rahmen einer speziellen Disziplin, der Simulatorik (*Guetzkow*, 1962; *Dutton* und *Starbuck*, 1970; u. a.). Das Verfahren hat in den letzten Jahren zu vielen interessanten Erfahrungen geführt und sein praktischer Wert gilt als gesichert.

Die in der Methode enthaltene Operation der systematischen Ausnutzung der Gleichnisse, Analogien und Modelle im Erkennen und im Verstehen wird durch das psychologische Denken seit langem — unbewußt und ungewollt — verwendet. Menschliche psychologische Erscheinungen und die interpersonellen Verhältnisse sind komplexer Natur und so schwer zu verstehen, daß die Psychologen — um ihre Sinnzusammenhänge erkennen zu können — oft in Analogie einfache, bekannte Phänomene auf sie beziehen mußten. Das wurde unbewußt gemacht — oder zumindest nicht mit systematischer Überlegung. Es ist bekannt, wie oft z. B. *Freud* diese Methode verwendet hat, welch großen Einfluß die benutzten Analogien auf seine späteren Theorien ausgeübt haben (*Rapaport*, 1960) und wie viele Fehler und Gebundenheiten sich aus seinem folgerichtigen Festhalten an den einmal benutzten Analogien ergeben haben (man denke an das Ableiten der Sublimationstheorie aus dem hydrodynamischen Modell oder die Entwicklung des Todestriebes und der Triebdualität aus der Vorstellung des biologischen Lebenszyklus mit der Rückkehr zum

unbelebten Anorganischen). *Freud* hat analoge Prinzipien nicht nur aus den Naturwissenschaften entnommen, sondern auch aus den damaligen politischen Verhältnissen (z. B. Verdrängung und Zensur), aus der Geldwirtschaft (z. B. Libidoinvestierung), sogar aus der Kriegskunst (z. B. Besetzung, Abwehr). Später bearbeitete man Modelle der komplexen sozialen Verhaltensformen, so entstand z. B. die sogenannte Austauschtheorie (exchange theory, vgl. *Secord* und *Backman*, 1964) die sogenannte Unterhaltungstheorie (bargain theory) und die Spieltheorie (game theory, *Shubik*, 1964). Die letztere brachte die Konzepte der Strategie und Taktik zum Vorschein und machte sie zu Grundbegriffen des Modells.

Ich bin nicht in der Lage, die Begriffe der Strategie und Taktik folgerichtig und ausführlich auf die Gruppenpsychotherapie zu beziehen, und zwar aus mehreren Gründen. Einerseits habe ich erst das Studium der ursprünglichen Bedeutungen und Anwendungen der Begriffe begonnen und hatte noch keine Möglichkeit, ihre formelle Bedeutungsstruktur herauszuschälen. Andererseits halte ich die bestehende Kenntnisse über die Gruppenpsychotherapie noch für unzureichend, um ein formalisiertes Modell auf dieses Gebiet übertragen zu können. Der Hauptgrund aber besteht in meiner relativen Unerfahrenheit in dieser großen Aufgabe. Ich kann also nur das Problem aufwerfen, die Wege der Annäherung aufzuzeigen und die sich schon in den ersten Schritten manifestierenden heuristischen Momente zu betonen. Ich hoffe, das ich den Wert und die Perspektive der Übernahme des sich in diesen zwei Begriffen verbergenden Modells genügend demonstrieren kann.

Es ist nicht leicht, die Bedeutungsinhalte der Begriffe Strategie und Taktik genau zu definieren. Ihre Anwendungsbereiche — auch in der militärischen Sprache — überschneiden sich vielfach. Das Hauptwort „Strategie“ stammt vom griechischen „stratia“ (das Heer) und „agein“ (führen), während „Taktik“ sich aus „tattein“ (ordnen, einordnen, in Reihen aufstellen) ableiten läßt. Beide Begriffe können schon bei den griechischen Geschichtsschreibern (z. B. *Xenophon*, *Thukydides* u. a.) oft gefunden werden. Beide beziehen sich auf Ziele, Mittel und Verwendung bzw. Einsatz dieser Mittel.

Der wesentliche Teil der Strategie ist der Plan, die Berechnung der Kräfteverhältnisse und die Überlegung des Einsatzes der zum Erreichen der Ziele nötigen Mittel. Die Strategie kann verändert werden, aber die Abweichungen von ihr sind im allgemeinen nicht bedeutend; werden die strategischen Aktionen in größerem Maße geändert, bedeutet das die Vereitelung der Strategie. Der Plan ist nur für die Strategie ein bezeichnendes Merkmal. Die Taktik ist zwar auch planmäßig, aber mehr flexibel, mehr auf unmittelbare Ziele eingestellt und auf die Mittel konzentriert. Die Taktik paßt sich leicht den sich meist rasch verändernden Verhältnissen und Bedürfnissen an. Ebenso wie in der Strategie

werden auch in der Taktik ständig Entscheidungen getroffen, jedoch sind die Entscheidungen von unterschiedlicher Bedeutung, die taktischen Entscheidungen sind häufiger, die strategischen wichtiger. Strategische Entscheidungen brauchen viel mehr Zeit zur Vorbereitung als die taktischen, während die letzteren oft sehr rasch getroffen werden müssen. Strategie und Taktik sind miteinander sehr eng verbunden, es gibt Fachleute, die bezweifeln, daß man die beiden Konzepte überhaupt voneinander trennen darf.

In Verbindung mit dem Begriff der Strategie ist zu betonen, daß die meist allgemeinen Ziele der jeweiligen Aktionssysteme, in denen es sinnvoll ist, über Strategie zu sprechen, nicht zur Strategie gehören! Z. B. ist das Gewinnen eines Krieges an sich kein strategisches Ziel. Die Strategie umfaßt nur jene wichtigen und allgemeinen Ziele, die zu diesem grundlegenden Ziel führen. In bezug auf die Verwendung des Strategiebegriffs innerhalb der Psychotherapie oder der Gruppenpsychotherapie bedeutet das, daß die Genesung, die Persönlichkeitsentwicklung oder die Ich-Entwicklung bzw. die Heilung komplizierter Verhaltensstörungen, die am häufigsten als Zielsetzung der Therapie erwähnt werden, keine strategischen Ziele sind, sondern als verschiedene Benennungen unseres therapeutischen Hauptmotivs anzusehen sind. Man muß also für die psychotherapeutische Arbeit mehr spezifische, bestimmte und in Reihenfolgen einzugliedernde Ziele aufstellen.

Zur Aufstellung solcher spezifischen strategischen Ziele müßte man viele Kenntnisse über die Gruppenmitglieder haben und müßte die Prozesse, die sich in der Gruppe ohne besondere therapeutische Interventionen entfalten, viel besser voraussagen können. Dieses Problem ist verknüpft mit der Notwendigkeit, die soziale Umwelt, die auf die Gruppe Einfluß ausübenden sozialen Kräfte einzubeziehen. Die mitgebrachten Motivationen der Gruppenmitglieder und die sich in der Interaktion der Gruppe zur Geltung bringenden sozialen Kräfte haben die gleiche Bedeutung für die strategische Planung der Gruppenpsychotherapie, wie die geographischen oder klimatischen Faktoren für die militärische Planung. Aber diese Problematik ist ein dunkles Gebiet in der Theorie der Gruppenpsychotherapie, obwohl jeder Gruppentherapeut sehr viel unmittelbare Erfahrung mit den Schwierigkeiten und Fehlentwicklungen hat, die sich aus solchen Gründen ergeben (z. B. wurde über ähnliche Erfahrungen auf dem letzten Internationalen Kongreß für Gruppenpsychotherapie in Zürich, 1973, berichtet). Eben darum ist es sehr aktuell, die therapeutischen Wirkungen der analytischen Gruppenpsychotherapie mit Hilfe des Strategiebegriffs zu überprüfen.

Es gibt sehr wenige Angaben über die Auswahl der Mitglieder für therapeutische Gruppen. Einige Patienten können die Gruppeninteraktion sehr wirksam bremsen oder stören. Viele Therapeuten haben Versuche

und Beobachtungen gemacht, wonach diese Patienten in besonderen Gruppen gesammelt und dort behandelt werden sollten. Solche in dieser Hinsicht homogenen Gruppen arbeiten gut und brauchen keine spezielle Technik von seiten des Therapeuten. Ihr Verhalten in der Gruppensituation hängt nicht mit einer nosologischen Kategorie oder mit einem Charaktermerkmal zusammen und kann am besten mit dem Konzept des „social skill“, das von *Argyle* (1967; 1970) und anderen Gruppenforschern vorgeschlagen worden ist, erklärt werden. Die Gruppenmitglieder einer Therapiegruppe sollten also zu gleichen „Gewichtskategorien“ gehören, aber wir wissen sehr wenig darüber, wie man solche Gruppen zusammensetzen kann, um die Prozesse der Gruppe zu beschleunigen und die Wirksamkeit der Gruppe besser vorausszusagen.

Eine ähnliche Frage ist die der Vorbereitung auf die Gruppenarbeit. Das ideale Verhaltensmuster in der Gruppe — z. B. die Aufgeschlossenheit gegenüber den anderen Mitgliedern, Involvierung in den Gruppenprozeß, Interesse und Verantwortlichkeit für die anderen usw. — weicht in großem Maße von dem Alltagsverhalten ab, das sehr schemengebunden und auf die gegenseitige Verschonung mit Frustrationen eingestellt ist. Die Patienten oder die Ausbildungskandidaten haben kein Vorbild für solches Verhalten. Die Gruppe muß eine umfangreiche Arbeit leisten und viel Zeit verbrauchen, bis die störenden und dem Widerstand dienenden Manifestationen abgebaut werden können. Es gibt Vorstellungen, daß man die Gruppenmitglieder diese Form des Verhaltens lehren sollte, daß sie „sozialisiert“ werden sollten, und einige Versuche, die ermutigende Resultate gezeigt haben. Aber auch diese Problematik ist unentwickelt und es existieren noch keine praktischen Lösungen.

Die sozialen Kräfte der Gruppenumwelt spiegeln sich in den Motivationen der Gruppenmitglieder wider. Nur ein Teil der Patienten entscheidet sich freiwillig, durch den Leidensdruck motiviert, für die Teilnahme an einer Gruppenpsychotherapie. Am häufigsten stehen die Patienten unter offenem oder verborgenem Zwang (manchmal sind auch die Ausbildungskandidaten in einer ähnlichen Lage) und haben keine Alternative, sie müssen Gruppenmitglieder werden. Ich denke hier an stationär behandelte Patienten. Unmotiviert Patienten leisten einen vervielfachten Widerstand und brauchen darum spezielle Behandlungsmethoden, oder wie ich es lieber formulieren möchte: spezielle therapeutische Strategien und Taktiken.

Die Umstände der Zusammensetzung der Gruppe (Auswahl und Motivation) und der Grad der „Sozialisiertheit“ zur Gruppenpsychotherapie sind also in die strategischen Pläne und taktischen Überlegungen einzubeziehen. Noch immer haben wir sehr ungenügende Konzepte dafür und verwenden nur die Gesichtspunkte der nosologischen Zusammensetzung und der Homogenität oder Heterogenität bei unserer Arbeit.

Unsere heutige therapeutische Haltung ist in der analytischen Gruppenpsychotherapie auf Abwarten eingestellt und braucht daher keine Strategie zu haben. Die Bedeutung des strategischen Denkens und Handelns kommt nur dann zum Vorschein, wenn das Problem der Verkürzung und Intensivierung der Gruppenprozesse sich stellt. Es gibt Situationen, in denen die Gruppe nur für einen begrenzten Zeitraum existieren kann (z. B. für die Dauer der stationären Behandlung) oder in denen einige oder alle Gruppenmitglieder schnell Hilfe brauchen (z. B. Suizidgefährdete, Jugendliche mit Neigung zum Ausagieren usw.). In solchen Fällen hat man oft das Gefühl, daß nicht alles, was möglich gewesen wäre, für die Patienten getan worden ist. In solchen und ähnlichen Fällen ist die Verwendung des Modells der Strategie und Taktik empfehlenswert, aber es ist auch im allgemeinen fraglich, ob man heute in der psychotherapeutischen oder gruppenpsychotherapeutischen Arbeit die Momente des Zeitgebrauchs und der Wirksamkeit überhaupt unberücksichtigt lassen kann.

Die Strategiebildung in der Gruppenpsychotherapie besteht aus mehreren Schritten. Zuerst sollte der Therapeut etwas über die zukünftigen Gruppenmitglieder wissen. Hat er völlige Entscheidungsfreiheit in bezug auf die Zusammenstellung der Gruppe, können diese Vorkenntnisse als erster Schritt der strategischen Zielsetzung dienen. Es ist ein ungelöstes Problem, wie man Vorkenntnisse über die Gruppenmitglieder am besten erwerben kann. Heute scheint die einzige Möglichkeit darin zu bestehen, die unmittelbare — institutionelle — und die weitere, allgemeine — existentielle und interpersonelle — Situation der Gruppenmitglieder emphatisch zu reflektieren. Darin könnte der Sinn von *Bernes* (1966) Rat bestehen, demzufolge der Therapeut im Gruppenraum immer eine Tafel haben sollte, auf der die die Gruppe umfassenden sozialen Verhältnisse klar aufgezeichnet sind.

In der Praxis bieten sich zwei Wege zum emphatischen Kennenlernen der Gruppe. Der eine Weg ist die Einschätzung der psychischen Auswirkungen gemeinsamer situationsbestimmender Faktoren, die der Therapeut aus seiner Erfahrung kennt. So kann man z. B. viele Aspekte des Verhaltens von langjährigen Insassen der „totalen Institutionen“ (*Goffman*, 1961), also der geschlossenen Abteilungen, der Gefängnisse, der Erziehungsheime usw., ziemlich genau voraussagen und in die strategischen Pläne der Gruppenpsychotherapie einbeziehen. In ähnlicher Weise können die neueren Kenntnisse über die Genese und Dynamik der Schizophrenie (z. B. über die pathogene Familiensituation und die sich daraus ergebende Ich-Schwäche und die Beziehungsbedürfnisse der schizophren reagierenden Patienten) in der Planung verwendet werden. Einige Verhaltenstendenzen und gemeinsame intrapsychische Konfliktquellen sind auch bei den Suchtkranken, bei den zwanghaft „normalen“ Ausbildungskandidaten oder bei Neurotikern bekannt.

Der andere Weg ist die Anwendung einer Beobachtungsphase in der Gruppenarbeit. Ohnehin wäre in den meisten Gruppen zu empfehlen, daß der Therapeut in der Anfangsphase (oft Einleitungsphase genannt) sich möglichst passiv verhält (z. B. Höck, 1973). Diese Phase kann als eine Beobachtungsphase betrachtet und verwendet werden. Es lohnt sich, die Ereignisse der ersten drei bis fünf Gruppensitzungen sehr minutiös zu durchdenken und zu analysieren. Wie in der Einzeltherapie enthalten auch in der Gruppenpsychotherapie die ersten Sitzungen sehr viele Hinweise auf die verborgenen Anlagen, die sich später zu entfalten trachten. Diese Phase brauchte eine viel sorgsamere Analyse (z. B. durch das Abhören von Tonbandaufnahmen oder das Studium der Gruppenprotokolle), als ihr gemeinhin zuteil wird. Dadurch könnte man sich die zu strategischen Zielsetzungen nötigen Vorkenntnisse und Annahmen erwerben.

Zu den Vorkenntnissen gehört auch die Selbstanalyse der Motivationen und Gegenübertragungsprobleme des Therapeuten und der Überblick über seine einsatzfähigen Mittel. Den Begriff des Mittels beziehe ich auf alle Einwirkungsmöglichkeiten, die sich unter der Kontrolle des Therapeuten befinden. Spezielle gruppenpsychotherapeutische Fähigkeiten des Therapeuten können ebenso zu den Mitteln gerechnet werden, wie auch die zur Verfügung stehenden technischen Apparate (z. B. Videotape), die Möglichkeit der Co-Therapie, die Möglichkeit, einige Grundbedingungen zu bestimmen (z. B. Häufigkeit und Dauer der Gruppensitzungen, Offenheit oder Geschlossenheit der Gruppe, Auswahl neuer Mitglieder und Zeitpunkt ihrer Aufnahme usw.).

Die wichtigsten strategischen Mittel sind die Instruktionssysteme und die Kombination der Gruppenpsychotherapie mit Einwirkungen anderer Art. Die Instruktionssysteme zielen auf die normative Steuerung des Verhaltens der Gruppenmitglieder. So gibt z. B. die transaktionale Analyse der Gruppe eine Reihe von Instruktionen und Normen, die durch eine besondere Anschauungsweise bzw. Theorie — man könnte sagen, Ideologie — systemartig gebunden sind (Berne, 1966). Viele Methoden der „Encounter“-Gruppen benutzen ähnliche Instruktionen. Die kombinierte Psychotherapie ist sehr weit verbreitet, die therapeutische Anwendung von Gruppenmethoden geschieht fast immer gemeinsam mit anderen Verfahren; z. B. mit Einzeltherapie, mit Medikamenten usw. Die Regeln der Kombination sind aber kaum bekannt und in der Literatur findet man in dieser Hinsicht sehr selten eine so klare Erörterung, wie sie Ammons (1973 a) Beschreibung der Kombination der analytischen Gruppenpsychotherapie mit der psychoanalytischen Milieuthherapie darstellt.

Der nächste Schritt, die Zielsetzung, kann auf sehr viele strategische Ziele bezogen werden. Zu den strategischen Zielen können z. B. folgende

Kategorien gehören: die rasche Entwicklung einer Abhängigkeitsphase und ihre schnelle Lösung, das Durcharbeiten gewisser Kernprobleme oder -konflikte, das Hervorrufen besonderer Übertragungsmanifestationen oder Interaktionsformen usw. Die Gruppenpsychotherapie braucht immer eine Reihenfolge solcher Ziele.

Die Reihenfolge selbst drückt schon einen Aspekt des therapeutischen Planens aus. Die Planung aber umfaßt noch andere Schritte. Man muß — jetzt in bezug auf die konkreten Ziele — die geeigneten Mittel auswählen und über ihren Einsatz entscheiden. Der Weg zu den geplanten strategischen Zielen wird durch taktische Ziele und Handlungen schrittweise bestimmt.

Die Taktik bezieht sich auf die Anwendungsformen der strategischen Mittel und auf mehr unmittelbare Ziele, die zum Erreichen der strategischen Ziele dienen. Außerdem gibt es noch besondere taktische Mittel. Während die strategischen Mittel die ganze Situation der Therapie beeinflussen, bestehen die taktischen Mittel fast immer aus kommunikativen Handlungen von seiten des Therapeuten und verändern nur selten die therapeutische Gesamtsituation (nur in Fällen besonderer therapeutischer Manipulationen). Zu den taktischen Mitteln zählen die folgenden: die folgerichtige Einhaltung der *Roger*schen Normen für Therapeutenverhalten, spezielle Instruktionen (z. B. paradoxe Instruktionen — *Haley*, 1963; *Newton*, 1968; u. a.), die Betonung gewisser Themen oder Interaktionsformen, die Übernahme besonderer Rollen, die Verwendung spezieller oder besonders intensiver Deutungsmethoden, ein besonderes Verhältnis zu einigen Gruppenmitgliedern, der Wechsel in der Richtung der Interpretationen (zwischen der Gruppe als ganzer und den einzelnen) usw.

Die taktischen Ziele beinhalten weiterhin das Durcharbeiten zäher Widerstandsmanifestationen, die Stützung sehr Ich-schwacher Mitglieder, die Vertiefung der Interaktion, die Anwendung spezieller Konfrontationsformen, die Beeinflussung gewisser Übertragungsmanifestationen, das Hervorrufen fokaler Konflikte, die Beschleunigung einiger Interaktionsphasen usw.

Meines Erachtens müßten wir Gruppentherapeuten, um unsere Arbeit zu verbessern, unsere Erfahrungen mit der analytischen Gruppenführung mit Hilfe der Konzepte der Strategie und Taktik systematisieren. In gemeinsamen Bemühungen könnten wir das in den Konzepten der Strategie und Taktik inbegriffene Modell formalisieren, die Bedeutungsinhalte der beiden Konzepte operationalisieren und unsere Tätigkeit anhand dieses Modells überprüfen. Allgemein häufig angewandte audiovisuelle Methoden oder Gruppenprotokolle eignen sich sehr gut dazu, die unbewußte

Strategie und Taktik des Therapeuten festzustellen und zu beschreiben. Sie dienen der Objektivierung der Arbeit des Gruppentherapeuten und der Weiterentwicklung unseres strategischen und taktischen Denkens.

Ich selbst habe es mir zur Regel gemacht, den Verlauf meiner Gruppen in der Dimension meiner — früher fast ausschließlich unbewußten oder vorbewußten, jetzt mehr und mehr bewußten und planmäßigen — Führungsstrategie und Technik zu analysieren und daraus Folgerungen abzuleiten, die ich in der Planung neuer Gruppentherapien benutzen kann. Ich bin in einer sehr günstigen Lage, weil ich jetzt die Gelegenheit habe, einen großen Teil meiner Arbeitszeit der Gruppenpsychotherapie widmen zu können, so daß ich ständig fünf oder sechs Gruppen parallel laufen lassen kann. Die Gruppen bestehen aus den stationär behandelten Kranken der größten psychiatrischen Anstalt Ungarns und sind meist aus schizophren reagierenden Patienten zusammengesetzt. Ich habe auch Gelegenheit, therapeutische Gruppen mit Alkoholkranken und vorwiegend Borderline-Patienten zu leiten. Das ist für mich eine sehr lehrreiche Ergänzung zu meiner bisherigen Erfahrung, die ich im Laufe der letzten zehn Jahre mit Gruppen von neurotischen Patienten verschiedenster Art, mit Ausbildungsgruppen und speziellen Trainingsgruppen sowohl in der Therapie als auch in der Forschung gesammelt habe.

Die Analyse der eigenen therapeutischen Strategie und Taktik ist besonders dann lehrreich und nützlich, wenn man seine eigenen Mißerfolge, Fehler oder sein Unverständnis mit besonderer Sorgfalt — und auch verbunden mit einer Selbstanalyse — untersucht. Es ist aber eine sehr schwierige Frage, wann man eigentlich von Mißerfolgen, Fehlentwicklungen der Gruppe oder therapeutischen Fehlern sprechen kann. Diese Frage impliziert eine andere: wie kann man den Verlauf einer Gruppe beurteilen, was sind die Kriterien des Erfolges, wie könnte man nachweisen, daß eine Verkürzung der Gruppenprozesse stattgefunden hat. Das ist ein Problemgebiet, das voller Möglichkeiten der Selbsttäuschung ist. Die Ausarbeitung der gruppenpsychotherapeutischen Strategie und Taktik wäre daher eine typische Aufgabe für Kleingruppen der Gruppenpsychotherapeuten, die sich gegenseitig kontrollieren, stimulieren und helfen könnten. Es wäre gewiß vorteilhaft, in solche Gruppenarbeit der Gruppenpsychotherapeuten auch die Anwendung moderner technischer Hilfsmittel (Bildtonband, Televisionsapparate, usw.) einzubeziehen.

Ich möchte kurz über meine bisherigen Erfahrungen mit der Durchführung strategischer und taktischer Überlegungen berichten. Die folgenden noch sehr schlecht formulierbaren Strategien und Taktiken haben sich für mich bewährt:

1. *Gruppen von neurotischen Patienten*

Strategie: eine drei bis sechs Sitzungen umfassende Beobachtungsphase; schnelles Hervorrufen der Abhängigkeitsphase, oft verbunden mit Provokation feindseliger oder ambivalenter Übertragungsmanifestationen, ähnlich der von Höck (1973) empfohlenen Verfahren; Abbau störender negativer Übertragungsäußerungen, starker Widerstandsformen und Neigungen zum Ausagieren, die infolge der zuletzt genannten Phase entstanden sind; Verstärkung der Gruppenkohäsion und Gestaltung eines eigenen Arbeitsstils in der Gruppe; Betonung und Durcharbeiten gewisser Themen und Probleme, die den Mitgliedern gemeinsam und wichtig sind (z. B. Elternbeziehungen, Partnerbeziehungen, Rivalität, große Frustrationen, Unzufriedenheiten mit und Erwartungen von dem Selbst, existenzielle Wünsche und Pläne usw.); Betonung solcher Interaktionsformen, die offensichtlich unbewusste Antriebe haben (Träume, Phantasien, spielerische Konfrontationen und gegenseitige Deutungen usw.); Beschäftigung mit persönlichen Problemen; und schließlich in der Endphase Besprechung und Bewertung der Gruppenprozesse und der Entwicklungen und Veränderungen der einzelnen Mitglieder.

Die Gruppentherapie mit Neurotikern läßt sich gut mit anderen Therapieformen kombinieren, die nicht die Krankenrolle unterstreichen, sondern die Aufmerksamkeit der Patienten auf sich, auf ihr Verhalten und Erleben lenken. Dazu gehören z. B., das Psychodrama, die verschiedenen Gruppenübungen, sogar jene Formen der Verhaltenstherapie, die die Patienten neue Verhaltensschemata lehren (wie das Assertivitätstraining). Das Hauptmittel der Strategie bleibt jedoch die intensive Interpretation und die Aktivität der Therapeuten.

Die aufeinander folgenden Phasen bilden in sich selbst strategische Ziele, die ganz unterschiedliche taktische Zielsetzungen und Mittel brauchen. Die taktischen Ziele sollen im Bezugsrahmen der konkreten Gruppe und ihrer Geschichte ausgearbeitet werden. Sehr gute Mittel finden sich in der Übernahme gewisser Rollen von seiten des Therapeuten und in den paradoxen Instruktionen wieder in dem von Rogers vorgeschriebenen Therapeutenverhalten und in der Betonung gewisser Interaktionsinhalte.

2. *Ausbildungsgruppen*

Nach der Beobachtungsphase kommt entweder die Provokation der Abhängigkeitsphase oder die Kultivierung von Gegenseitigkeit, Aufgeschlossenheit und Feedback in der Gruppe. Die Bearbeitung der Kernprobleme (z. B. die inneren Konflikte infolge einer starren beruflichen Identität, Probleme der Wünsche und Aspirationen, Rivalität usw.) ist der

nächste Schritt. In Gruppen, die junge Psychologen und Ärzte als Mitglieder haben, ist es manchmal ratsam, unmittelbar nach der Beobachtungsphase in diese Phase überzugehen, in der richtiges Gruppenverhalten und -kooperation geübt und gelehrt werden. Oft hat das Dependenzproblem in diesen Gruppen sehr viel pathologischen Stoff in sich, und die frühzeitige Forcierung dieser Problematik kann gefährlich sein und die Gruppe sprengen. Die oben erwähnte, dem Sensitivitätstraining ähnliche Phase kann — in einer analytischen Atmosphäre — ein guter Übergang sein zu einer später mehr zielgerichteten Gruppenarbeit, weil durch sie die Interaktion an Realitätscharakter verliert und die Gruppenkohäsion verstärkt wird. Danach kommt eine Phase, die außer in der Betonung des gegenseitigen Feedbacks der gewohnten Gruppenarbeit ähnlich ist. Wichtig ist aber die Endphase, die lange genug dauern muß und große analytische Sorgfalt verdient.

Die Ausbildungsgruppe kann sehr gut mit audiovisuellen Feedbackmethoden, mit Co-Therapie und mit Instruktionssystemen kombiniert werden. Gewiß wäre es vorteilhaft, die Mitglieder auf die Gruppe vorzubereiten. Die paradoxen Instruktionen, die Themenbetonungen, die Kultivierung einer Gruppenkultur, die besondere Aufmerksamkeit und interpretative Verwendung von Äußerungen der nichtverbalen Kommunikation (z. B. szenische Äußerungen, Mimik und Kinetik, Körperhaltung und vor allem die Rogers'sche Verhaltensform sind es, die zu den am häufigsten verwendeten taktischen Mitteln gehören.

3. Balint-Gruppen

Zuerst eine Strukturierungsphase, gefolgt von einer Beobachtungsperiode, dann Ausbildung einer Reihe von taktischen Zielen, wie z. B. die Gestaltung der Gruppenatmosphäre zu einer Art von Bezugsgruppe; Einsicht in die eigene Rolle des Arztes in den in der therapeutischen Situation erscheinenden Manifestationen des Kranken; Einsicht in die Gegenübertragung; Annäherung an die Interaktionsformen der Trainingsgruppe oder der Ausbildungsgruppe. Dann soll die Gruppe sich entweder in andere Gruppenformen umwandeln oder in einer speziellen Endphase aufgelöst werden.

In den Balintgruppen sind die Instruktionen das ausschlaggebende strategische Mittel. Die taktischen Mittel sind im Verhalten des Therapeuten enthalten. Die von Rogers vorgeschlagene Methode ist sehr geeignet für Balintgruppen. Die Co-Therapie mit ihrer Verteilung der Rollen kann vorteilhaft sein. Ebenso wie die strategischen sind auch die taktischen Zielsetzungen mehr unmittelbarer Natur als in anderen Gruppenarten, trotzdem kann die Arbeit der Balintgruppen sehr persönlich und vertieft sein.

4. *Gruppenpsychotherapie mit Alkoholkranken*

Der Widerstand ist sehr stark in homogenen Gruppen, die aus Alkoholikern bestehen. Darum muß man die Gruppen ohne Einleitungsphase mit Instruktionen beginnen. Zuerst soll die spontane und gegenseitige Gruppeninteraktion geübt und gelehrt werden. Bei Alkoholikern ist die Sozialisierung zur Gruppenarbeit sehr wesentlich, manchmal unerlässlich. Strategische Ziele: Überwindung der Manifestationen der „Alkoholikerrolle“ bzw. des „alcoholic game“ (Berne, 1964); Erreichen einer Phase, die dem Sensitivitätstraining ähnlich ist, sowie eines Zustands der „Gegenkultur“ der Gruppe gegen die institutionelle Umwelt; Durcharbeiten gewisser Probleme und Haltungen (Elternprobleme, Übertragung der Elternproblematik in die Partnerbeziehungen, pathologische Ehen, Identitätsprobleme usw.); schließlich Beschäftigung mit individuellen Problemen.

Die Gruppenbehandlung von Alkoholkranken sollte immer mit anderen Verfahren kombiniert werden; die Co-Therapie ist hier unerlässlich, ein instrumentales Feedback ist aber entgegen der häufig vertretenen Auffassung sinnlos, manchmal schädlich. Die Instruktionen enthalten Verbote und Aufforderungen, die sich ausschließlich auf das Verhalten in der Gruppe beziehen. Manchmal muß eine verbale Verhaltensform durch Verbot ausgeschaltet werden, z. B. das Reden von Alkohol und Betrunktheit. Eine ausgezeichnete Ergänzung der Gruppentherapie ist die Familientherapie oder die Ehepaartherapie der einzelnen Mitglieder, die aber sehr schwer zu verwirklichen ist.

5. *Gruppenpsychotherapie mit drogenabhängigen Jugendlichen*

Der Gruppenprozeß soll hier besonders vorsichtig geregelt werden. Es sind außer den Rogersschen Regeln keine besonderen strategischen und taktischen Mittel nötig. Die Beobachtungsphase ist kurz, dann folgt eine längere Phase, in der die Gruppenzugehörigkeit verstärkt und die Gruppenatmosphäre intim gemacht werden soll. Die Gruppe muß eine Bezugsgruppenfunktion erfüllen.

Darüber hinaus müssen die Abhängigkeit von den Eltern und die Probleme der Identität durchgearbeitet werden. Diese Ziele können durch Betonung gewisser Interaktionsinhalte und durch Förderung der traum- und phantasieartigen Interaktionsformen, zu denen diese Jugendlichen sehr neigen, erreicht werden.

6. *Gruppenpsychotherapie mit akut schizophren reagierenden und Borderline-Patienten*

Das bestimmende Moment ist in solchen Gruppen die Situation der Anstalt. Die gewährende Atmosphäre der Beobachtungsphase steht im Gegen-

satz zu dem Anstaltsmilieu. Auf dadurch bedingte pathologische Phänomene reagieren diese Patienten häufig mit Angst. Darum sollte die Einleitungsphase mit Regeln strukturiert werden. Die Regeln sind formal und beschreiben nur die Formen der verbalen Kommunikation. Strategische Ziele sind: Motivierung zur Interaktion und Teilnahme, Entwicklung der Gegenseitigkeit und des empathischen Verstehens, später Besprechung von Familien- und Partnerproblemen. Das höchste Ziel, das in einer stationären Gruppe von schizophren reagierenden Patienten erreicht werden kann, ist die Fähigkeit zu konstruktiver Aggression. Die Arbeit in Schichten der unbewußten Motive und psychischen Inhalte — in einer interaktiven Form — gelingt nur selten. Die taktischen Ziele sind von sehr kleiner Reichweite und beziehen sich auf einige Widerstandsformen, auf die Ermunterung einiger Initiativen und auf die Verbesserung der empathischen Kommunikation. Der Therapeut sollte in seinen taktischen Handlungen den einzelnen Mitgliedern mehr Aufmerksamkeit schenken. Mitunter wird man einzelne Patienten in den Vordergrund der Gruppeninteraktion setzen. Die Gruppenpsychotherapie mit solchen Patienten benötigt immer Co-Therapie, und die Therapeuten sollten sich ständig mit ihrer Gegenübertragung befassen.

7. Gruppenpsychotherapie mit chronisch Schizophrenen

Auch hier ist die Anstaltsatmosphäre das Hauptmerkmal der Situation. Die langfristig hospitalisierten Psychotiker verlieren langsam alle ihre Antriebe und Interessen und sind sehr schwer in gegenseitige Handlungen oder verbale Interaktionen einzubeziehen. Die Gruppe muß also ohne Einleitungsphase, den autokratischen Charakter der Situation bewahrend, bestimmten Regeln folgen. Diese Regeln schreiben Themen und Verhaltensnormen vor. Die erste Phase also ist eine themenzentrierte Gruppenarbeit. Die zweite Phase, oder das zweite Ziel ist das Erlernen von Empathie und Interesse gegenüber den Anderen. Das ist hier viel schwieriger zu handhaben als in Gruppen von akut schizophren Reagierenden und erreicht fast immer nur einen weitaus geringeren Grad. Ein späteres Ziel ist die Strukturierung der Gruppe, dann die Problematik der Anpassung an die gegenwärtige Situation. Noch später werden irrationale psychische Inhalte bearbeitet und ihr empathisches Verständnis sowie ihre Deutung versucht. Bei chronisch schizophren reagierenden stationär behandelten Patienten kann die Gruppenarbeit kaum fortschreiten.

Co-Therapie ist hier immer notwendig. Das wichtigste strategische Mittel ist die intensive, empathische Deutung des Therapeuten und das System der Instruktionen. Paradoxe Kommunikationen können sehr gut als taktische Mittel benutzt werden.

In solchen Gruppen ist die Bedeutung des strategischen Denkens sehr leicht einzusehen, weil ohne strategische Planung die Interaktion der Gruppe überschwemmt wird von pathologischen, schwer deutbaren verbalen Inhalten und nicht-verbalen Manifestationen, weil sich die Kranken dann in der Gruppe ebenso verhalten wie im Alltag der Abteilung bzw. stumm und passiv bleiben.

Ich weiß, daß diese Beschreibung der Anwendung der Konzepte der Strategie und Taktik sehr oberflächlich und roh ist. Man müßte in seinen Gruppen Prozeßmodelle ausarbeiten, in denen die strategischen und taktischen Schritte graphisch dargestellt werden, und die formalen Regelmäßigkeiten aus diesen Modellen abstrahieren. Das erforderte aber sehr viel Arbeit und Mühe sowie wirkliche Teamarbeit.

Abschließend möchte ich nur betonen, daß strategische Planung und taktische Aktivität keineswegs den Prinzipien der analytischen Gruppenpsychotherapie widersprechen. Meines Erachtens ist die Gruppenpsychotherapie dann analytisch, wenn man das Entstehen der Persönlichkeitsstörungen auf Grund der psychoanalytischen Theorien zu verstehen trachtet, und wenn man die grundlegenden Mittel der Therapie in Einsicht, Ich-Entwicklung und Durcharbeitung unbewußter Konflikte bzw. in Konfrontation und Deutung sieht.

Ohne analytische Erfahrungen und Theorien wäre es unmöglich, überhaupt über Strategie und Taktik zu reden, weil die therapeutischen Prozesse, die verkürzt oder gezielt beeinflußt werden können, und die psychischen Zustände, die einer Veränderung bedürfen, nur durch die analytische Psychotherapie und Gruppenarbeit bekannt geworden sind.

Strategy and Tactics in Group Psychotherapy

Béla Buda

According to the author's opinion, much of the controversies and misunderstandings about the effects and possibilities of individual or group psychotherapy are caused by the inadequate analysis and clarification of the meanings of the word therapy. This word has multiple meanings, and its contents are presently undergoing a change. While the word was formerly defined almost exclusively from the standpoint of the state of the patient needing therapy and of the curative intent of the supposed therapist, it is nowadays progressively defined by the effectivity of the therapeutic intervention. Although the modern medicine possesses a lot of truly causal and effective methods of therapy, the vast majority of its interventions — called therapies — remain uncontrolled and probably would not meet the contemporary criteria of successful therapy. Therefore it is unjust to apply the rigorous standards of the drug

trials or large scale researches to the psychotherapy and to question on this basis its justification or possibility. Beside this, psychotherapy is a very complex process consisting of many mechanisms and forms of influence.

The author reviews the controversies and issues of the effectivity of psychotherapy, and states, that the adequate answer of the psychotherapists to their critics would be a detailed conceptual analysis of the processes and factors of psychotherapy and the comparison of the thus deduced model with similar models of other forms of therapies.

The present controversies about the effects of group psychotherapy would need the same procedure. Group psychotherapy is not developed enough in order to be evaluated on the basis of its effectivity. The assumptions, the operations and mechanisms of group psychotherapy would need a conceptual systematisation. The conditions for this systematisation are provided by the experiences of the therapists and the materials of the relevant literature.

For the purposes of this conceptual clarification the author proposes the use of the model inherent in the concepts of strategy and tactics. This would mean the use of a procedure which is progressively applied in the behavioral sciences, and which is a product of cybernetics and the general system theory: the conscious and methodical use of analogies and models of simple states and events. Reviewing the application of this procedure in the history of psychoanalysis and social psychology, the author points to the stimulating impact of exchange, bargain and game models to the theories of interaction and communication, and investigates the present use of the concepts of strategy and tactics in the field of the individual and group psychotherapy.

Besides commenting the difficulties of the definition, the author describes the meanings and uses of the two related concepts in the military, and stresses three essential components of it: goals, means and planning. It is very important to the strategy of tactical planning, that the trends and conditions of the system which is to be influenced are precisely known. Although the two concepts are related and closely connected, the author tries to distinguish between strategic and tactical goals and means, and discusses the differences of strategic and tactical planning.

Then, this model is applied to group psychotherapy. Different groups have different developmental trends and influence conditions, therefore the strategic planning has first the task of exploring these circumstances. The author advocates the use of a observation period in the beginning of every group therapy, which is destined to provide the necessary informations for planning the work of the group. The planning and the use of strategic and tactical thinking has the foremost purpose of intensifying the group process and of increasing its effectivity.

The author describes the major strategic goals of group psychotherapy and the means necessary to attain them, then proceeds to a review of the major tactical goals and means. He admits the very crude and unsophisticated character of his endeavour, and advocates the joint efforts of the group psychotherapists to elaborate the formal models of strategies and tactics in group psychotherapy.

Based on his more than ten years of extensive and intensive experiences with various forms of groups and with the processes of the psychoanalytic group psychotherapy, the author discusses his strategies and tactics in the seven major types of groups: 1. groups of neurotics, 2. training groups, 3. Balint-groups, 4. groups with alcoholics, 5. groups of juvenile drug addicts, 6. groups consisting of acute and 7. of chronic schizophrenics. The strategic and tactical schemes are admittedly incomplete, and constitute only points of view for further research.

Concluding, the author expresses his opinion, that the use of the concepts of strategy and tactics, the increased activity and the use of different forms of therapeutical methods and theories (e. g. communicational theory, behavior therapy, the client-centered approach, etc.) connected with these concepts, and the intention of shortening the therapeutic process do not contradict the principles of psychoanalytic group psychotherapy. In fact, they are possible only on the basis of psychoanalytic knowledge about the personality and of psychoanalytic experiences of group processes.

Literatur

- Ammon, G.*, Hrsg. (1972): *Gruppendynamik der Kreativität* (Berlin: Pönel)
- , (1973 a): *Dynamische Psychiatrie — Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie* (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand)
- , Hrsg. (1973 b): *Gruppenpsychotherapie — Beiträge zur Theorie und Technik der Schulen einer psychoanalytischen Gruppentherapie* (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- Argyle, M.* (1967): *The Psychology of Interpersonal Behaviour* (Harmondsworth: Penguin)
- , (1970): *Social Interaction* (London: Methuen)
- Bergin, A. E.* (1966): Some Implications of Psychotherapy Research for Therapeutic Practice. In: *Abnorm. Psychol.* (71) 235—246
- , (1967): Further Comments on Psychotherapy Research and Therapeutic Practice. In: *Int. J. Psychiat.* (3) 317—323
- Berne, E.* (1964): *Games People Play — A Psychology of Human Relationships* (New York: Grove Press)
- , (1966): *Principles of Group Treatment* (New York: Oxford Univ. Press)
- Betz, B. J.* (1967): Studies of the Therapist's Role in the Treatment of the Schizophrenic Patient. In: *Am. J. Psychiat.* (123) 963—971
- Chase, S.* (1938): *The Tyranny of Words* (New York: Harcourt)
- Danet, B. H.* (1968): Self-Confrontation in Psychotherapy Reviewed. Videotape Playback as a Clinical and Research Tool. In: *Am. J. Psychother.* (22) 245—257

- Dutton, J. M.; Starbuck, W. H.* (1971): Computer Simulation Models of Human Behaviour — IEEE Transactions on Systems, Man and Cybernetics. SMC — Bd. 1 (New York)
- Eysenck, H. J.* (1952): The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. In: *J. Consult. Psychol.* (16) 319—324
- , (1960): *Handbook of Abnormal Psychology* (London: Pittmann)
- Goffmann, E.* (1961): *Asylums — Essays on Mental Patients and Other Inmates* (Garden City: Doubleday)
- Guetzkow, H., Ed.* (1962): *Simulation Science: Readings* (Englewood Cliffs: Prentice Hall)
- Hayakawa, S. I.* (1964): *Language in Thought and Action* (New York: Harcourt, 2. ed.)
- Heigl-Evers, A.; Heigl F.* (1972): Gruppenpsychotherapie: Methoden und Techniken. In: *Nervenarzt* (43) 605—613
- Hidas, G.; Buda, B.* (1967): In: *Magyar Pszichológiai Szemle* (24) 537—551
- , —, (1968): In: *Magyar Pszichológiai Szemle* (25) 104—122
- , —, (1970): Ereignisse der Kommunikation und Aggression in psychoanalytischen Gruppen. *Der Gruppenprozeß vom Standpunkt der interpersonellen Kommunikationstheorie.* In *Dyn. Psychiat.* (3) 192—205
- , —, (1971): Beiträge zur Frage der Kreativität in der Gruppenpsychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 354—372
- Höck, M.* (1973): Zur Methodik der Einleitungsphase in der dynamischen Gruppenpsychotherapie. Unveröff. Manuskript
- Korzybski, A.* (1933): *An Introduction to Non-Aristotelian Systems and General Semantics* (Lakeville: The Non-Aristotelian Library, 4. ed.)
- Kubie, L. S.* (1973) Unsolved Problems in the Use of Group Processes in Psychotherapy. In: *J. Nerv. Ment. Disease* (157) 434—441
- Malan, D. H.* (1973): The Outcome Problem in Psychotherapy Research. A Historical Review. In: *Arch. Gen. Psychiat.* (29) 219—729
- Mitchell, K. M.; Berenson, B. G.* (1970): Differential Use of Confrontation by High and Low Facilitative Therapists. In: *J. Nerv. Ment. Disease* (151) 303—309
- Newton, J. H.* (1968): Therapeutic Paradoxes, Paradoxical Intentions, and Negative Practice. In: *Am. J. Psychother.* (22) 68—81
- Orne, M. T.; Wender, P. H.* (1968): Anticipatory Socialization for Psychotherapy: Method and Rationale. In: *Am. J. Psychiat.* (124) 1202—1212
- Rapaport, D.* (1960): The Structure of Psychoanalytic Theory. A Systematizing Attempt. *Psychological Issues.* Vol. 2, No. 2 (New York: Int. Univ. Press).
- Scheidlinger, S.* (1968): Group Psychotherapy in the Sixties. In: *Am. J. Psychother.* (2) 170—184
- Schindler, W.* (1973): Kontroverse Aspekte der gruppenanalytischen Theorie und Technik. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): *Gruppenpsychotherapie — Beiträge zur Theorie und Technik der Schulen einer psychoanalytischen Gruppentherapie* (Hamburg: Hoffmann & Campe) 324—337
- Secord, P. F.; Backmann, C. W.* (1964): *Social Psychology* (New York: McGraw-Hill)
- Shubik, M., Ed.* (1964): *Game Theory and Related Approaches to Social Behaviour.* Selections (New York: Wiley)
- Tausch, R.* (1968): *Gesprächspsychotherapie* (Göttingen: Hogrefe, 2. Aufl.)
- Vassiliou, G.* (1973): Introducing Operational Goals in Group Therapy. Unveröff. Manuskript
- Watzlawick, P.; Beavin, J. H.; Jackson, D. D.* (1967): *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes* (New York: Norton)
- Weinschenk, C.* (1973): Wann ist ein Verfahren eine Form der Therapie? Diskussionsbemerkung zur Arbeit von *A. Heigl-Evers und F. Heigl* (1972), aaO. In: *Nervenarzt* (44) 274

Adresse des Autors:
 Dr. med. Béla Buda
 I. Batthyány u. 3
 Budapest/Ungarn

Frankfurter Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

Die Wiesbadener Studien- und Arbeitsgemeinschaft der DAP wird zum Frankfurter Lehr- und Forschungsinstitut der DAP erweitert. Das vierte Ausbildungsinstitut der DAP nimmt am 1. 12. 1974 seine Arbeit auf. Die ärztliche und wissenschaftliche Leitung liegt bei Dr. med. habil. Dr. phil. *Wolfram Kurth*, die stellvertretende Leitung hat Dipl.-Psych. *Dietrich v. Kries*; beide sind Lehranalytiker der DAP. Weiter gehören dem Leiter- und Mitarbeiterstab an: Dipl.-Psych., Dipl.-Kfm. *Peter Moldenhauer* (Schatzmeister), *Helmut Buck*, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Dipl.-Psych. *Edeltraud Wolf* (Fachbereich Gruppendynamik), *Thomas Pollak* (Sekretariat).

Wie in den anderen Ausbildungsinstituten wird die Ausbildung zum Psychoanalytiker — verbunden mit der Ausbildung zum Gruppenpsychotherapeuten — gemäß den Ausbildungsrichtlinien der DAP durchgeführt. Außerdem werden in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) Gruppendynamiker ausgebildet.

Weitere Informationen gibt das Sekretariat: *Thomas Pollak*, z. Z. zu erreichen über: Dr. med. habil. Dr. phil. *Wolfram Kurth*, 62 Wiesbaden, Karl-Glassing-Str. 10, Tel.: (0 61 21) 30 63 89.

Vth International Congress of Social Psychiatry, 1.—7. 9. 1974 in Athen

Vom 1.—7. 9. 74 fand in Athen der V. Internationale Kongreß der "International Association of Social Psychiatry (IASP)" statt. Eine Delegation der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), die Korporatives Mitglied der IASP ist, nahm unter Leitung von Dipl.-Psych. *Klaus Semmler* teil.

Im Rahmen eines Symposiums über analytische Gruppenpsychotherapie verlas *Semmler* einen Beitrag von *Günter Ammon*: "Ego-Psychological and Group Dynamic Aspects of Analytic Group Therapy", der lebhaft diskutiert wurde und allgemein große Beachtung bei den mehr als 300 Teilnehmern fand.

Verleihung der Goldenen Medaille der DAP

Vom 8.—10. 9. 1974 fand in Amsterdam das „Third European Symposium on Group Analysis“ der Londoner Group-Analytic Society statt. Als Vertreter der DAP nahmen Dipl.-Psych. *Ursula Keller* und Dr. med. *Mathias Hirsch* teil. Im Rahmen einer festlichen Abendveranstaltung wurde zum zweiten Mal die Goldene Medaille der DAP verliehen, in diesem Jahr an Dr. *S. H. Foulkes*, den Begründer der London Group

Analytic Society. Die Mitgliederversammlung der DAP hatte beschlossen, *S. H. Foulkes* diese Auszeichnung zu verleihen aufgrund seiner bahnbrechenden Pionierarbeit auf dem Gebiet der gruppenanalytischen Psychotherapie, deren Entwicklung in enger Beziehung zur theoretischen und praktischen psychoanalytischen Arbeit der Berliner Schule steht.

Gruppendynamische Klausurtagungen der DGG

Vom 1.—10. 8. 1974 fand in der Tagesklinik für Intensive Gruppenpsychotherapie Stelzerreut/Kumreut im Bayerischen Wald die 5. Gruppendynamische Klausurtagung der DGG unter Leitung von Dipl.-Psych. *Klaus Semmler* (Berlin) statt. 40 Teilnehmer arbeiteten parallel in vier Gruppen.

Die 6. Gruppendynamische Klausurtagung findet vom 25. 12. 1974 bis zum 4. 1. 1975 ebenfalls auf Stelzerreut statt. Anmeldungen bitten wir zu richten an den Fachbereich Gruppendynamik der DGG, 1 Berlin 15, Wielandstraße 27/28.

Gruppenreisen des Psychoanalytischen Kindergartens

Im Juli fuhren drei Gruppen des Psychoanalytischen Kindergartens mit Kindern im Alter von 3—6 Jahren nach Stelzerreut in die Tagesklinik für intensive Gruppenpsychotherapie im Bayerischen Wald, in der zu dem Zeitpunkt keine Patientengruppen waren. Betreuer waren jeweils drei Mitarbeiter des Kindergartens.

Die Reise war ein Erfolg für alle drei beteiligten Gruppen: die Kinder, die Eltern und die Mitarbeiter. Die Kinder fanden in ihrer Gruppe Freude, Geborgenheit, Trost und Verständnis, die Eltern fühlten sich verlassen und konnten gemeinsam darüber sprechen, welche Bedeutung die Trennung für sie hatte, und die Mitarbeiter erfuhren die Freude und Belastung, die es mit sich bringt, Tag und Nacht mit Kindern zusammen zu sein.

Für die Gruppe war das zentrale Thema die Trennung, da neun Kinder den Kindergarten nach den Sommerferien verlassen haben und in die Schule gehen.

Die Kinder leiteten von sich aus den Trennungsprozeß ein, indem sie sich im Gespräch an ihren Eintritt und ihre Geschichte im Kindergarten erinnerten. Der Prozeß der Trennung durchlief verschiedene Phasen: zuerst die Wut auf den Kindergarten, dann die Angst, verlassen zu werden, bis schließlich Trauer zum Ausdruck kam. Die Kinder konnten sich schrittweise die Trauer gestatten und gegenseitig verstehen. Danach waren sie frei, Perspektiven für die nächste Zeit zu entwickeln. Die Gruppe der Schulkinder beschrieb sehr detailliert, wie sie sich neue Freunde suchen, die

Gruppe, die im Kindergarten blieb, überlegte, welche Freundschaften die einzelnen schließen wollten.

Die Reise der im Kindergarten getrennten Gruppen — mittlere und kleine Gruppe — wurde durch gemeinsame Gruppenaktionen und Gespräche vorbereitet. In Stelzerreut war es interessant zu sehen, daß oft die Großen sich aktiv um Gruppengrenzen bemühten und die kleineren Kinder bei Kreisspielen und Ausflügen miteinbezogen. Abends dagegen wurde wieder deutlich, daß es zwei Kindergruppen waren, da die Kinder Schutz und Halt in der eigenen Kindergruppe suchten. Im Spielverhalten zeigte sich auch der altersspezifische Unterschied: die Älteren bevorzugten Rollenspiele, während die Kleinen einen Erwachsenen brauchten, um die Situation zu strukturieren.

Die neue Umgebung ermöglichte es den Kindern, ihre Rolle in der Gruppe zu verändern. Die Erwartungen und Wünsche der Eltern an die Kinder verblaßten, wichtiger wurden die Kindergruppe und die der Mitarbeiter.

In Berlin nahmen die Kinder zum Teil ihre alten Rollen wieder ein, aber dennoch war es eine wichtige Erfahrung, daß die Kinder sich in alternativem Verhalten erleben konnten. Diese Erfahrungen bieten auch den Ansatz, die Probleme in der Arbeit mit den Eltern gemeinsam anzugehen und damit anhaltende Veränderungen zu erreichen.

Gastdozenturen an den Lehr- und Forschungsinstituten der DAP im Wintersemester 1974/1975

25./26. 10. 1974 Berlin und München	Dr. <i>Wolfgang Böhme</i> (Karlsruhe) „Gut und Böse im Individuationsprozeß aus tiefenpsychologischer und theologischer Sicht — ein Vergleich“
29./30. 11. 1974 Berlin und München	Prof. Dr. <i>Rudolf Ekstein</i> (Los Angeles) „Grenzfall - Kinder“
12./13. 12. 1974 Berlin und München	Prof. Dr. <i>Raymond Battegay</i> (Basel) „Ödipus-Komplex, Rivalitätskonflikt, narzißtisches Gruppenselbst: drei Kernprobleme der Gruppenanalyse“
31. 1./1. 2. 1975	Prof. Dr. <i>Raoul Schindler</i> (Wien) Thema wird noch bekannt gegeben
6./7./8. 3. 1975 Berlin, München und Düsseldorf	Prof. Dr. <i>Boris Luban-Plozza</i> (Locarno) „Die Arbeit mit Balint-Gruppen und ihre Bedeutung für die psychosomatische Medizin“

Kongreßankündigungen

Das VII. Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse findet vom 1.—5. 8. 1975 im Kongreßzentrum „San Domenico“ in Taormina/Sizilien statt unter dem Leitthema „Probleme der psychoanalytischen Ausbildung“.

- 1.—4. 10. 1974 *Gütersloher Fortbildungswoche*
(Westfälisches Landeskrankenhaus Gütersloh)
8. 12. 1974 *The American Academy of Psychoanalysis*
(Kingston/Jamaica)
John A. P. Millet, M. D., Chairman
40 Gramercy Park North
New York, N. Y. 10010
“Transcultural Psychiatry”
- 4.—8. 2. 1975 *AGPA-Conference*
(San Antonio, Texas)
Dr. Zanvel Liff and Dr. Howard Kibel,
Program Co-Chairman
1865 Bradway, 12th Floor
New York, N. Y. 10023
- 15.—19. 9. 1975 *3rd Congress of the International College of
Psychosomatic Medicine*
(Rom)
Prof. Ferruccio Antonelli, Chairman
Via della Camilluccia 195
I-00135 Roma
- 25.—29. 9. 1975 *4. Tagung der Internationalen Studiengemeinschaft
für Pränatale Psychologie (ISPP)*
(Schloß Weidenkam, Ambach/Starnberger See bei
München)
Sekretariat: Dr. F. Kruse
62 Wiesbaden
Stanleystr. 26
„Aspekte und Praxis der pränatalen Psychologie
und Psychotherapie“

Papers on Piagetian Concepts Requested for the Fifth Annual International UAP Conference on Piagetian Theory and the Helping Professions

The University Affiliated Program at Childrens Hospital of Los Angeles and the USC School of Education are co-sponsoring a oneday conference at Edison Auditorium of the University of Southern California

on "Piagetian Theory: The Helping Professions and the School Age Child" on January 24, 1975. A major address will be given by a well known Piagetian scholar. Recent films dealing with Piagetian concepts will be shown. The afternoon session will include student papers and Piagetian test demonstrations. Monographs containing the papers of the previous conferences are available at a small fee.

If you are interested in submitting a theoretical or applied paper dealing with Piagetian Concepts or wish further information, please contact:

Piaget Conference Committee
University Affiliated Program
Childrens Hospital of Los Angeles
P. O. BOX 54700
Los Angeles, California 90054