

Odag, Celal

Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 2, S. 75-80

urn:nbn:de:bsz-psydok-28986

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen	1	drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation)	25
In Memoriam Hermann Stutte	285	B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Family-therapy)	207
Aus Praxis und Forschung			
W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents)	87	M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents)	213
E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy)	300	H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose) . .	93
C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy)	143	M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“)	266
W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresses Matrices)	180	E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development)	231
G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa) . . .	291	A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview)	125
H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety)	298	W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder) . .	308
H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children)	9	A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children)	15
R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation)	103	A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises) . .	50
R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy)	19	T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder)	223
B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers)	98	H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention)	35
B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parents-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children)	173	R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK?	286
Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?)	253	H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhangs- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation)	3
G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Children in Connection with Educational Counselling)	56	G. Süssenbacher: Die Verwendung eines Märchenentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung einer Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia)	185
A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents)	191	A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test) . .	150
M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry)	41	P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy)	47
K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches)	260	P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy) . .	218
P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypen – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-		Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge	
		B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality)	64
		G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders)	277
		R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments)	110

H. E. Kehrner u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei früh-kindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism)	60
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children).	238
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling)	160
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikt-erziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School)	243
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child)	155
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy)	201
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families)	271
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents)	313

Bericht aus dem Ausland

C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara)	75
---	----

Tagungsberichte

H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6. 9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich)	116
H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21. 10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“)	81
H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“)	118
H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30. 7. 1982 in Dublin	318

Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie	249
Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten	171
Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose	171
Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher	250

Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	
---	--

Bericht aus dem Ausland

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Direktor Professor Dr. *Celal Köksal*)

Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara

Von Celal Odag

Zusammenfassung

In diesem Beitrag habe ich über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen berichtet, die in der Psychiatrischen Klinik der Universität Ankara gemacht wurden.

In dieser Klinik werden Jugendliche mit vorwiegend neurotischen Störungen aufgenommen. Die Behandlung wurde im Team durchgeführt.

Wir gingen davon aus, daß die Gruppen ein günstiges Beobachtungsfeld nicht nur für die psychodynamische Diagnostik, sondern für das Erkennen soziodynamischer Prozesse im Team sind, die sich in den Jugendlichen-Gruppen sehr leicht niederschlagen und vice versa.

Durch die wechselseitige Beeinflussung der Gruppen kann ein therapeutischer Erfolg in der Jugendlichen-Gruppe auch die Gruppe der Betreuer positiv beeinflussen und so zur Integration beitragen.

Auf einige Merkmale der Technik der Gruppentherapie sowie auf die Auffälligkeiten der Sitzungen, vor allem auf die Rolle der Gegenübertragung wird besonders eingegangen. Unter strukturellen Gesichtspunkten wird außerdem die Entwicklung der Realitätsprüfung besonders erwähnt.

Allgemeines

Die psychotherapeutische Behandlung von Jugendlichen, die immer noch hinter der Kinder- und Erwachsenentherapie zurücksteht, erfährt seit den sechziger und vor allem seit den siebziger Jahren ein zunehmendes analytisches Interesse in therapeutischen Einrichtungen.

Vor nicht allzu langer Zeit beklagte *A. Freud* die stiefmütterliche Behandlung der Pubertätsforschung (1960). Nach ihrer Meinung ist die analytische Pubertätslehre immer noch Stückwerk, unzulänglich und unbefriedigend, besonders im Vergleich mit unseren viel tiefer gehenden Kenntnissen über die ersten Kinderjahre. *Jacobson* sieht die Gründe dieses Rückstandes nicht nur in der Unfähigkeit der erwachsenen Patienten, die emotionalen Aktionen der Adoleszenten wiederzubeleben (*A. Freud*), sondern auch in der selektiven Konzentration der Analytiker auf die Kinderjahre bei einer Vernachlässigung der Adoleszenz. *Erikson* hat auf diese Vernachlässigung mehrmals hingewiesen, die nach ihm um so schwerwiegendere Folgen hat, da die seelische Entwicklung nicht schon mit dem 6. Lebensjahr, sondern erst nach den Pubertätsjahren abgeschlossen ist.

Diese Betrachtungsweise führte dazu, daß die Therapie von Jugendlichen weitgehend von Erfahrungen aus der Erwachsenen- und Kindertherapie beeinflußt war. Nicht selten entwickelten sich folglich Behandlungsformen, in denen die Jugendlichen durch Spieltherapie, Beschäftigungstherapie, durch Erziehungsmaßnahmen mehr wie Kinder [15–20] behandelt wurden. Darunter sind sogar solche Meinungen wie die zu hören, „daß man das fruchtbarste therapeutische Gespräch mit einem Jugendlichen in einer Gaststätte führen könne“ [15]. Es war auch keine Seltenheit, daß die Behandlung von Jugendlichen unter Einhaltung analytischer Regeln mehr die Form einer Erwachsenentherapie annahm [3, 10, 17, 18, 19, 21].

So erinnert man sich z.B. in Tiefenbrunn immer noch daran, wie ein Versuch mit der Aufnahme von Jugendlichen in die Erwachsenengruppe den erwünschten Erfolg verfehlte. Doch durch die Entwicklung der letzten Jahre, in der die erzieherischen Maßnahmen mit psychotherapeutischen Mitteln, die auf eine innere Änderung abzielten, integriert wurden, scheint die Jugendpsychotherapie mehr an Eigenständigkeit gewonnen zu haben [2, 5, 20, 23, 24, 25]. Trotz dieser auseinandergehenden Ansichten der verschiedenen Autoren herrscht dennoch Übereinstimmung darüber, daß psychotherapeutische Behandlung von Jugendlichen eine äußerst schwierige Angelegenheit darstellt [2, 6, 14, 17, 20, 24, 25].

So schreibt *Jacobson*, daß nach der Meinung aller analytischen Experten auf diesem Gebiet unsere Einsichten in die verwirrenden emotionalen Erscheinungen und Symptomatologie dieser Entwicklungsphase bis jetzt weit davon entfernt ist, vollständig zu sein. Es ist auch nicht verwunderlich, daß in dieser schwierigsten Phase des Lebens den vielfältigen Problemen entsprechend in der Behandlung Schwierigkeiten auftreten können. Die zur Bewältigung anstehenden Aufgaben dieser Lebensphase mit den entsprechenden Konflikten und Prozessen der Veränderung und Wandlung beeinflussen natürlich in erheblichem Maße die Therapie, in der Schritte normaler Entwicklung mit der psychopathologischen Auffälligkeit zusammenstoßen. Dies bringt mit sich, daß häufig die Grenzen zwischen „Normalem“ und „Pathologischem“ sich verwischen, was für den Beobachter und Therapeuten Schwierigkeiten besonderer Art mit sich bringen kann. Es empfiehlt sich daher, diese Schwierigkeiten als strukturelle anzusehen, das heißt, als zur Struktur einer Behandlung Jugendlicher gehörig.

Unser Stand in Ankara

Vorwegnehmend müssen wir erwähnen, daß die Errichtung einer Jugendlichenstation innerhalb einer psychiatrischen Klinik Probleme besonderer Art mit sich bringt. Schon auf der Suche nach geeignetem Personal stoßen wir auf großen Widerstand anderer Mitarbeiter. Kaum war dieses Problem behoben, gab es Anlaß zur Besorgnis, das geeignete Personal als notwendiges Orientierungsobjekt längere Zeit auf der Station zu behalten. Gleichzeitig schienen uns eine der Errichtung der Station vorausgehende

Vorbereitung zu Informationen und Kenntnissen über das jugendliche Alter, sowie ein therapeutisches Bewußtsein seiner Probleme, ungenügend zu sein. Das Tiefenbrunner Modell [23] hat uns in Ankara bei der Bewältigung der therapeutischen Probleme viel geholfen. Der diesem Konzept zugrunde liegende Gedanke liegt uns nahe; danach sind die mannigfaltigen Aufgaben der Therapie als eine Gemeinschaftsleistung lösbar, die eine Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen wie Arzt, Psychotherapeut, Psychologe, Erzieher, Schwestern, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten, Pädagogen usw. erfordert. Bei der „interdisziplinären“ Zusammenarbeit nehmen Gruppentherapien einen besonderen Raum ein. Die Notwendigkeit zur dynamischen Betrachtungsweise der Gemeinschaft gibt solchen Gruppen eine besondere Bedeutung. Gruppenzugehörigkeit ist in mehrfacher Hinsicht für heranwachsende Jugendliche bedeutungsvoll. Wie ein einzelner Jugendlicher im Widerspruch zu seinem Streben nach Autonomie von der Umwelt abhängig und auf sie angewiesen ist, wie der Jugendliche überempfindlich auf seine Mitmenschen reagiert, so befindet sich die Gruppe von Gleichaltrigen in absoluter Abhängigkeit von der Gruppe des Teams und reagiert ebenso empfindlich auf sie. Daher sind die Gruppen ein günstiges Beobachtungsfeld nicht nur für die psychodynamische Diagnostik, sondern auch für das Erkennen soziodynamischer Prozesse in der Gemeinschaft, die sich in diesem Abhängigkeitsverhältnis in den jugendlichen Gruppen sehr leicht niederschlagen und vice versa. Durch diese intensive Beeinflussung beider Gruppen kann ein therapeutischer Erfolg in der jugendlichen Gruppe auch die Gruppe von Betreuern positiv beeinflussen und so zur Integration der Gemeinschaft beitragen. Neben diesen diagnostisch sowie integrativen Funktionen sind die therapeutischen Aufgaben der Gruppe ein unverzichtbarer Bestandteil unserer Gemeinschaftsleistung.

Auf der Station nehmen alle Jugendlichen an den Gruppen teil, die in der Woche zweimal stattfinden und von 50 Min. Dauer sind. Daran schloß sich eine Diskussion über die Gruppe mit allen Mitarbeitern an.

Zur Technik

Die auffälligen Besonderheiten von Jugendlichen erfordern dringend eine Modifikation der analytischen Technik. Die interaktionelle Gruppe [4, 12, 13] hat sich bei uns sehr gut bewährt, da bei solchen Methoden die Regression durch die Aktivität des Therapeuten vermieden werden kann. Außerdem scheinen uns die Regel der selektiven Authentizität sowie das Lenken der Aufmerksamkeit auf das Hier und Jetzt und die Anwendung von Feedback den phasenspezifischen Eigenschaften der Jugendlichen eher zu entsprechen, da diese ja mit der Gegenwart beschäftigt sind [6], authentische Äußerungen des Therapeuten leichter akzeptieren können, und auf der Suche sind, im Spiegel des anderen zur eigenen Identität zu gelangen [5]. Sehr häufig haben wir die Erfahrung gemacht, daß ein gegebener Feedback eine brauchbare Anwendung als Spiegel fand, in dem

die Jugendlichen die Wirkung des eigenen Tuns auf die anderen erleben können. Das Streben des Therapeuten, auf der Ebene des bewußten manifesten Verhaltens zu operieren [3], kommt gerade dem Kampf des Adoleszenten um die Beherrschung seines Unbewußten sowie seinen Bedürfnissen nach der Findung neuer Orientierungsobjekte sehr zugute.

Es darf auch nicht vergessen werden, daß die jugendlichen Patienten unvermittelt von einer Affektlage in die andere fallen und dem Analytiker kaum Zeit und Möglichkeit geben, eine bestimmte Technik strikt zu befolgen und wenigstens seine technischen Hilfsmittel den ständig wechselnden Bedürfnissen des Falles anzupassen [6]. Erforderlich ist daher eine erhöhte Flexibilität des Therapeuten in der Durchführung der interaktionellen Gruppenmethode. Die analytischen Grundkenntnisse sowie die Beherrschung der analytischen Technik haben wir hier zum diagnostischen Verständnis soziodynamischer Prozesse genutzt.

Neben den raschen Stimmungsschwankungen erschweren die ungleichmäßigen Reifungsgrade verschiedener seelischer Instanzen und innerhalb der Altersgruppe zusätzlich die Anwendung einer strengen Technik. So fällt es etwas schwer, uns von der praktischen Brauchbarkeit einer Aufteilung in interaktionelle analytische oder analytisch orientierte Gruppenmethoden nach der Altersverteilung [8] begeistern zu lassen, obwohl wir deren theoretischen oder didaktischen Wert zu schätzen wissen.

Einige Merkmale der Sitzungen und die Rolle der Gegenübertragung

Die Sitzungen weisen Merkmale auf, die durch Konflikte und Probleme des Jugendlichen anders als gewohnt determiniert sind. Eine häufige Beobachtung ist, daß es in den Gruppen sehr leicht zum Stimmungswechsel kommt. Die sich einstellenden Spannungen können sich mit großer Schnelligkeit ausweiten. Die Ähnlichkeit phasenspezifischer Probleme einzelner Jugendlicher sowie die instabilen Ich-Grenzen fördern diese rasche Ausweitung. So kann ein Konflikt, der von einem einzelnen ausgeht, sehr bald zu einem einheitlichen Thema der Gruppe werden oder zu einer einheitlichen Spannung führen. Da braucht man viel Glück, um herauszufinden, was von wem ausgeht. Die Situation ist um so schwieriger, als es in der Gruppe zu raschen reversiblen Verdichtungen von Problemen und Konflikten und emotionalen Prozessen kommt. In Ankara hatten wir die Gewohnheit, die einzelnen Gruppensitzungen mit dem einzelnen Jugendlichen gleichzusetzen. Die Ängste, die Spannungen, die ohnmächtige Wut oder der aktive Haß gegen die Erwachsenenwelt [6], die starken Schuld- und Schamgefühle [4] einzelner Jugendlicher schlagen sich in rascher Form in der Atmosphäre der Gruppe nieder. Sie verdichten sich ganz schnell zu einem komplexen Gebilde. Diese Komplexität seelischer Prozesse stellt eine Verdichtung dar, deren Beschreibung häufig unmöglich ist, da nicht alle Elemente erfaßt und analysiert werden können. Andererseits lösen sich die komplexen Verdichtun-

gen ebenso schnell auf wie sie sich bilden, was die Behandlung erschwert und gleichzeitig in den Grenzen des Machbaren hält. Die weiteren Merkmale einzelner Jugendlicher, z. B. das schnelle Pendeln zwischen regressiven und progressiven Tendenzen, die herabgesetzte Angsttoleranz, die extreme Empfindlichkeit, die erhöhte Selbstwahrnehmung auf Kosten der Realitätsprüfung [2] und die starke Phantasietätigkeit [7] geben den Sitzungen einen Charakter, der der Stimmung, in der sich der einzelne Jugendliche befindet, ähnelt. All das macht die Anwendung einer Technik in Gruppen notwendig, wie sie auch in Einzelbehandlungen von Jugendlichen angezeigt ist. Wie in den therapeutischen Einzelsitzungen muß der Gruppenleiter aktiver und flexibler sein als dies sonst in Erwachsenengruppen üblich ist. Die Aktivität des Therapeuten stellt eine Anpassungsleistung an die von den Jugendlichen erzeugte Atmosphäre dar. In Ankara hatten wir den starken Eindruck, daß es nicht so sehr auf die Aktivität des Therapeuten, sondern auf die Flexibilität ankommt. Bei den Interventionen ist es nicht so von Bedeutung, daß er mehrere Male interveniert, sondern die Flexibilität besitzt, seine passive beobachtende Rolle zu einem richtigen Zeitpunkt in ein aktives Intervenieren umzusetzen und sich an die schnelle Wandelbarkeit der Sitzungen anzupassen. Eine Bereitschaft, von der geläufigen Technik abzuweichen, neue Ideen und Initiativen zu akzeptieren, gehört auch zu dieser Beweglichkeit des Therapeuten.

Besondere Beachtung verdient auch das Schweigen und das Fragenstellen in der Gruppe. Das Schweigen Jugendlicher in Gruppen kann derartig hart und intensiv sein, daß es alle therapeutischen Versuche zum Scheitern bringt. Natürlich kennzeichnet es auch einen Zwiespalt, in dem Jugendliche sich befinden: Einerseits scheinen sie zum Schweigen fest entschlossen, andererseits bringen sie durch Ernst, Langeweile, durch bloßes Vorsichhergucken, also in Mimik und Gestik zum Ausdruck, daß sie dieses Schweigen eigentlich auch nicht wollen. In solchen Sitzungen kommt es für den Therapeuten sehr entscheidend darauf an, daß er seine Gegenübertragungsgefühle, die zwischen Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Ratlosigkeit und Sich-unter-Druck fühlen auf der einen und hoffnungsvoller Begeisterung auf der anderen Seite hin- und herpendeln, recht genau registriert, obwohl die Intensität sowie der schnellere Wechsel der Übertragungen verwirrende Gegenübertragungsgefühle hervorrufen, die häufig mit einer gewissen Ohnmacht verbunden sind. Trotzdem ist über die präzise Wahrnehmung von Gegenübertragungsgefühlen die Möglichkeit gegeben, mehr Aufschluß über die Art und Weise des Schweigens zu erhalten und in die Lage versetzt zu werden, sich so zu verhalten, daß die Gruppe nicht einer regressionsfördernden Situation überlassen wird bzw. zu früh durch aktives therapeutisches Eingreifen Entwicklungen, die durch Schweigen eingeleitet werden, zu verhindern. Unsere bitteren Erfahrungen in Gruppen haben unseren Glauben an die Gefahr frühzeitiger Deutungen des Schweigens in bestimmten Momenten verstärkt. Während man Erwachsene in Gruppen durchaus längere Zeit dem Schweigen überlassen kann, ist dies bei Jugendlichen nicht ratsam, da hier der Angstpegel viel schneller steigt, die Angsttoleranzgrenze niedriger ist

und die Nichtberücksichtigung dieser Umstände die Zusammenarbeit (Arbeitsbündnis) in der Gruppe zerstören kann. Ich erinnere mich, an solchen kritischen Punkten in Ankara manchmal die Sitzungen früher beendet zu haben. Häufig kommt es vor, daß in der Gruppe Fragen an den Therapeuten gestellt werden. Sie können am Anfang der Sitzung oder nach einem chaotischen Gespräch an den Therapeuten oder unmittelbar in den Raum gestellt werden. Die Aufrichtigkeit, Offenheit, Ehrlichkeit und die Not des Jugendlichen erfordert vom Therapeuten ein hohes Maß an Authentizität, Aufgeschlossenheit und Zuverlässigkeit. Die Jugendlichen haben ein scharfes Gespür für Dinge, die von Herzen kommen und wahr sind. Daher darf der Therapeut weder Antworten geben, die nicht glaubhaft sind, noch die Fragen in aller Eile beantworten. Bei einer eiligen Antwort muß er bitter erfahren, wie schnell seine Argumente von den Jugendlichen zunichte gemacht werden. Entzieht er sich und gibt keine Antwort, kann seine Zuverlässigkeit infrage gestellt werden und sich der Ärger darüber verstärken und eine Zusammenarbeit verhindern. Als groben Fehler empfinden wir, wenn sich der Therapeut, überzeugt von seinen Erfahrungen, als Vielwisser hinstellt. Dann muß er bald sehen, wie dürftig seine Antwort im Vergleich zur Antwort der Jugendlichen ist. Am besten ist es, wenn er eine Antwort gibt, die gleichzeitig die Jugendlichen zur Zusammenarbeit aktiviert. Gewöhnlich gehen wir mit der Fragestellung wie folgt um: „Sie fragen mich mit so klugen Augen? Sie fragen mich, obwohl ich den Eindruck habe, sie haben bereits eine eigene Antwort! Sie fragen mich, obwohl sie häufig die Frage selbst so gut beantwortet haben. Ich denke so, ich weiß aber nicht, wie Sie darüber denken.“ Das möchten wir mit einem Beispiel verdeutlichen: In einer Sitzung stellte ein Jugendlicher plötzlich eine Frage: „Warum rauchen wir?“ Erstaunlich rasch wurde die Frage zum allgemeinen Thema der Gruppe. „Aus Neugier“, sagte einer; „aus Langeweile“, sagte ein anderer; „aus Protest“, redete ein dritter dazwischen. Es kam ein Einfall nach dem anderen. „Um in Kontakt mit anderen zu kommen, um sich zu behaupten, den Erwachsenen nachzuahmen, als Erwachsener aufzutreten.“ Sehr beeindruckt waren wir von der Originalität dieser Einfälle. Man spürte die erhöhte Kreativität der Sitzung mit Genugtuung. Die Kette der Einfälle, die als eine neue Entdeckung der Diskussion erlebt wurde, wurde ohne Einbußen von Neuartigkeiten fortgesetzt. „Um einiges zu vergessen, sich als Mann zu fühlen, sich abzulenken, die Unsicherheit zu überbrücken, um den Kumpanen nicht abzulehnen, um mit den anderen zusammenzubleiben, um besser denken zu können, usw.“ In der Sitzung wurde noch über die Frage diskutiert. Man merkte, wie die Atmosphäre lockerer und entspannter wurde, so daß sich der Therapeut eine Bemerkung erlauben durfte: „Ich habe den Eindruck gewonnen, daß jeder durch seinen Einfall gleichzeitig eine persönliche Schwierigkeit zur Sprache gebracht hat, z.B. daß er sich nicht durchsetzen kann, daß er nicht Kontakt aufnehmen kann“. Diese Äußerung fand in der Gruppe durch verständnisvolles Kopfnicken eine allgemeine Anerkennung, was uns völlig befriedigte. Häufiger hatten wir erlebt, wenn in der Gruppe Fragen nach dem Sinn der Behandlung, nach der Definition einer seelischen Erkrank-

kung, nach der Regel und Ordnung, die in der Gesellschaft herrschen, gestellt wurden, daß der Therapeut selber bei der Bearbeitung eines Problems von den neuartigen Ideen eines Jugendlichen viel lernen könnte, vorausgesetzt, daß er auf die adaptive Regression im Dienste des elastischen Ichs eines Jugendlichen, die sich in der Kreativität und im sinnvollen Gebrauch von Phantasie äußert [1], achtet.

Wenn man die Adoleszenz als ein Dasein betrachtet zwischen schmerzlichem Abschiednehmen von der Kindheit und den Toren, die den Zugang zu dem bislang unbekannten Leid des Erwachsenenlebens freigeben, wenn man von der Triebfreiheit, Freiheit des Fühlens, des Denkens, des Handelns [14] spricht, von der Trauer des Adoleszenten, der sich von seinen Eltern lösen und sich auf die Suche nach neuen Objekten begeben muß, wenn von De- und Reorganisationen des Ich und Über-Ich [14], von den neuen Objektbeziehungen die Rede ist, wenn man die Adoleszenz als eine Zeit definiert, in der es hauptsächlich um die Frage der eigentlichen Identität geht [5], wenn man all das in den Vordergrund stellt, vernachlässigt man unwillkürlich die Tatsache, daß zu diesem Dasein auch ein rasches, starkes physiologisches Wachstum gehört, dessen überschießende Energie sich im Handeln, im Denken und in Emotionen niederschlägt. Der erhöhte motorische Drang eines Jugendlichen, der sich im Bedürfnis „immer in Bewegung zu sein“ [2] oder „immer hinter etwas herlaufen zu müssen“ [5] manifestiert, die intensiven Emotionen sowie die verstärkte Phantasietätigkeit [17], die sich in erfinderischen geistigen Tätigkeiten äußert, sind vorwiegend diesem Zuwachs an Energien zuzuschreiben. *Freud* hat als erster auf die Wechselwirkungen psychischer und physischer Energien hingewiesen [7]. So wird von ihm auch das psychische Libidoniveau als in deutlicher Abhängigkeit von organischen Veränderungen (z.B. Pubertät oder Klimakterium) vorgestellt. Er räumt körperlichen Faktoren einen Einfluß auf die Verteilung psychischer Energien ein. Der Zuwachs an Triebenergie in der Adoleszenz, die unaufhörliche gegenseitige Beeinflussung von Ich und Es [21], verdient in der Gruppenarbeit eine besondere Beachtung, da sie ja in intensivsten Gefühlsäußerungen, in faszinierenden, lebendigen, neuartigen Einfällen zum Ausdruck kommt. Auch die Intellektualisierung als spezielle Abwehr von Jugendlichen (*A. Freud*) bleibt von diesem Zuwachs an Energie nicht unberührt, so daß die dazugehörigen Einfälle reicher und origineller sind. In Gruppen findet man selten Einfälle, die steril, trocken, stereotyp oder mechanistisch wirken, wie wir sie in extremer Form bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne oder bei Charakterneurotikern vorfinden. Außerdem wird die Intellektualisierung von stärksten Emotionen begleitet. Diese intensivsten Begleitaffektionen können sogar die Überhand gewinnen. Dabei werden die Probleme so intensiv affektualisiert, daß man zu ihnen keinen Zugang mehr finden kann. In dem Fall einer Affektualisierung (*Volkan*) scheint die Gruppe in eine tiefe Emotionalität versunken zu sein. Es gibt keine Bewegungen mehr in der Sitzung. Die Sprache ist wie verloren. Man sitzt unbeweglich da, wobei man mit ungu-ten Gefühlen die Stärke der Emotionen fühlt und nicht genau weiß, ob eine starke Regression im Gange ist.

Ein anderer Unterschied zu der Erwachsenengruppe, die wir in Ankara beobachtet haben, besteht darin, daß man häufig mit einem frustrierten Gefühl die Gruppe beendet, als wäre die ganze Sitzung im Sande verlaufen, als hätten die Interventionen des Therapeuten ihr Ziel nicht erreicht. Unsere allgemeinen Beobachtungen bestätigen jedoch den Eindruck nicht ganz. Sehr häufig haben wir als angenehme Überraschung erlebt, daß die Jugendlichen doch auch in den Sitzungen einiges gelernt und erfahren haben, in denen alles im Sande zu verlaufen schien. Das möchten wir an einem Beispiel belegen: In einer Sitzung eröffnete ein Jugendlicher das Gespräch, der handwerklich begabt war und trotz eines Mangels an Geräten und Material, wie es in der Türkei üblich ist, eine merkwürdige Maschine gebaut hatte. Er beschwerte sich über den Stationsarzt, daß dieser zu wenig Interesse für seine Maschine gezeigt hätte, als er sie ihm vorzeigte. Deshalb habe er den Mut verloren. Nach dieser Äußerung koalierte ein anderer Jugendlicher mit ihm und beschwerte sich auch über den Stationsarzt, daß er, ohne auf seine Fragen einzugehen, die er gerade am Anfang auf der Treppe gestellt hatte, fortgegangen sei. Er hätte auch keine Lust gehabt, ihm nachzulaufen. Alle anderen Jugendlichen beteiligten sich an den Beschwerden über den Stationsarzt und vermittelten den Eindruck, daß sie zu schnell den Mut verloren hätten. „Es hätte sowieso keinen Sinn“ war der Tenor, „was kann man sonst tun?“. Je mehr sich die Jugendlichen in der Sitzung über den Stationsarzt beschwerten, desto mehr konkretisierte sich, daß sie zu schnell den Mut verloren. Der Therapeut seinerseits empfand unter anderem eine Ohnmacht und Hilfslosigkeit, weil die Jugendlichen zu schnell aufgaben. Diese Hilfslosigkeit verstärkte sich, als die Jugendlichen seine Intervention: „Ich spüre in mir eine gewisse Unsicherheit, weil sie so schnell aufgeben“, nicht wahrgenommen zu haben schienen. Die Gruppe blieb trotz dieser Intervention passiv. Die weiteren Äußerungen des Therapeuten: „Ich könnte mich mit denjenigen besser verständigen, die nicht sofort aufgeben“, reichte nicht aus, die Gruppe in gewissem Maße in Gang zu bringen. In der anschließenden Diskussion mit den Beobachtern über die Gruppe war der allgemeine Eindruck, daß das bei den Beobachtern gut angekommene Feedback von den Jugendlichen nicht richtig wahrgenommen worden war. Die Sitzung schien daneben gelaufen zu sein. Eine angenehme Überraschung war aber für uns, daß die Verhaltensweisen von Jugendlichen auf der Station diese Beobachtung nicht ganz bestätigt hatte. Am nächsten Tag fand der Stationsarzt in der Frühversammlung Jugendliche vor sich, die sehr aktiv waren und Fragen, die sie gestellt hatten, bis zum letzten verteidigen wollten. Der Stationsarzt bestimmte das so: Er würde sie nicht wiedererkennen. Es schien, als wäre etwas Neues, etwa Besonderes geschehen!

Hier muß betont werden, daß man aus einer einzigen Erfahrungen nicht den Schluß ziehen sollte, daß die Normen, die in der Gruppe herrschen, umgebildet seien, daß alles geregelt sei, daß die Jugendlichen gelernt hätten, die Initiative zu ergreifen. Wir gehen hier von der Vorstellung aus, daß für die Re- und Umorganisation von Ich und Über-Ich, sowie für die Bearbeitung von erneut auf-

geflamten prägenitalen und genitalen Problemen und für die bessere Realitätsprüfung eine gewisse Zeitspanne notwendig ist, in der es zu häufigen Wiederholungen kommt, die sich von den unter Wiederholungszwang stehenden Handlungen sowie von den Stereotypen vorwiegend durch ihre leichten Veränderungen zu neuen Verhaltensmustern unterscheiden. Einfach durch das Wiederholen einer Handlung, eines Gedankens, einer Emotion kann der Adoleszent damit vertraut werden und anfangen, sie zu tolerieren [2]. So können die neuen Verhaltensmuster und Einstellungen weiterhin stabilisiert und zu eigen gemacht werden.

Strukturelle Gesichtspunkte

Der o.g. Prozeß geht Hand in Hand mit einer Entwicklung der Realitätsprüfung. Nach unseren Empfindungen leistet die Gruppe einen beachtlichen Beitrag zur Veränderung der Wahrnehmung, die sich auf die realen Objekte ausdehnt. Das bedarf einer Erläuterung: In den Sitzungen ist oft von Personen die Rede, die exorbitante Qualitäten besitzen.

Häufig wird von Menschen, Ideen und Zielen gesprochen, die das Maß des Normalen weit übersteigen. Diese Personen sind groß, stark, unfehlbar. Werte, die in den Grenzen des Durchschnitts liegen, werden sogar verpönt. Es kann einem Jugendlichen z.B. schwerfallen, vom Beruf seines Vaters in der Gruppe zu reden, da es sich ja in der Regel um einen ganz normalen Beruf handelt, und ebenso kann es allgemeines Gelächter auslösen, wenn einer sein Berufsziel als Kranführer oder als Kellner bekanntgibt. Als Schauplatz projektiver Repräsentanzen des Selbst und der Objekte [6–22] ermöglicht uns die Gruppe, einige Merkmale dieser Repräsentanzen festzustellen. Wie eben geschildert, sind diese dem Wunsch bestimmten Repräsentanzen sehr nahe [14]. Außerdem haben die Grenzen zwischen Selbst und Objektrepräsentanzen noch keine endgültige Stabilität erreicht. So kommt es manchmal vor, daß man von Fremden spricht, als wäre man es selbst, oder umgekehrt sich mit Eigenschaften eines Fremden ausstattet. Unter diesen Umständen ist es manchmal schwer, die Selbstrepräsentanzen von Repräsentanzen der Objekte zu trennen. Die Lage wird um so komplizierter, je mehr die projektiven Über-Ich-Normen in diese Prozesse eindringen. Das in der Adoleszenz in Umbildung stehende Über-Ich-System besteht bis dahin aus partiellen Identifizierungen mit idealisierten Elternimages sowie mit elterlichen Normen, Forderungen und Verboten [14]. All das wird in der Gruppe in der Form projiziert, wie es im einzelnen Individuum in primitiver Weise introjeziert wurde. Entsprechend wird in der Gruppe von Verboten, Strafen oder Forderungen gesprochen, die mit übermäßigen Qualitäten ausgestattet sind. Sie werden ihrer primitiven Natur nach als mächtig, als zu streng, als zu brutal, als rücksichtslos strafend erlebt. Und dies um so mehr, als die unmittelbaren Beziehungspersonen auf der Station so dargestellt werden, als bestrafen sie jede Bewegung von Jugendlichen mit totalem Rückzug von Zuwendung oder mit einem Rausschmiß aus der Klinik. In seltenen Fällen sollen sie auch diejenigen sein,

die die Jugendlichen in die geschlossene Abteilung der Klinik einsperren. Was in der Gruppe häufiger die Oberfläche beherrscht, sind weniger die Angst, weniger die Scham- und Schuldgefühle, sondern Äußerungen der Wut gegenüber Forderungen, strengen Verboten und rücksichtslosen Strafen. Man schimpft über die Strenge der Regeln, die Verständnislosigkeit der Erwachsenen, die Brutalität der Gemeinschaft, ohne sich dabei bewußt zu sein, daß es sich um die eigenen projizierten Normen handelt. Unser Stationsarzt, der sich von diesem Vorgang nicht richtig distanzieren konnte, platzte einmal auf einer Sitzung, in der über seine rücksichtslose Strenge reichlich geschimpft wurde, heraus: „Ich bin aber nicht so brutal, nicht so verständnislos, nicht so böse, wie die mich erleben.“ Durch diese ständige Auseinandersetzung in der Gruppe bei konstant bleibenden äußeren Objekten sowie bei fehlenden negativen Sanktionen kann der Jugendliche die schmerzliche Diskrepanz zwischen real und wunschbestimmten Objekten sowie die Irrealität seiner Über-Ich-Forderungen besser wahrnehmen. So kann er seine erfüllte Selbstwahrnehmung auf reale Objekte ausdehnen zugunsten einer besseren Realitätsprüfung [2]. Gleichzeitig fördert das Netz vielfältiger Interaktionen in der Gruppe diesen Prozeß [22], der dann in einer Einzeltherapie noch unterstützt und vervollständigt werden muß. Um zu einer gesunden Realitätsprüfung zu gelangen, in der die Fähigkeit hergestellt ist, differenzierte Objekte wahrzunehmen, die Gegenwart von der Vergangenheit zu unterscheiden [22] und zur Stabilisierung der neuen Ich- und Über-Ich-Identifizierungen und zu neuen Objektbeziehungen zu gelangen, braucht der Jugendliche die Schonung der Einzeltherapie, in der er seine Schwäche zugestehen kann, was in der gefährlichen Atmosphäre der Gruppe schwer realisierbar ist. Diese Gruppenatmosphäre ist für die Jugendlichen um so bedrohlicher, als die Schamgefühle und die narzißistischen Kränkungen, die infolge eines erlebten Defizites eintreten, in Anwesenheit der anderen Gruppenmitglieder noch intensivere Formen annehmen. Außerdem können diese in der Gruppe gegebenen Defizite als Waffe in der Rivalitätsauseinandersetzung gegeneinander benutzt werden.

Summary

Some Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara

This article contains a report about some experiences with groups of adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara, where adolescents with mainly neurotic disorders are treated, the treatment being conducted within a team.

It was assumed that the observation of group processes represents a good possibility not only for psychodynamic assessment but also for the recognition of socio-dynamic processes within the team, which might be reflected in the patient group and vice versa. Through this reciprocal influence of both groups a therapeutic success in the groups

of adolescents might have a positive influence on the team, which may in turn have integrative functions.

Special consideration is given to techniques of group therapy and some characteristics of the group sessions, especially the role of countertransference. Under structural aspects it is referred to the development of reality testing.

Literatur

- [1] Bellak, L.; L. Small: 1975 Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie. Emergence Psychotherapie and Brief Psychotherapie. – [2] Bloss, P.: Adoleszenz. 1973, Ernst Klett Verlag Stuttgart Engl. On Adolescence, A Psychoanalytic Interpretation. The Free Press of Glencoe. 1962. – [3] Brandes, N.; Gardner, M. L.: 1973 Group Therapy for Adolescent. Janson Aronson inc. New York. – [4] Cohn, R. C.: 1974 Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. Stuttgart-Klett 1975, 120–128 (vgl. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 5). – [5] Erikson, E.: 1970 Jugend und Krise. – [6] Freud, A.: 1960 Probleme der Pubertät. Psyche 1, 1–24. – [7] Freud, S.: Das Ich und das Es. Ges. W. Band 13. – [8] Haar, R.; Zauner, J.; P. Zech: 1979 Gruppenpsychotherapie und Gruppenarbeit bei Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim. Psychologie des 20. Jahrhunderts B. VIII 928–937 Kindler Verlag Zürich. – [9] Hartmann, H.: 1927 Die Grundlagen der Psychoanalyse. Klett-Verlag. – [10] Heigl-Evers, A.; Laux: 1969 Technische Probleme der klinischen Gruppenpsychotherapie bei jugendlichen Neurosenkranken: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 96–108. – [11] Heigl-Evers, A.; F. Heigl: 1972 Gruppenpsychotherapie: Methoden u. Techniken Nervenarzt, 43 605–613. – [12] Dies.: 1973 Gruppentherapie interaktionell – tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) – psychoanalytisch. Gruppenpsychotherapie u. Gruppendynamik 2, 132–157. – [13] Dies.: 1973 Die themenzentrierte interaktionelle Gruppenmethode (R. C. Cohn): Erfahrung, Überlegungen, Modifikation, Gruppenpsychotherapie u. Gruppendynamik, VII, 237–255. – [14] Jacobson, E.: 1973 Das Selbst und die Welt der Objekte. Suhrkamp Engl. The Self and the object World. 1964. – [15] Katz, Ph.: 1970 Therapy of Schizophrenic Adolescent. Am. Jour. of Psy. 127, 132–137. – [16] Kernberg, F.: 1979 Borderline Störungen u. pathologischer Narzißmus. Jason Aronson, New York, 1975. – [17] Klein, M.: 1973 Die Psychoanalyse des Kindes. Kindler Verlag. – [18] Olson, P.; A. Myers Irvingl: Non-verbal Techniques Adolescent Group. – [19] Pearson, G. H. F.: 1972 Handbuch der Kinderpsychoanalyse. Kindler Engl.: A Handbook of child Psychoanalysis 1968. – [20] Redl, F.: 1971 Erziehung schwieriger Kinder. Piper Verlag. – [21] Slavson, S. R.: 1943 Einführung in die Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen. Göttingen. Verlag f. Med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht 1971 Engl.: An Introduction to Group Therapy New York: International University Press Ind.: 1943. – [22] Volkan, D.: 1978 Psychoanalyse früherer Objektbeziehungen. Stuttgart: Klett-Cotta. Engl.: Primitive internalized Objekt Relations. International Uni. Press. New York 1972. – [23] Zauner, J.; Odag, C.: 1971 Stil und Geist der Arbeit einer analytischen Kinderstation, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 20. Jahrgang Heft 8 Nov.–Dez. – [24] Zauner, J.: 1972 Psychotherapie und soziales Lernen in Klinik und Heim. Praxis der Psychotherapie 21–66. – [25] Ders.: 1973 Probleme der Adoleszenz, Praxis der Psychotherapie 18–276.

Ansch. d. Verf.: Dr. Celal Odag, Medizinische Einrichtungen der Universität, Lehrstuhl für Psychotherapie, Moorenstr. 5, 4000 Düsseldorf 1.