

Haar, Rüdiger

Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 29 (1980) 5, S. 182-194

urn:nbn:de:bsz-psydok-28018

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

Aus Praxis und Forschung

F. Bittmann: Motivationale Bedingungen des Leistungsverhaltens von Heimkindern und Familienkindern (Conditions for Achievement Behaviour)	124
G. Bovensiepen, R. Oesterreich, K. Wilhelm u. M. Arndt: Die elterliche Erziehungseinstellung als Ausdruck der Familiendynamik bei Kindern mit Asthma bronchiale (Asthmatic Children: Parental Child-Rearing Attitudes and Family Dynamics)	163
G. Brandt: Symbolik und Symptomatik (Symbolism and Symptoms)	79
G. Bronder, K. Böttcher und Siegrid Rohlf: Diagnose: Entwicklungsstillstand — Ein Therapiebericht (Diagnosis: Developmental Arrest — A Therapeutic Program)	95
A. K. S. Cattell, S. E. Krug u. G. Schumacher: Sekundäre Persönlichkeitsfaktoren im Deutschen HSPQ und ihr Gebrauchswert für die Diagnose, für interkulturelle Vergleiche, für eine empirische Überprüfung tiefenpsychologischer Modellvorstellungen sowie für die Konstruktvalidität des HSPQ (Second Stratum of the German HSPQ and their Value for Diagnosis Cross-Cultural-Comparisons, Verification of Analytic Theory and for Conceptual Validity of the HSPQ)	47
R. Castell, A. Biener, K. Artner u. C. Beck: Artikulation und Sprachleistung bei drei- bis siebenjährigen Kindern. Ergebnisse der Untersuchung einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung (Articulation and Language Development in Children)	203
W. Ferdinand: Über Merk-male der Ersterinnerungen verhaltensgestörter und psychosozial integrierter Kinder (Earliest Recollections of Psychosocially Well Integrated Children and of Disturbed Children) ...	51
H.-P. Gilde, G. Gutezeit: Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung zu visuellen Perzeptionsleistungen von Risikokindern im Vorschulalter (Results from a Comparative Study on Visual Perception in Pre-School-Children Who Had Been Premature Infants)	213
W. Göttinger: Ein Konzept für die Beratung von Stotternden (A Concept for the Guidance of Stutterers)	55
R. Haar: Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim (Group Psychotherapy with Children and Adolescents in Hospital Treatment)	182
G. Haug: Enuresis in langfristiger Familienbeobachtung (Enuretics in Long-Term Observation in Their Families)	90
F. Henningsen: Die psychische Belastung des Knochenmarkspenders und die Bedeutung begleitender Psychotherapie (The Psychological Stress on Bone Marrow Donors and the Contributions of Attendant Psychotherapy)	37
B. Hobrucker, V. Rambow, G. Schmitz: Problemanalyse bei weiblichen Jugendlichen nach Suizidversuchen (Problem Analysis on Female Adolescents after Attempted Suicide)	218
F. Hofmann u. H. Kind: Ein eineiiges Zwillingsspaar diskordant für Anorexia nervosa (Monozygotic Twins Discordant for Anorexia Nervosa—A Contribution to the Pathogenesis from a Case History)	292
K. Krisch: Eine vergleichende Untersuchung zum „Enkopretischen Charakter“ (A Comparative Study on the “Encopretic Character”)	42
K. Krisch: Die stationäre Behandlung dreier Enkopretiker: Planung, Verlauf und Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Intervention (In-patient Therapy with Three Encopretics: Design, Course of Treatment and Results of a Behavioral Intervention)	117

F. Matthejat, G. Niebergall u. V. Nestler: Sprachauffälligkeiten von Kindern bei aphasischer Störung des Vaters — Eine entwicklungspsycholinguistische Fallstudie (Speech Disorders in Children with an Aphasie Father—a Case Study in Developmental Psycholinguistics)	83
W. Mall: Entspannungstherapie mit Thomas (Relaxation Therapy with Thomas—First Steps on a New Path)	298
J.-E. Meyer: Die Bedeutung der Adoleszenz für die Klinik der Neurosen (The Influence of Adolescence on the Clinical Development of Neuroses)	115
T. Neraal: Autonomie — ein Mehrgenerationenproblem am Beispiel einer analytischen Familienberatung (Autonomy—A Multi-Generational Problem—A case of analytic family counseling)	286
H. Otte: Überlegungen zur Arzt-Patient-Beziehung bei der stationären Therapie der Anorexia nervosa (Considerations on the Patient-Therapist-Relationship in Connection with In-Patient Treatment of Anorexia Nervosa)	243
H. Rau u. Chr. Wolf: Zusammenarbeit mit Eltern in Einrichtungen der Öffentlichen Jugendhilfe — Darstellung einer speziellen Familienbehandlung (Cooperation with Parents in Youth Welfare)	8
U. Rauchfleisch: Zur Entwicklung und Struktur des Gewissens dissozialer Persönlichkeiten (Development and Structure of the Conscience in Dissocial Personalities)	271
A. Reinelt u. M. Breiter: Therapie einer Trichotillomanie (Therapy of a Case Trichotillomania)	169
A. Salanczyk: Das prosoziale Kind (Prosocial Activity in the Pre-school-child)	1
H. Sasse, G. Stefan, A. v. Taube u. R. Ullner: Zu unserer Arbeit mit behinderten und nichtbehinderten Kindern (Open Integration of Handicapped and Not Handicapped Children)	63
V. Schandl u. E. Löschenkohl: Kind im Krankenhaus: Evaluierung eines Interventionsprogrammes bei Verhaltensstörungen (The Child in the Hospital: Evaluation of an Intervention Program on Behavioral Disorders)	252
G. M. Schmitt: Klientenzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Behandlung der Pubertätsmagersucht (Client-Centered Group Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa)	247
L. Verhofstadt-Deneve: Adoleszenzkrisen und soziale Integration im frühen Erwachsenenalter (Crises in Adolescence and Social Integration in Early Adulthood—A Psycho-Dialectic Approach with Clinical Implications)	278
B. Wiesler: Zur Psychologie des Serienhelden (The Psychology of a Hero Called Lassiter)	175

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

S. Bäuerle u. H. Kury: Streß in der Schule. Eine experimentelle Untersuchung an 13–16jährigen Schülern (School Stress)	70
P. Birkel: Intelligenzentwicklung und Intelligenzmessungen bei körperbehinderten Kindern (Cognitive Development and Measurement of Intelligence in Physically Handicapped Children)	264
R. Bodenstein-Jenke: Eine vergleichende Untersuchung psychomotorischer Testleistungen von autistischen, lern- und geistigbehinderten Schülern mit Hilfe des LOS aus der Testbatterie für Geistigbehinderte (A Comparative Study of Psycho-motoric Test Performances by Autistic, Mentally and Educationally	

- Handicapped School-Children with the Help of the LOS Method from the Test Battery for the Mentally Handicapped) 24
- Ch. Ertle: Schwierige Kinder und ihre Erzieherinnen — Praxisanleitung als konkrete Weiterbildung — (Pedagogic Personnel in Confrontation with Emotionally Disturbed Children — Practice Related Supervision as a Form of On-the-Job Training) 308
- J. Jungmann: Adoption unter Vorbehalt? Zur psychischen Problematik von Adoptivkindern (Adoption with Reservations? On Psychic Problems in Adopted Children) 225
- J. Kahlhammer: Das Leistungsverhalten von Schihaupt- schülern (Achievement Behaviour in Pupils at the "Schihauptschule") 100
- U. Klein: Lehrer und suchtgefährdete Schüler (Teachers and School-children in Danger of Addiction) 302
- H. Kury, W. Dittmar u. M. Rink: Zur Resozialisierung Drogenabhängiger — Diskussion bisheriger Behandlungsansätze (On Resocialization of Drug Addicts — A Discussion of Current Approaches to Treatment) .. 135
- M. Müller: Bericht über die Mitarbeit des Schulpsychologischen Dienstes Spandau im Rahmen der psychologisch-therapeutischen Betreuung von verhaltens- problematischen (verhaltensgestörten) Schülern in Beobachtungs-Klassen im Schuljahr 1977/78 (Report on the Collaboration of a Psychological School Advisory Board in "Observation-Classes" 1977/78; Psychological-Therapeutic Work with Maladjusted Pupils) 13
- M. Müller: 20 Jahre Schulpsychologischer Dienst im Bezirk Spandau von Berlin (20 Years of School Psychological Service in Berlin-Spandau) 231
- M. Nagy: Die Arbeit des Psychotherapeutischen Kinderheimes Wolfshagen im Harz (A Multimethodical Approach Including Family-Therapeutic Goals Applied to Institutional Care) 152
- W. Schmidt: Ein Beitrag zur Frage der Eignung von Adoptionsbewerbern (The Qualification for Adoption) 66
- R. Westphal: Erfahrungen mit strukturierter Gruppenarbeit in der Teestube einer Kontakt- und Beratungs- stelle für Jugendliche (Experiences with Structured Groupwork in the Teashop of a Counseling-Service for Adolescents) 194
- J. Wienhues: Krankenhausaufenthalt aus der Sicht erkrankter Schulkinder der Sekundärstufe I. Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary-School — Results from a Questionnaire) 259
- H. Zern: Zum Prestige des gewählten Berufes bei Erzieherinnen in der Ausbildung (The Prestige of the Chosen Profession in Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) 132
- Tagungsberichte**
- H. Moschtaghi u. J. Besch: Bericht über die 6. Tagung der ISSP vom 2. 9. bis 6. 9. 1979 in Basel (Report on the 6th ISSP-Conference from September 2nd-6th 1979 in Basel) 108
- H. Remschmidt: Bericht über die 16. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münster vom 26. 9. bis 29. 9. 1979 (Report on the 16th Session of the German Society for Child- and Juvenile Psychiatry in Münster, Sept. 16-29, 1979) 31
- Bericht aus dem Ausland**
- T. Nanakos: Wege der Heilpädagogik in Nordgriechen- land — Tessaloniki (Methods of Medico-Pedagogic Treatment in Northern Greece — Tessaloniki) 111
- Literaturberichte: Buchbesprechungen**
- Benedetti, Gaetano: Psychodynamik der Zwangsneurose 201
- Duska, Ronald u. Whelan, Mariellen: Wertentwicklung — eine Anleitung zu Piaget und Kohlberg 316
- Fenichel, Otto: Neurosenlehre Band 1, 2, 3 159f.
- Friedrich, H., Fränkel-Dahlmann, I., Schaufelberger, H.-J., Streack, U.: Soziale Deprivation und Familien- dynamik 160f.
- Fürstenau, Peter: Zur Theorie psychoanalytischer Praxis 201
- Grüttner, Tilo: Legasthenie ist ein Notsignal 201f.
- Spitz, René A.: Eine genetische Feldtheorie der Ich- bildung 158f.
- Werry, J. S. (Ed.): Pediatric Psychopharmacology. The Use of Behavior Modifying Drugs in Children 161
- Mitteilungen (Announcements) 34, 76, 113, 161, 202, 242, 269, 317

Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim*

Von Rüdiger Haar

Zusammenfassung

In dem Aufsatz werden theoretische Muster und praktische Erfahrungen von klinischer Gruppenpsychotherapie mit verschiedenen Altersgruppen beschrieben.

Für die 8 bis 12 Jahre alten Kinder wurde eine Spieltherapie mit Elementen von *Slavsons* „Aktivitäts-Interview-Gruppe“ angewandt. Sie ist durch folgende Faktoren charakterisiert:

1. Es sind möglichst zwei Therapeuten anwesend, die ein „Familienmodell“ darstellen können. Sie verstehen sich als Identifikations- und Übertragungsobjekte für die Kinder.
2. Die psychoanalytische Beobachtungs- und Schlußfolgerungsmethode ist Grundlage für verbale Interpretationen, die in erster Linie an der Interaktion der Kinder orientiert sind und in zweiter Linie das Befinden und die Verhaltensmuster einzelner Gruppenteilnehmer reflektieren.
3. Durch libido-aktivierendes, d.h. phantasie-förderndes Material wird eine Auseinandersetzung mit bewußten Gruppennormen, vorbewußten Rollenzuteilungen und unbewußten Phantasien angeregt.

4. Übertragung und Katharsis, Einsicht als Ich-Stärkung und Realitätsprüfung sind die Elemente der Psychoanalyse, die therapeutisch wirksam werden.

Für die 12 bis 15 Jahre alten und die 15 bis 18 Jahre alten Jugendlichen werden Gesprächsgruppen angeboten, die sich an die im „Göttinger Modell“ von *Heigl-Evers* und *Heigl* beschriebenen Gruppentherapiemethoden anlehnen.

Die Haltung des Therapeuten in der Jugendlichengruppe wird wie folgt charakterisiert:

1. Der Therapeut zeigt engagiert Verständnis und Einfühlung und nimmt gleichzeitig eine diagnostische Einordnung des Gruppengeschehens mit Hilfe der analytischen Beobachtungs- und Schlußbildungsmethode vor.
2. Seine gruppentherapeutische Technik hilft ihm erkannte Ziele zu erreichen, soll aber nicht in formaler Weise zur Norm des therapeutischen Verhaltens erstarren.
3. Der Therapeut ist authentisch; für den Umgang der Gruppenteilnehmer hat er modellhafte Züge.

* Ich danke Herrn Prof. Dr. F. Heigl, Herrn D. Jordahl und meinem Lehrer Med.dir. J. Zauner für die vielfältigen Anregungen und Diskussionen.

4. Seine Interventionen sind relativ häufig und Ich-stützend.
5. Er versucht durch Thematisierung der Gruppenvorgänge einen Leitfaden für das Gespräch zu geben.
6. Er nimmt auf den hohen Angstpegel und die relative Ich-Schwäche der Jugendlichen Rücksicht und betont und interpretiert den Schutzcharakter von Abwehrmechanismen und Rollenzuteilungen in der Gruppe.
7. Da die Übertragung der Jugendlichen auf den Therapeuten stark und z.T. herausfordernd ist, ist diesem die Beobachtung und Kontrolle von induzierten Gegenübertragungsgefühlen besonders wichtig.

In der stationären Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen sind bisher verschiedene methodische Vorgehensweisen gehandhabt worden, die keine einheitlichen theoretischen Hintergründe hatten. Es gibt auch nur wenig deutschsprachige Literatur über dieses spezielle Thema und über Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen überhaupt (vgl. *Ginott*, S. 7).

Während sich die einen Autoren eher an pädagogischen und gestaltungstherapeutischen Modellen orientieren, die Gesprächsform ablehnen und eine Einbettung der Gruppenpsychotherapie in den übrigen stationären Rahmen hervorheben (*Wiesenhütter*), werden von anderen Verfassern Gruppen eher in Anlehnung an Einzeltherapietechniken gestaltet (*Friedemann*, *Ginott*). Nur die amerikanische Gruppenforschung stellt die Berücksichtigung gruppenspezifischer Prozesse und die Aussprache über emotionale Verarbeitungen als vordringliche therapeutische Möglichkeit dar (*Slavson*).

Die verhältnismäßig junge Entwicklung der Gruppenpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen weist ähnliche Züge auf wie die geschichtliche Entwicklung der Gruppenpsychotherapie bei Erwachsenen (s. dazu *Kemper*, S. 24–30, *Slavson* dt. Ausgabe 1976, 3, *Heigl-Evers* 1972, 1978).

Man glaubte anfangs, daß das Kind nicht unmittelbar therapeutisch angebar sei (*Kemper* S. 193), und erste Versuche hatten nicht das Ziel, intrapsychische Vorgänge verstehbar und kontrollierbar zu machen, sondern benutzten die Mechanismen der Gruppe zum kathartischen Erleben der Triebkräfte (Begünstigung der heilsamen Entladung aggressiver und libidinöser Spannungen) und zur sozialen Übung ihrer Kontrolle (*Slavson* mit den „Aktivgruppen“, vgl. *Kemper*, S. 194, *Moreno* im Psychodrama als „Verwirklichung im Spiel“, vgl. *Kemper*, S. 29). Erst später wurden Gruppen entwickelt, in denen unter Berücksichtigung gruppenspezifischer Vorgänge (ähnlich der analytischen Gruppenpsychotherapie nach *Heigl-Evers* und *Heigl*, s. *Heigl*, Ind. u. Progn. S. 163) Interpretationen und Deutungen dynamischer Prozesse als Orientierung für Einzelne und die Gruppe versucht wurden (*Slavson* mit den analytischen Gruppen, s. u.).

Im folgenden Abschnitt sollen theoretische Modelle und praktische Erfahrungen in bezug auf klinische Gruppenpsychotherapie dargestellt werden:

1. Die Gruppenpsychotherapie bei Kindern unter 12 Jahren, unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen

Slavsons (*Slavson* 1971, *Slavson* und *Schiffer* dt. Ausgabe 1976).

2. die Gruppenpsychotherapie bei Adoleszenten zwischen 12 und 14 Jahren,
3. die Gruppenpsychotherapie bei Jugendlichen, beide unter Berücksichtigung des Göttinger Modells (*Heigl* und *Heigl-Evers* 1973, *Heigl-Evers* 1978).

1. Die Gruppenpsychotherapie bei Kindern unter 12 Jahren

Im stationären Rahmen werden seit langem Elemente des Rollenspiels (*Friedemann* 1966, 1971, 105), des Psychodramas (*Kemper* dt. Ausgabe 1960, 29, *Friedemann*, 1971, 105) oder des Regelspiels (*Friedemann* 1971, 106) benutzt, um neue Erfahrungen in der Auseinandersetzung in Gruppen zu induzieren.

Friedemann (1971, 105 f.) empfiehlt das Rollenspiel vor allem für 3–7 Jahre alte Kinder, weil diese in der genannten Phase ihre Umwelt mittels Imitation und Rollenübernahme zu bewältigen versuchen. Sie können Aggressionen so ohne Schuldgefühle per Projektion ausspielen. Dadurch wird die Verdrängung aggressiver Impulse verhindert und Hemmung und Angst vermieden.

Derselbe Autor beschreibt für die Kinder ab 9 Jahren das freie Regelspiel als Möglichkeit, sich frei nach eigenem Gefallen, aber im Rahmen der vorher festgelegten Regeln zu bewegen. Er berücksichtigt damit einerseits die Notwendigkeit, die Kinder frei aus sich herausgehen zu lassen, andererseits aber das Ziel, anpassend und regulierend auf die affektiven Äußerungen zu wirken, Außenseiter gruppenfähig zu machen und übermäßig dominierende Teilnehmer einzufügen. Er setzt dazu strukturierende Regeln: Kein Spieler darf den anderen am Körper berühren, alle Handlungen sind erlaubt, werden aber nur „als ob“ ausgeführt, selbst die Spielobjekte sind imaginär (man kann auch so tun, als habe man eine Pistole in der Hand, vgl. 1971, 107).

Friedemann wendet außerdem deutungsfreie Analyse auf der Symbolstufe an, bleibt also wie Zulliger, auf den er sich beruft (s. 109), im Spiel, indem er dieses zu verstehen versucht und spielerisch interveniert, verbale Interpretationen aber vermeidet. Er grenzt sich damit v. a. von *Slavson* ab: Er will grobe handgreifliche Äußerungen von Aggressionen von vornherein verhindern, um Schuldgefühle und ein „Degenerieren ins Hordentum“ auszuschließen (S. 107). Auch will er vermeiden, daß die Kinder durch die Deutungsarbeit zu „kleinen Analytikern“ werden (S. 109).

Die Gruppenpsychotherapie nach *Slavson* hat andererseits den Kindertherapeuten Methoden zur Verfügung gestellt, die es erlauben, Übertragung und Katharsis, Einsicht (oder Ich-Stärkung) und Realitätsprüfung in das therapeutische Vorgehen einzubeziehen, das damit durch wirksame Elemente der Psychoanalyse ergänzt werden konnte.

Slavson hat zwei verschiedene Verfahren entwickelt, die sich einerseits durch ihre exakte Definition, andererseits durch ihre Variabilität besonders für die Anwendung in Institutionen eignen: die Aktivitäts-Gruppen-Therapie und die Aktivitäts-Interview-Gruppen-Therapie.

a) Zur theoretischen Orientierung

Die Aktivitäts-Gruppen-Therapie

Sie ist für 8 – 12jährige Jungen und Mädchen (mindestens 5, höchstens 8 Teilnehmer) gedacht, die sorgfältig nach ihrer klinischen und verhaltensmäßigen Eignung ausgesucht werden. In der Regel werden keine Teilnehmer zugelassen, die unter schweren unbewussten Konflikten und neurotischen Fixierungen leiden. Eher ist die Gruppe für aggressive, infantile oder überaus abhängige Kinder geeignet, auch für scheue und furchtsame, die mit großem sozialen Hunger ausgestattet sind (Slavson, D. Arten der Grp.psychotherapie, S. 133 f., Slavson u. Schiffer, Grp.psychotherapie, S. 102 f.).

Diese Methode ist damit für die klinische Behandlung schwerer Psychoneurosen und psychosomatischer Erkrankungen nicht so gut geeignet wie für die Arbeit in verhaltensorientierten Institutionen (Heime, Schulen, Sozialarbeit). Die Indikationsstellung läßt ja auch eher Rückschlüsse auf soziale Einflüsse als auf eine pathologische Geschichte mit Erwerb von Entwicklungsstörungen oder neurotischen Konflikten zu.

Zur Methode: Solche Therapie fördert die Äußerung von Phantasien und bearbeitet sie durch Spiel und Aktion. Durch die freie Atmosphäre wird eine heilsame Regression ermöglicht, die problematische Erlebnisweisen und -verarbeitungen in einer stabilen und akzeptierenden Umgebung erleben und korrigieren hilft. Dabei sind die Interaktion der Kinder untereinander und die Beziehung zum Therapeuten die therapeutischen Grundelemente (vgl. Scheidlinger and Rauch, S. 366). Das Ziel der Therapie ist also nicht in erster Linie die analytische Aufarbeitung intrapsychischer Konflikte im Gespräch, sondern ihre Korrektur durch die Interaktion, die Beschäftigung mit Materialien und durch Stärkung von Ich-Funktionen im gemeinsamen Erleben. Das geschieht in der Beschäftigung mit „libido-bindenden Materialien“, wie z.B. Werkmaterial, das dazu motiviert, die libidinöse Energie für ein vorbestimmtes Ziel einzusetzen (den Hammer, der einen reizt, Nägel einzuschlagen), (Slavson, D. Arten d. Grp.psychotherapie, S. 128 f.) und modellhaft durch den mit-werkenden Therapeuten, der in seinem Verhalten als Gruppenteilnehmer die Eigensteuerung durch Gruppennormen vorlebt (Delegation von Über-Ich-Instanzen an die Gemeinschaft), durch seine Arbeit ein Ziel der Triebregungen darstellt (Sublimierung in der Arbeit) und bereitwillige Kooperation vormacht (Übung des Ich in Richtung angemessener Objektbeziehungen).

Aktivitäts-Interview-Gruppen

In Anlehnung an jene Gruppe entwickelte Slavson die Aktivitäts-Interview-Gruppentherapie. „Interview“ heißt es darin, weil er hier nicht nur durch sein Verhalten sozusagen modellhaft interpretiert, sondern den Gruppenprozeß und die Konflikte im hic et nunc auch verbal anspricht. Sie ist neben der ähnlich arbeitenden Spielgruppe für Kinder unter 6 Jahren eine Erfassung von 7 – 12jährigen Kindern, die vorwiegend psychoneurotisch sind und die Aggressionsdichte der vorher beschriebenen Gruppe nicht verarbeiten können.

Offensichtlich wollte Slavson damit die Über-Ich-Ängste und die Gehemmtheitsstruktur der Psychoneurotiker

berücksichtigen und ihnen Einsicht in die eigenen gefühlhaften Konflikte ermöglichen. In der Technik tut er das durch das Angebot von Interpretationen von Verhaltensmustern. Dadurch lernen die Kinder sich selbst und das durch vor- und unbewußte Motive beeinflusste Handeln zu verstehen (Slavson, Psychodyn. Proz. S. 74, Slavson/Schiffer, S. 280 ff.). Die Behandlung ist auf einen emotionalen Prozeß abgestellt, der eine Nachreife ermöglichen soll.

Das Beschäftigungsmaterial ist deshalb nicht dazu ausgewählt, Libido zu binden und durch die Beschäftigung mit ihm therapeutisch zu wirken, sondern es soll die gehemmte und fixierte Libido aktivieren, Phantasien freisetzen und Konflikte aktualisieren, damit sie der Interpretation und dem Verständnis des Kindes zugänglich werden.

Im Gegensatz zum libido-bindenden Werkmaterial, das zu zielgerichtetem Handeln motiviert, regt „libido-aktivierendes Material“ dazu an, Phantasien zu entwickeln und im Spiel Gefühle und Konflikte auszudrücken.

Solche phantasiefördernden Mittel sind z.B. Puppen, Knetmaterial, Ritterburg und Sandkasten. (Slavson, Arten d. Grp.psychother., S. 133 f., Slavson/Schiffer, S. 376 ff.).

Aus den oben angeführten Überlegungen zur Indikation ist die Arbeit mit Psychoneurotikern und Psychosomatikern in der Klinik eher mit Hilfe der Aktivitäts-Interview-Gruppentherapie möglich. Für die jüngsten Kinder (des Funktionsbereichs für Kinder und Jugendliche im Landeskrankenhaus Tiefenbrunn) wurde eine der vorgenannten Methode ähnliche Gruppentherapie entwickelt; der Erfahrungsbericht sollte zur Erstellung der im folgenden dargestellten Konzeption dienen.

b) Zur praktischen Erfahrung

Gruppentherapie mit 8 – 12jährigen Kindern in der Klinik

Fünf bis sechs Mädchen und Jungen im Alter von 8 – 12 Jahren nehmen an dieser Aussprache-Gruppe teil, die eine Ergänzung der Einzeltherapien sein kann. Die Therapiegruppe stellt eine Möglichkeit dar, diese Altersgruppe besonders anzusprechen und in Sitzungen, die in Raum und Zeit festgelegt und aus dem übrigen stationären Geschehen ausgegliedert sind (anderes Haus, andere Personen, festgelegte Zeiten), innerpsychische Veränderungen unter Mitwirkung einer Gruppe von Gleichaltrigen zu bewirken. Vorrangige Ziele sind dabei:

1. Neben der analytisch-orientierten Einzeltherapie eine Möglichkeit der Selbstreflexion (entsprechend den Zielen der Aktivitäts-Interview-Gruppentherapie Slavsons) zu schaffen, die über das Erleben im stationären „Realitätsraum“ (s. zu diesem Begriff Gaber et al. in Praxis 20, S. 276, und Zauner, Stieber: Klinische Psychotherapie, in: Biermanns Handbuch, Ergänzungsband, S. 79) hinausgeht und für dieses eine Hilfe ist.
2. Durch Identifikation mit den Gleichaltrigen eine Übung von altersadäquaten Konfliktlösungen im innerpsychischen und sozialen Bereich zu bieten (vgl. Ginott, Gruppentherapie, S. 18 u. 20, der hervorhebt, daß die Gruppe verschiedene Identifikationsmodelle bietet).
3. In der Beziehung zu Kindern und zum Therapeuten positive soziale Erfahrungen zu ermöglichen, die frühere

traumatisierende Erfahrungen überlagern und neue Verhaltensweisen bewirken.

4. Pathogene Verarbeitungen zu beschreiben und zu reflektieren.
5. Libidinöse Fixierungen in der Beziehung zum Therapeuten deutlich werden zu lassen, sie anzunehmen und durch Einsicht zu bearbeiten. Hier geht die Therapie über die Grenzen der Aktivitäts-Gruppentherapie von *Slavson* hinaus. Während sich der Therapeut dort eher als Identifikationsmodell anbietet, wird er hier auch Übertragungsperson. Insofern entspricht die Gruppe eher der Aktivitäts-Interview-Gruppentherapie.

Die Beziehung zu den erwachsenen Therapeuten und die Beobachtung ihres Gruppenverhaltens ist vorrangiges Lernfeld in dieser Gruppe. Denn soziales Verhalten kann nicht einfach durch Anlernen von Vorschriften bzw. Verstärkung gewünschter Verhaltensweisen erreicht werden, sondern nur über die Brücke starker emotionaler Bindungen zwischen Kind und Erwachsenen (s. *Schäfer* in *Bittner* et al. S. 38 f.).

Der Beginn (Pakt¹ und Einleitung)

Die Gruppe fängt nach Paktgesprächen mit den einzelnen Kindern an. In diesen wird noch einmal der Anlaß der Behandlung, die Symptome und ihre vermutliche Ursache besprochen. Dann wird die Frage gestellt, ob sich auch Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen Kindern zeigen. Es wird daraufhin das Ziel gesteckt, die Ursache der Kontaktstörungen in der Gruppe herauszufinden und durch das Zusammensein in der Gruppe zu verändern, sowie den einzelnen in seinen Möglichkeiten, mit Schwierigkeiten umzugehen, zu stärken.

Zeit und Ort werden als verbindlich festgelegt. Das Schweigegebot des Therapeuten wird als Grundlage einer offenen Zusammenarbeit erklärt.

Wie angezielt, verstehen sich die beiden Therapeuten (Mann und Frau) als modellhaft für das Verhalten, für die Kooperation und die Gestaltung der Beziehungen in der Gruppe. „Modell sein“ heißt auch, daß die Therapeuten ihre eigenen Gefühle benutzen, um sich in die Gruppensituation und -atmosphäre einzufühlen und durch Äußerung der Beobachtungen und selektives Einbringen der eigenen Empfindungen eine Gruppenkonsolidierung zu erreichen (ähnlich der interaktionellen Gruppenpsychotherapie nach *Heigl-Evers* und *Heigl* s.u.).

Dies geschieht vor allem zu Beginn der Gruppe: Die Kinder kommen in der Regel mit den Therapeuten herein und verteilen sich auf das Zimmer. Die Therapeuten sitzen an einem Tisch oder jedenfalls so, daß sich u.U. um sie herum ein Kreis bilden kann. In der Regel kommen von den Kindern Vorschläge, was man machen könnte. Das ausgelegte Spielmaterial ist für den Zusammenschluß der Gruppe geeignet und bei *Slavson* als libido-aktivierend beschrieben: Kasperpuppen, kleine Figuren und Autos, Knetmaterial, Zeichenmaterial und Bausteine.

Die Therapeuten beobachten zunächst die Stimmung der Teilnehmer und machen sich ein Bild von der Gruppensituation. Dann schildern sie ihre Gefühle in der Gruppe, unterstützen einzelne Spielvorschläge durch ihr Interesse oder stellen nur die Situation (z.B. Uneinigkeit und Verwirrung)

dar, um eine Reflexion darüber anzuregen. In der Regel lassen sie die Kinder selbst Spiele wählen (wie *Friedemann* beim Regelspiel, S. 106).

Das geht z.B. so vor sich wie in einer Sitzung, in der ein Kind sogleich nach dem Eintreten ein Stück Knete aus dem in der Nähe des Tisches stehenden Kästchen nahm. Ein zweites griff auch zu und nun bat auch die Therapeutin um Knete. Nachdem die drei begonnen hatten, kamen alle übrigen dazu und machten mit. Das erste Kind, ein Mädchen, machte eine große Wurst und zwei Kugeln daran und schaute die anderen erwartungsvoll an. Die Jungen grinsten und bauten nun Männer und Frauen aus Ton (die Therapeuten ebenfalls), machten anzügliche Bemerkungen auf die Beziehung des „Therapeutenehepaars“ hin. Einer zermatschte die Brüste der Knetefrau, ein anderer schoß mit kleinen Tonkugeln unter dem Tisch auf die Hoden des männlichen Therapeuten. Der sagte daraufhin aufnehmend: „Heute geht's wohl um Männer und Frauen und Glieder und Brüste.“ Er leitete durch diese neutrale Formulierung vom Agieren zum Gespräch über, ohne die ödipalen Zwischentöne zu interpretieren. Diese wurden darauf deutlicher: Eins der Kinder fragte, ob die Therapeuten verheiratet seien, ein anderes, ob sie miteinander geschlafen hätten. Informationsbedürfnis und Eifersucht schienen dabei gemischt zu sein. Der Therapeut nahm zunächst das erstere auf und antwortete, daß sich die Erwachsenen mögen würden, weil sie sich lange kennen würden, aber das sie nicht verheiratet seien. Beide Therapeuten vermieden es auch hier, die Übertragungsphantasien (ödipales Rivalisieren) direkt anzusprechen, sondern schlossen die Vermutung an, daß es um die Frage gehe, was Mann und Frau so miteinander machen. Durch diese vage Formulierung hielten sie ödipale Phantasien in Gang. Darauf zog ein Mädchen ein Aufklärungsbuch aus dem Regal und zeigte den anderen Bilder. Zunächst bildete sich eine kichernde Gruppe, bis sich die Kinder den ihre Beobachtungen schildernden Therapeuten zuwandten und zu fragen begannen.

Die Therapeuten nahmen hier nicht die angedeutete Übertragung der Gruppe auf sie als Elternfiguren auf, sondern stützten die Kinder in bezug auf unsichere Gefühle gegenüber Sexualität und altersangemessene Informationsbedürfnisse. Erst nach der Absättigung dieser Bedürfnisse wurden auch die ödipalen Konflikte aufgenommen. Es begann eine Serie von Gruppensitzungen über sexuelle Probleme und Fragen. Unbewußte sexuelle und ödipale Wünsche und Ängste wurden geäußert und agiert und durch Informationen und vorsichtige Interpretationen behandelt.

¹ Wir benutzen hier den Begriff Pakt, obwohl damit nicht die Verbindung mit dem erwachsenen Ich gemeint sein kann. Der Kontrakt ist durch Alter, klinische Vorbedingungen und entwicklungsentsprechende Unreife des Ich bestimmt. Wesentliche Fähigkeiten für die Einhaltung des Pakts (z. B. die Antizipationsfunktion als Möglichkeit zur vorausschauenden Planung der Beziehung) werden stellvertretend von den Eltern oder Erziehern wahrgenommen. Wir halten dennoch an dem Begriff fest, weil er die Vorbereitung auf Übernahme von persönlicher Verantwortung für das Gelingen der Behandlung ausdrückt und die Ansprache der gesunden Anteile des Ich für eine Vereinbarung zur Therapie und für die Erreichung eines Arbeitsbündnisses nutzt. Immerhin wird ja sorgfältig geprüft, ob die Kinder wissen, worauf sie sich einlassen.

So kam z.B. deutlich heraus, daß die Phantasien des erwähnten Mädchens auf den Besitz eines so großen Penis hinausliefen, was von dem mit dem Therapeuten phallisch rivalisierenden Jungen kommentiert wurde: „So ein Ding müßte man haben!“ Ein anderes Mädchen (Tochter einer Prostituierten) zeigte in der Übertragung zum Therapeuten Neidgefühle und Ängste, indem sie eine Schlange baute und den Mann des Therapeuten beißend zerstörte.

Der Verlauf (Gruppendynamik und ihre technische Beeinflussung)

Meist bildet sich so zu Beginn einer Sitzung eine Kerngruppe, die durch die Teilnahme der Therapeuten an ihrem Spiel, am Malen oder Kneten etc. unterstützt wird. Die Außenseiter werden zunächst nicht besonders beachtet. Erst wenn ihre Aktivität in einem deutlichen Zusammenhang mit der Gruppe steht, wird dies als Gruppengeschehen aufgenommen und verbalisiert. Beispiel: Wenn M. erst in der Ecke spielt, dann aber die spielende Gruppe durch Haare-zupfen und Auf-den-Kopf-Schlagen stört oder wenn D. interessiert zuschaut und nur nicht den Sprung schafft zu fragen, ob er mitspielen darf. Hier wird den anderen und dem betreffenden Kind verdeutlicht, was los ist: „Der M. stört uns jetzt und will, daß wir was mit ihm machen. Vielleicht will er ja bei uns mitmachen und kann es nicht richtig sagen“, bzw. es wird das direkte Angebot an D. gemacht: „Ich setz mal aus. Magst Du für mich spielen D.? – Wir können auch eine Partie zusammen machen.“

Der Therapeut beeinflusst so die Gruppendynamik und setzt durch sein Beispiel das Gruppenziel, Außenseiter gruppenfähig zu machen und Stars in eine sozialere Rolle im Gruppengeschehen zu bringen (Friedemann, S. 108).

Alle Interventionen gehen dahin, die Bildung einer Gemeinschaft und die Unterstützung der Kerngruppe anzuregen und damit antisozialen neurotischen Intentionen (z.B. Clownerien) entgegenzutreten. Damit wird der Auffassung entsprochen, daß sich die Gruppenpsychotherapie auf Prozesse in formal organisierten Gruppen bezieht und durch kontrollierte Gruppeninteraktionen Veränderungen in der Persönlichkeit und im Verhalten des einzelnen Teilnehmers erreichen will. Dieses Ziel widerspricht der Methode Ginotts, einzelne Kinder anzusprechen und dazu nur die ökonomischere Form der Gruppenbehandlung zu nutzen (Baumgärtel, S. 219).

Die Therapeuten und die Übertragung

Die Selbstbeobachtung des Therapeuten ist von entscheidender Bedeutung, da die Kinder ihn als Vorbild nehmen: er interessiert sich also für die anderen, versucht sie zu verstehen, möchte nicht nur mit einzelnen, sondern mit allen als Gruppe Kontakt haben, ist am gemeinsamen Tun und Gespräch beteiligt, gibt Hilfen für diejenigen, die Schwierigkeiten bei der Teilnahme haben, ohne sich durch sein Interesse an den Außenseitern aus der Gruppe zu entfernen.

In der beschriebenen Gruppe arbeiteten zwei Therapeuten, eine Frau und ein Mann zusammen. Die unterschiedliche Geschlechtszugehörigkeit brachte die Gruppe dem Familienmodell (Mutter- und Vaterfigur, s. Friedemann, Gruppenpsychotherapie S. 106) näher und das Vorhanden-

sein zweier Therapeuten ermöglichte den Kindern die Bearbeitung ödipaler Beziehungsprobleme und die Spaltung ihrer Übertragung auf ein „gutes“ und ein „böses“ Objekt (vgl. Mac Lennan nach Heigl, Indikation und Prognose, S. 169). Auch im Verhältnis zwischen den Therapeuten wurden modellhaft Meinungsunterschiede, Auseinandersetzung aber auch Kooperation und Zuneigung offen ausgetragen. Die Kinder beobachteten die Beziehung genau. Geringste Spannungen und latente Differenzen wurden registriert. Kooperative Atmosphäre zwischen den Erwachsenen verbreitete sich schnell. Bei Unruhe wurde auch die Gruppe unruhig. Wenn z.B. ein Therapeut unüberlegt agierte, etwa ohne ersichtlichen Grund den Raum verließ, lief sofort ein Teil der Gruppe hinterher. Andere blieben, es war aber insgesamt eine unruhige, unbehagliche Stimmung entstanden. Auch verschiedene Temperamente bei wechselnden Therapeuten färbten auf die Gruppe ab, ein Beweis dafür, daß der Therapeut in der Gruppe Orientierung bietet, Maßstab und Vorbild ist und deshalb sein Verhalten und seine Gegenübertragung dauernd zu kontrollieren hat. Über diese schon erwähnte Modellhaftigkeit des Therapeuten sind sich offenbar alle Autoren einig: Slavson beschreibt sie als Grundlage seiner Gruppen (Slavson/Schiffer, S. 118), Didato betont ihre Bedeutung für eine Entwicklung des Über-Ich im Sinne des Sozialisierungsprozesses (Didato, S. 968), Ginott bezeichnet die Identifikation als entscheidenden therapeutischen Vorgang (Ginott, S. 20).

Eine Gruppe mit Therapeuten, die sich fremd sind und sich nicht miteinander verständigen können, kann nicht konstruktiv arbeiten; sie ist vergleichbar einer Familie, bei der die unwilligen Eltern durch das Kind zur Heirat gezwungen werden.

Natürlich wirkt auch das Heraustreten des Therapeuten aus der Gruppenkontinuität durch Urlaub oder Ausscheiden ängstigend auf die Kinder. Es konnte beobachtet werden, daß sich die Kinder bei Urlaub eines Therapeuten mehr an den zurückgebliebenen anklammerten, wohl aus Schuldgefühlen wegen phantasierter Wünsche (etwa ödipal getönter Aggression) oder Ängste (etwa vor Objektverlust).

Die Bedeutung der Diagnostik

Die Diagnose des Gruppengeschehens ist Vorbedingung jeder therapeutischen Aktivität (vgl. Slavson/Schiffer: „Zunächst Verständnis, dann das richtige Verfahren.“). Wenn der Therapeut nicht zunächst eine Klärung der Bedürfnisse und Interessen der Gruppe vornimmt und u.U. auch erfragt und dabei seine Gegenübertragungsgefühle zu Hilfe nimmt und ihre Bedeutung erkundet, kann er mit seinen Gefühlsäußerungen, strukturierenden Bemerkungen und Interpretationen an der Gruppe vorbeireden. Dies hat meist chaotische Verläufe zur Folge.

Beispiel: In einer Sitzung fehlte die Therapeutin wegen Urlaubs. Das in dieser Zeit einzige Mädchen kümmerte sich rührend um den männlichen Therapeuten, kochte „Kaffee“ und goß ihn ein, während die Jungen im Raum herumswirrten. Der Therapeut griff dieses Durcheinander auf und machte einen direkten Vorschlag zum Spiel an die Adresse der Jungen. Das Mädchen lief bald ebenfalls durch den Raum, aktivierte die Jungen zum weiteren zusammen-

haltlosen Spiel und richtete sich gegen den Therapeuten, der schließlich ärgerlich die Sitzung schloß. Das Angebot des Mädchens vom Anfang war nicht sorgfältig genug diagnostiziert worden: Das Mädchen wollte die „Therapeutenhefrau“ ersetzen und mit dem Mann die Gruppe der Jungen leiten. Als der Therapeut das Angebot ausschlug, wandte sie sich gegen ihn und aktivierte ödipale Konkurrenten.

Besonderheiten der Gruppentherapie im stationären Rahmen

a) Einzel- und Gruppenkontakte

Das Kind in der Gruppe orientiert sich am erwachsenen Therapeuten. Um eine kindliche Bindung an ihn als Eltern-Ersatz herzustellen, versucht es aus der Gruppe heraus einen Einzelkontakt anzuknüpfen, der die Tendenz hat, ein „Exklusivkontakt“ zu werden. Diese Gefahr scheint bei neurotischen Kindern größer zu sein, wohl weil diese (zumal während einer analytisch-orientierten Einzelbehandlung) wegen ihrer relativen Ich-Schwäche starke regressive Bedürfnisse haben können. Einer, D., versuchte immer wieder, die Exklusivität und die Enge seines Kontaktes zum Therapeuten vor den anderen Kindern herauszukehren. Er klopfte ihm auf die Schulter, lächelte ihn an und sprach ihn häufig auf die Termine der Einzeltherapie an. Er versuchte auf jede Art (z. B., indem er sich dumm stellte), den Therapeuten auf sich aufmerksam zu machen. Während das in der Einzeltherapie gar nicht so stark war, war es in der Gruppe offensichtlich, daß er eine starke libidinöse Übertragung agierte und die anderen verdrängen wollte, um mit dem Therapeuten allein sein zu können und keine sozialen Beziehungen und Fortschritte machen zu müssen. Wenn der Therapeut auf solche Wünsche nach Einzelkontakt einging, war die Gruppe bald hoffnungslos zerstreut, da nun jeder Befriedigung im infantilen Kontakt zum Erwachsenen suchte und regredierte oder im Rahmen einer Reaktionsbildung sich gegen das ersehnte Objekt richtete. Um dies zu vermeiden, wurde der Wunsch des Jungen als Frage an die Gruppe weitergegeben. Darauf reagierte ein anderes Kind, indem es sich zur Therapeutin setzte und rief: „Aber Sie sind *meine* Therapeutin!“ Die meisten äußerten Ärger und schließlich sagten sie, daß sie dann ja alle ein Recht auf die Therapeuten hätten. Der Therapeut zeigte hier durch das Einbringen der Gruppe und sein Gespräch mit D., daß ihm die Frage als ein Gruppengeschehen wichtig war, daß hier auch die Gruppe gefragt war und daß er selbst einen Kontakt nur als Kontakt in der Gemeinschaft der Gruppenteilnehmer pflegen würde. Der betreffende Junge mußte sich daraufhin in deutlich verstärkter Weise als Teilnehmer in Gruppenspiele einbringen. Das geschilderte Problem kann nur in einem stationären Rahmen auftreten, wo vielfältigere Beziehungen der Kinder zum Therapeuten möglich sind, als es in der ambulanten Praxis der Fall ist. Ein weiterer Grund dafür ist die Bedeutung der Übertragung in der Institution, die wegen des Fehlens der Eltern intensiver und ausschließlicher ist.

b) Beobachtung des Prozesses

Als weitere große Schwierigkeit und Möglichkeit sei angefügt, daß die in der Gruppe verlaufenden Prozesse nie ganz von den auf der Station erlebten Gruppeninteraktionen

zu trennen sind. Dadurch ist die exakte Diagnose von gruppenspezifischen relevanten Aspekten häufig erschwert. Bei der Erstellung dieses Berichtes zeigte es sich als kaum möglich, einen fortlaufenden therapeutischen Prozeß in der Gruppe darzustellen, da die Entwicklung der Kinder in den Einzeltherapien und im sozialpädagogischen Bezug auf der Station mitspielten und in die Betrachtung des Prozesses hätten einbezogen werden müssen.

c) Trennung der Therapie von der Arbeit im „Realraum“

Auch die Unterscheidung der Therapiegruppe von anderen pädagogischen Gruppenaktivitäten auf der Station stellte eine Aufgabe dar, die schon durch die Frage der Erzieher nach Teilnahme an der Gruppe („Das könnten wir doch auch“) und nach den Besonderheiten der Arbeit („Ist denn noch ein Gruppentermin überhaupt nötig?“) wichtig wurde.

Für das Gelingen einer auf intrapsychische Veränderungen gerichteten „Gruppentherapie“ war es nötig, inhaltlich, methodisch und organisatorisch von der auf soziales Lernen zielenden „Gruppenarbeit“ zu unterscheiden (Haar, Zauner, Zech 1979).

Aber auch für die Kinder und ihre Beteiligung war es notwendig, schon im einleitenden Paktgespräch das Spezifische dieser Gruppe herauszukehren: daß diese eine besondere Hilfe für die Kinder sein sollte, die mit anderen und mit sich nicht klar kommen, ja nicht einmal wissen, woran das liegt, – daß die Therapeuten und die Teilnehmer sich bemühen wollen herauszukriegen, woran das liegt und wie man besser mit anderen umgehen kann, – daß die Gruppe in einem besonderen Raum, regelmäßig zu einer festgelegten Zeit und unter dem aus der Einzeltherapie bekannten Schweigegebot für die Therapeuten zusammenkommt. Letzteres erwies sich als besonders wichtig für den stationären Rahmen, in dem durch die auch den Kindern erkennbare Zusammenarbeit die Ängste vor Verrat von intimen Geheimnissen besonders groß waren.

Zusammenfassung

Die beschriebene stationäre Arbeit ist eine von den pädagogischen Gruppenaktivitäten getrennte Form der Gruppenpsychotherapie. Sie soll die analytisch orientierte Einzeltherapie ergänzen.

Ihre Methode lehnt sich an die von Slavson begründete Aktivitäts-Interview-Gruppentherapie an. Im Vergleich zu anderen in der Literatur beschriebenen Methoden kann sie gruppenspezifische Vorgänge intensiver verwerten und wirksame Elemente der Psychoanalyse in den Gruppenprozeß einbringen.

Für die Gruppe der 8 – 12jährigen Kinder im LKH Tiefenbrunn wurden einige Faktoren betont:

1. Es sind möglichst zwei Therapeuten anwesend, die ein „Familienmodell“ darstellen können. Sie verstehen sich als Identifikations- und Übertragungsobjekte für die Kinder.
2. Die psychoanalytische Beobachtungs- und Schlußfolgerungstechnik ist Grundlage für verbale Interpretationen, die in erster Linie an der Interaktion der Kinder orientiert

- sind und in zweiter Linie das Befinden und die Verhaltensmuster einzelner Gruppenteilnehmer reflektieren.
3. Durch libido-aktivierendes, d.h. phantasie-förderndes Material wird eine Auseinandersetzung mit bewußten Gruppennormen, vorbewußten Rollenzuteilungen und unbewußten Phantasien angeregt.
 4. Zeitlich und örtlich ist die Gruppe von der pädagogischen Arbeit auf der Station („Realraum“) getrennt.
 5. Übertragung und Katharsis, Einsicht als Ich-Stärkung und Realitätsprüfung sind die Elemente der Psychoanalyse, die therapeutisch wirksam werden.

2. Die Gruppenpsychotherapie bei Adoleszenten zwischen 12 und 14 Jahren

Für die Gruppentherapie mit Adoleszenten und Jugendlichen gibt es noch weniger informierende Literatur als für die bei Kindern unter 12 Jahren. Schon diese Tatsache weist auf die Schwierigkeit einer solchen Arbeit hin. Sie wird auch vergleichsweise selten praktiziert.

Eine methodische Schwierigkeit und Möglichkeit der Gruppenpsychotherapie in dieser Altersgruppe besteht in dem Wechsel der Adoleszenten von spielerischen Ausdrucksmöglichkeiten zur Konfliktverarbeitung in Aktion und Wort.

Für die Entwicklung von Therapiemethoden bei Adoleszenten (12–14 J.), noch mehr für die Behandlung Jugendlicher (15–18 J.) eignen sich daher eher Therapiemethoden, die für Erwachsene entwickelt worden sind. Das Lebensalter und die Gegebenheiten der jeweiligen Institution verlangen allerdings nach einer Adaptation.

Die Besonderheiten der Umformung der Ich-Struktur in diesem Alter, die permanente Tendenz zu Schwankungen zwischen regressiven und progressiven Potentialen und eine phasenspezifische Verunsicherung der Identität bedrohen den Patienten in der Gruppe häufig stärker, als er in ihr Schutz findet. Dazu kommt weiterhin, daß bei Adoleszenten ein phasenspezifischer Hang zu spontaner Gruppenbildung mit dem Ziel des Absetzens von den Erwachsenen als Reifungsvollzug in den Vordergrund tritt. Auf der anderen Seite kann eine richtig angewandte Gruppentherapie den Heranwachsenden eine erhebliche Hilfe bei der Überwindung der physiologischen und der pathologischen Reifungsbehinderungen geben.

a) Zur theoretischen Orientierung

Das Schichtenmodell (Göttinger Modell)

Das sogenannte Göttinger Modell (Heigl-Evers, Konzepte der Gruppenpsychotherapie 1978, 2. Aufl., S. 66 ff. und Heigl-Evers/Heigl, Interaktionelle ... in: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 7 H 2 Okt. 73, S. 132–157) stellt durch seine methodische Differenzierung in drei von der Psychoanalyse bestimmte Zugänge ein besonders geeignetes Instrumentarium für phasenspezifische Ableitungen der Gruppentherapie zur Verfügung.

Die analytische Beobachtungs- und Schlußbildungsmethode der Psychoanalyse ist Grundlage der Therapie.

Bei allen zu beschreibenden Techniken werden nur minimale Verhaltensregulative vorgegeben. Diese Minimalstruk-

turierung (Heigl-Evers 1978 S. 70) ermöglicht mit der freien Interaktionsregel (ebenda: Aufforderung, sich so frei wie möglich zu äußern) eine sukzessive Regression, die von Angst, Scham und Schuldgefühlen besetzte Verhaltensweisen mobilisiert und die durch verschiedene Interventions-techniken beeinflusst werden kann. Diese berücksichtigen drei Ebenen des Verhaltens von Menschen in Gruppen: Bewußt – Vorbewußt/Unbewußt – Unbewußt.

a) Die *interaktionelle Methode*² operiert ausschließlich auf der bewußten Ebene der manifesten Interaktion. In dieser Schicht setzt die Gruppe Normen und verteilt Rollen. Sie versucht damit, das Verhalten aller Teilnehmer zu regulieren.

Der Therapeut setzt Beobachtungen, Gefühle und Schlüsse in therapeutische Interventionen in form selektiver Mitteilung von Gegenübertragungsreaktionen um ohne zu deuten oder zu interpretieren.

b) Die *tiefenpsychologisch fundierte*³ oder psychoanalytisch orientierte *Methode* benutzt vorwiegend die vorbewußte Ebene, also die latente Aktion als Beziehungsniveau, ohne die bewußte zu vernachlässigen. Die Interventionen des Therapeuten zielen auf die Erstellung von Verhaltensnormen durch die Mitglieder der Gruppe, bevorzugt aber auf die psychosozialen Abwehrmanöver (Kompromißbildungen) mit Hilfe derer sich die Gruppenmitglieder arrangieren. Außer der Äußerung von an sich selbst und an anderen gemachten Beobachtungen und interaktionellen Gefühlen werden hier Interpretationen der erwähnten Abwehrmanöver (z.B. Suche nach einem Sündenbock) gemacht.

c) Von den beiden Methoden wird die *analytische Gruppenpsychotherapie*⁴ abgegrenzt. Sie arbeitet am unbewußten Material und fördert eine Regression zu einer Stufe, die als gemeinsames Tagträumen umschrieben werden kann. Sie bezieht die manifeste und latente Aktion mit ein.

Als Basis für eine jeweilige Differenzierung hat sich die interaktionelle Methode für die Therapie von Adoleszenten und die tiefenpsychologisch fundierte für die von Jugendlichen als besonders geeignet erwiesen. Dabei ist nicht zu vergessen, daß beim schnellen Wechsel, dem Beziehungsstrukturen Jugendlicher unterliegen, die interaktionelle Methode eine Ergänzung durch tiefenpsychologisch orientierte Teilelemente verlangen kann, bzw. die tiefenpsychologisch fundierte eine solche durch interaktionelle oder analytische. Wichtig ist jedoch dabei, die Grundausrichtung und die Grundorientierung im Gesamtprozeß der Gruppe nicht zu verlassen und aus den Augen zu verlieren.

b) Zur praktischen Erfahrung

Gruppentherapie mit 12 – 14jährigen Adoleszenten in der Klinik

Für die Wahl der interaktionellen Methode bei Adoleszenten war ausschlaggebend, daß diese Altersgruppe einer stärkeren Führung und Regelung ihrer Kommunikation bedarf, da sie vom Stand ihrer Entwicklung her auf der

² Heigl-Evers und Heigl 1979, S. 850–858

³ Heigl-Evers und Heigl 1979, S. 802–811

⁴ Heigl-Evers und Heigl 1979, S. 763–777

Suche nach ihr angemessenen Umgangsformen und Beziehungen ist, sich aber vom regressiven Sog wenig strukturierter und geregelter Gruppeninteraktionen zu bedroht fühlen muß, um die Ängste angemessen zu verarbeiten (Umstrukturierung des Ich und des Über-Ich während der Adoleszenz).

Unter Beibehaltung des Prinzips der Minimalstrukturierung wird deshalb zur Stützung von Ich-Funktionen häufiger und engagierter interveniert. Dies geschieht durch vermehrte Aufnahme und Verbalisierung von emotionaler Atmosphäre, Verhaltensweisen und Körperhaltungen, Schilderung von Selbstwahrnehmung und Versuche zur Realitätsprüfung bei rasch abgleitenden Phantasien, aber auch durch Äußerung synthetischer Schlüsse aus Beobachtungen und eigenen Gedanken, Verfolgung und Zusammenfassung thematischer Leitlinien, die sich im Gespräch herausstellten und durch die Übernahme klarer eigener Standpunkte von seiten der Erwachsenen (z.B.: „Ich bin dagegen, daß hier geraucht wird.“).

Eine Variante der Therapiemethode berücksichtigt das defizitäre Selbstwertgefühl der kranken Adoleszenten: Um die Ängste vor einer Auseinandersetzung unter ihnen und mit den Erwachsenen herabzusetzen und eine Konsolidierung der Gruppe zu ermöglichen, werden von den Kindern und den teilnehmenden Erwachsenen getrennte Treffen vor der Gruppensitzung veranstaltet. Die Kinder haben hier die Möglichkeit, sich zu solidarisieren und sich damit angesichts der Macht der Erwachsenen zu bestärken. Die Erwachsenen haben die Möglichkeit, ihre Aufgabe als verantwortliche Erzieher der Kinder mit der Rolle der selektiv authentischen Therapeuten (Erlebnistherapeuten R. Cohn 1969/70) in Einklang zu bringen. Diese Rolle bildete auch das Kernstück der therapeutischen Beeinflussung der Gruppe. Die Erwachsenen werden mit ihren offenen, emotionalen und spontanen Äußerungen über die Situation der Gruppe zu Identifikationsobjekten für die Kinder. Diese können in der Wahrnehmung und Beobachtung der Erwachsenen Lösungen für intrapsychische und soziodynamische Konflikte finden und zudem ein angemessenes Verhältnis zu den Therapeuten als Elternfiguren gewinnen.

Meist bildet sich bei den Gesprächen vor den Sitzungen der Gesamtgruppe ein gemeinsam interessierendes Problem heraus, das dann von den Kindern bzw. den Erwachsenen eingebracht wird. In der Regel erwachsen die Themen aus den alltäglichen Konflikten zwischen den Kindern selbst oder zwischen ihnen und den Erziehern.

Zur Diagnostizierung der Konflikte in der Gruppe, der Versuche, sie durch angedeutete oder ausgesprochene Verhaltensregeln zu lösen und dazu die Funktionen und Rollen unter den Teilnehmern festzulegen, wird die analytische Beobachtungs- und Schlußbildungsmethode verwendet.

So stellte sich in einer nach dieser Methode arbeitenden Gruppe eine Konfrontation zwischen einem 13jährigen und den Therapeuten her. Diagnostisch wurde immer deutlicher, daß der Junge die aggressiven Gefühle der anderen Kinder gegenüber den erwachsenen Elternfiguren agierte. Die Gruppe war einige Wochen lang von diesem Geschehen beeinflusst, da die Versuche der Therapeuten sich zunächst direkt mit dem Verhalten des Jungen beschäftigte und die Gruppe im Hintergrund bleiben konnte. Erst nach genauerer

analytischer Beobachtung wurde der Vorgang und das notwendige therapeutische Verhalten klar:

Von den Adoleszenten akzeptierte Gruppennorm war die Solidarisierung der Kinder gegenüber den Erwachsenen: Du sollst die Erwachsenen hilflos machen und ohne sie stark werden!

Die soziodynamische Funktionsverteilung, die diese Norm unterstützte, war die Herausstellung eines Teilnehmers als Repräsentant der aggressiven Regungen der anderen gegenüber den Erwachsenen. Die Funktion wurde von dem betreffenden Jungen übernommen, weil dieser dadurch die führende Position hatte. Er wurde aber gleichzeitig selbst mit aggressiven und neidvollen Affekten behandelt und als Sündenbock den Strafmaßnahmen der Erzieher geopfert. Die Gruppe hatte sich so eine Ordnung geschaffen, die die einzelnen miteinander in einer Aktion verband, Schuldgefühle abdeckte und aggressive Impulse ausagieren ließ. Wie konnte man diese Beobachtung den Kindern nahebringen, ohne daß sie dies als eine aburteilende Deutung empfanden und ohne daß sie das Gefühl hatten, daß die Erwachsenen die manifeste Ebene der Interaktion verlassen hatten? Die Beobachtung wurde in die Form einer Gegenübertragungsäußerung gekleidet: Als der Junge zurückkehrte und von der Kindergruppe im Gruppentermin mit Gejohle empfangen wurde und dann sofort mit seinen Faxen begann, äußerten die Leiter Mitleid mit ihm, weil sie das Empfinden hatten, daß er von den Kindern zum Spaß aufgehetzt werde. Nachdem die Problematik so bei der Gruppe angekommen war und die Therapeuten sich mit ihr statt mit dem die Delegation ausübenden Einzelnen auseinandersetzten, trat fast schlagartig eine Änderung ein und der Junge hatte Gelegenheit, wirklichen Anschluß an die Gruppe zu gewinnen.

Diese Gruppeninteraktionen spielten sich auf dem Hintergrund einer äußerst schwierigen Situation im Realraum ab, wo die Erzieher sich immer wieder mit dem als „Erwachsenschreck“ agierenden Jungen auseinandersetzten, ihn bestrafen und schließlich eine vierwöchige Beurlaubung erzwingen, weil die Möglichkeit zu einer ruhigen Überprüfung der Gesamtsituation anders nicht gegeben war. In der Pause wurde auch den Erziehern die Bedeutung der gruppenspezifischen Situation unter den Kindern (das sadistische Opfern eines Sündenbocks) deutlich.

3. Die Gruppentherapie bei Jugendlichen zwischen 15 und 18 Jahren

Die Gruppentherapie mit Patienten zwischen dem 15. und 18. Lebensjahr kann sich m.E. am besten an der tiefenpsychologisch fundierten Methode orientieren.

a) Zur theoretischen Orientierung

Die oben dargestellte Methode erfuhr für die Arbeit mit den Jugendlichen einige Modifikationen.

Die Minimalstrukturierung ist auch hier Grundlage für eine therapeutisch wirksame Regression. Die Interventionstechnik der Therapeuten ist allerdings deutlich stärker Ichstützend als in der Therapie mit Erwachsenen. Dies betrifft vor allem das Verhalten und die Haltung des Therapeuten, der sozusagen nicht darauf warten darf, „was kommt“. Er

wirkt stärker als bei Erwachsenen auch als aktives reales Gegenüber. Die Frequenz seiner Interventionen ist im Durchschnitt größer als in vergleichbaren Gruppen mit anderen Patienten und sie sollten möglichst authentisch sein. Authentizität und Spontaneität – bei Wahrung der nötigen Distanz – tragen dem Bedürfnis des älteren Jugendlichen nach „Echtheit“ des Kontaktes und nach Orientierung an der Beziehung zum Erwachsenen Rechnung (Wiesenhütter 1971, Zauner 1975).

Auch bei der Gruppenarbeit mit Jugendlichen hat sich die Beteiligung eines Co-Therapeuten bewährt.

Ein wesentliches Merkmal bei der analytisch orientierten Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen besteht in deren Neigung, die psychosozialen Abwehrmanöver auszuagieren, ein Widerstand, dem eine eminente Schutzfunktion zukommt. Bei einer Interpretation dieser Abwehrmanöver hat der Therapeut zu berücksichtigen, daß der Angstpegel im Vergleich zu erwachsenen Patienten entsprechend der inneren Situation des Jugendlichen eher hoch, die Ich-Stärke aber eher labil zu sein pflegt. Die Interventionen müssen also genügend Struktur geben und die reifen Ich-Funktionen der Jugendlichen stützen (z.B. durch reflektierende, engagierte Haltung des Therapeuten oder durch thematisierende Zusammenfassung von Gruppenvorgängen s.u.).

Ein weiterer Unterschied besteht in der Rolle der Übertragung der Jugendlichen und im therapeutischen Umgang mit Symbiosewünschen und Riesenansprüchen. Es gilt hier für den Therapeuten, zwischen Scylla und Charybdis zu segeln. Er braucht in der Jugendlichengruppe eine vermehrte Bereitschaft aktiv mitzumachen, Lösungen anzubieten und sich als reale Person zu stellen. Er muß auf der anderen Seite aber auf der Hut davor sein, den drängenden Übertragungswünschen nachzukommen, Gegenübertragungsreaktionen zu agieren und damit seine beiden Funktionen – nämlich die des Therapeuten und der Realperson zu verlieren.

Im allgemeinen neigt der Analytiker in tiefenpsychologisch fundierten Gruppen dazu, eine zu starke Anlehnung eines Patienten an ihn als pathologische oder regressive Übertragungsreaktion einzuordnen. Diese Betrachtungsweise wird jedoch dem Jugendlichen nur gelegentlich gerecht. Er sucht ja im Erwachsenen ein Vorbild, eine Autorität, mit der er sich progressiv identifizieren bzw. auseinandersetzen kann. Er braucht also auch in der Gruppe den Therapeuten als Realperson für seine Orientierung. Dieses Bedürfnis des Jugendlichen muß der Therapeut in Grenzen annehmen, weil sich jener sonst nicht verstanden fühlt. Eine Neigung zur Anlehnung an den Therapeuten und die Erwartung einer gewissen Anleitung für das eigene Verhalten sind in diesem Alter als normal anzusehen.

b) Zur praktischen Erfahrung

Gruppentherapie mit 15 – 18jährigen Jugendlichen in der Klinik

Die so modifizierte Technik des Therapeuten in Jugendlichengruppen wurde mit den Jugendlichen des Funktionsbereichs Kinder und Jugendliche in Tiefenbrunn durchgeführt mit folgender Konzeption:

An der Gruppe nehmen 5 – 8 nach Indikation ausgewählte Jugendliche teil. Die Gruppe ist geschlechtshomogen

(Jungen) und offen, so daß bei Neuaufnahmen auf der Station keine längeren Wartezeiten entstehen müssen.

Die Indikation zu dieser Gruppe umfaßt Jugendliche mit allen auf der Station vorkommenden Störungen, bei denen die Ich-Funktionen so stark ausgebildet sind, daß die antriebsfreundliche und minimal strukturierte Situation der Gruppensitzung überwiegend positiv von ihnen verarbeitet werden kann.

Die Jugendlichen können erst nach einer vierwöchigen Diagnostikzeit an der Therapiegruppe teilnehmen.

Die Gruppe wird in der Regel von zwei Therapeuten begleitet. Die vielfältigen Reaktionen der Jugendlichen auf zwei Erwachsene versprechen mehr therapeutische Wirkung, weil die Jugendlichen sich weniger schützen müssen, als dies bei Anwesenheit eines einzelnen der Fall ist. Dies vor allem deshalb, weil sich die beiden Therapeuten spontan oder überlegt die Rollen teilen. Der eine ist der eher engagierte, spontane Gesprächspartner – das Gegenüber für die Jugendlichen. Der andere ist der eher verstehende, analysierende und interpretierende Helfer, der die Übersicht für alle zu bewahren sucht. Häufig entsprach das in der Praxis den verschiedenen Funktionen, in denen die Therapeuten arbeiteten: Der eine war in seiner Rolle als Stationsarzt ein natürlicher Widersacher der Teilnehmer, weil er für die Ordnung und den Behandlungsplan zuständig war, der andere war in seiner Rolle als Therapeut neutraler und wurde vorwiegend als mit- und einführend erlebt. Eine Umkehrung war aber durchaus möglich und üblich. Vor allem den von narzißischen Entwicklungsproblemen stark beeinflussten Jugendlichen tut solche Aufteilung gut, da sie eine Spaltung der Übertragung auf ein „gutes“ und ein „böses“ Objekt vornehmen können und diese Spaltung später bearbeiten können (vgl. Mac Lenman nach Heigl, Indik. u. Prognose, S. 169).

Vorrangige Ziele sind in dieser Gruppe:

1. Die analytisch-orientierte Einzeltherapie durch aktuelle kontrollierte Beziehungen in der Gruppe und ihre Bearbeitung zu ergänzen;
2. Ein Forum für Identifikationen der Jugendlichen zu bieten, in dem der Therapeut selbst gleichzeitig Modell und Partner für Auseinandersetzungen mit Erwachsenen ist;
3. In der Beziehung zu den anderen Jugendlichen und zum Therapeuten positive und korrigierende emotionale Erfahrungen zu ermöglichen;
4. Pathogene Verarbeitungen und ihre Schutzfunktion insbesondere im Kontakt (Psychosoziale Abwehrmechanismen) zu beschreiben und zu reflektieren;
5. In der Rollenzuteilung von Elternbildern an die Erwachsenen der Gruppe intrapsychische Konflikte und Ablösungserscheinungen zu erkennen und zu bearbeiten.

Auch in dieser Gruppe ist die Beziehung zum Therapeuten ein wichtiges Lernfeld. Für den Therapeuten besteht v.a. bei Jugendlichen dieses Alters die Aufgabe und die Schwierigkeit, einen methodisch-technischen Hintergrund mit einer authentischen Haltung gegenüber den Jugendlichen zu verbinden.

Der Beginn

Die Gruppe wurde mit Paktgesprächen eingeleitet, in denen die Ängste der Jugendlichen deutlich wurden und die Ziele einer Arbeit in der Gruppe für jeden besonders erarbeitet werden: In allen Fällen haben die Konflikte der Jugendlichen Auswirkungen auf ihre sozialen Konflikte und umgekehrt. Dies ist also die erste zu klärende Frage im Pakt: wie die Einzelnen ihre Probleme und Symptome erworben haben und wie es möglich sei, sie in einer Gruppentherapie zu bearbeiten. Zweite Frage ist, was sie als Erfolg solcher Therapie ansehen würden. Die Dauer wird drittens besprochen. Die Zeit, regelmäßige Teilnahme und Entschuldigung bei Verhinderungen betreffen die 4. Regel. Schließlich wird 5. über den Inhalt der Sitzungen und den Vorgang gesprochen und als Ziel festgelegt, daß der Jugendliche lernen sollte, mit sich, mit anderen und mit Gruppenvorgängen besser fertig zu werden, um stärker zu werden. Besonders die Betonung einer in der Gruppe erlernbaren Stärkung für den Umgang mit Altersgenossen reizt die Jugendlichen zur Mitarbeit. Während manche später in der Gruppe sehr auffällig agieren und Stärke, Unangreifbarkeit und Unabhängigkeit gegenüber den Therapeuten herausstellen, können sie im schützenden Einzelkontakt ihre Ängste und Konflikte gut besprechen und sich mit den Gruppentherapeuten zum Zwecke einer Veränderung verbünden. Auch wenn dieses Bündnis in der Gruppe bestritten wird oder jedenfalls für die anderen Jugendlichen nicht sichtbar wird, ist es doch eine Grundlage für den Gruppenzusammenhalt und die Zielstrebigkeit des Entwicklungsprozesses.

Die Einleitung der ersten Gruppensitzung besteht in der Aufforderung, daß jeder sich so freimütig wie möglich äußern solle (freie Interaktionsregel).

Der Vorgang (therapeutische Technik)

Die Jugendlichen kommen meist in kleinen Grüppchen in den für diese Zeit fest reservierten Raum, der nicht zu den Tagesräumen gehört. Ein Therapeut hat, wenn möglich, schon einige Zeit vorher den Raum geöffnet, damit die Jugendlichen nicht vor der Tür warten müssen, sondern ihre Plätze besetzen können. Die Therapeuten sind möglichst pünktlich zu Beginn der Sitzung da, damit sie die Stimmung von Anbeginn miterleben. Es wird dann auch nicht mehr auf Zu-spät-Kommende gewartet, sondern die Therapeuten beginnen sofort, den Kontakt mit den Anwesenden aufzunehmen. Das bedeutet, daß sie nicht eine beobachtende Zurückhaltung zeigen, sondern sich in aktiver Weise in die Stimmung und in das Thema der Jugendlichen einfühlen. Einer der Therapeuten greift also z. B. das Gespräch Einzelner oder die Atmosphäre in der Gruppe locker auf. Meist ergibt sich dann aus belanglosen Themen eine spezifische *Problematik der Gruppe*.

So entwickelte sich ein Gespräch, als der Therapeut die Bemerkung aufgriff „Heute habe ich 10 Brötchen zum Kaffee gegessen“. (In dieser Sitzung kamen einige Jugendliche einige Minuten zu spät!).

Als Erklärung klagten die Teilnehmer darüber, sie hätten so lange Termine gehabt, daß sie gar nicht richtig zum Essen gekommen seien. So kam heraus, daß eine Unzufriedenheit

mit dem Mittagessen verbunden wurde und ein Protest gegen die vielen Termine und Aufgaben, also gegen eine Überforderung durch die Mitarbeiter der Klinik ausgedrückt. Der Therapeut griff diese einheitliche Einstellung, die zur Norm der Gruppe wurde, auf und sagte: „Ich habe den Eindruck, daß mit dem Zu-spät-Kommen und dem Brötchen-Essen ein Gefühl der Überforderung ausgedrückt werden soll“.

Daraufhin konnten die Jugendlichen Ärger darüber äußern, daß sie sich von den Erziehern und Therapeuten alleingelassen und vernachlässigt fühlten. Dies geschah auch im Blick auf die Entlassung einiger Teilnehmer und die Aussicht auf eine selbständige Entwicklung ohne den Schutz der Klinik. Die Terminforderungen in der Klinik, die Notwendigkeit zur Entwicklung von Eigenständigkeit und die Auseinandersetzung mit den eigenen Konflikten und Symptomen wurde an den Therapeuten und Erziehern festgemacht und an ihnen bekämpft: Sie würden die Jugendlichen auf dem Weg zur Heilung und zurück in die alte soziale Umgebung nicht genügend stützen. „Was sollen wir mit Therapeuten und Klinik, wenn wir dann doch allein mit unseren Problemen fertigwerden müssen?“

Bei diesen Angriffen der Teilnehmer waren die Blicke auf einen der Therapeuten gerichtet. Diesem schien es in der Gegenübertragung, als werde ihm der Vorwurf gemacht, daß er ungenügend auf die Bedürfnisse der Patienten reagiere. Er fühlte ihren starken Wunsch nach größerer Fürsorglichkeit auf seine Person gerichtet und hätte gern gegen die Enttäuschungsaggression der Gruppe protestiert. Die Gruppe schien sich der eigenen Konflikte auf dem Weg zur Heilung, Ablösung von Elternbildern und Verselbständigung mit Hilfe eines psychosozialen Abwehrmechanismus entledigen zu wollen, den man so umschreiben könnte: „Wir bekämpfen hier den Therapeuten als Repräsentanten von Überforderung und fehlender Fürsorge.“ Er sagte deshalb: „Ich spüre, daß jemand verantwortlich gemacht werden soll für diese Überforderungsgefühle.“

Häufig beginnen die Gruppensitzungen mit *Schweigen* von seiten der Jugendlichen. Es ist wichtig, auf diese schwer einzuordnende Art des Schutzes auf eine analytisch orientierte Weise einzugehen. Aber an diesem Punkt stellt sich für die Therapie bei Jugendlichen das Problem: Heißt analytisch orientierte Technik hier am Abstinenzprinzip ausgerichtete Vermeidung von Eigenaktivität des Therapeuten? Es ist sicher gut, wenn einer der Therapeuten sich gerade in solchen Situationen aufmerksam beobachtend zurückhält. Dies erscheint aber wenig effektiv und für die Behandlung der Ängste der Jugendlichen eher gefährlich, wenn ein Therapeut allein mit ihnen ist oder sich der andere nicht um so mehr um die Art und die Ursache des Schweigens bemüht.

Der Therapeut nimmt also die atmosphärisch sich äußernde Spannung auf. Wenn er selbst als Stationsarzt die Hintergründe kennt, spricht er sie manchmal auch direkt an. Damit ist allerdings eine klassische Widerstandsbearbeitung erschwert. Die Therapeuten sind aber oft gezwungen, die *Abwehr* des Einzelnen zu überspielen, ohne dabei ihr analytisches Interesse an ihrer Bearbeitung zu vernachlässigen. Dies erfordert eine große Flexibilität in therapeutischen Methoden und Techniken (vgl. *Didato*, S. 969) bei Aufrecht-

erhaltung einer analytischen Einstellung (vgl. *Zauner/Stieber*, S. 78).

Wie bedrängend äußere Geschehnisse in den Beziehungen zwischen neurotischen Jugendlichen in der Klinik für innerpsychisches Erleben und Verarbeiten in der Gruppe werden können, zeigte sich im *Abbruch einer Sitzung* durch die Jugendlichen.

Die Atmosphäre war von großer Angst gekennzeichnet. Alle Teilnehmer saßen schweigend da. Einer der Therapeuten (Stationsarzt) fehlte. Dadurch konnte ein Bedürfnis der Jugendlichen nach einem Hilfs-Ich in Gestalt eines Kenners der Probleme nicht befriedigt werden.

Die Jugendlichen äußerten von sich aus, daß der Termin sie in einer beschaulichen Malstunde gestört habe, die sie gerade eben zusammengeführt habe. Sie seien nicht zur Mitarbeit bereit.

Der Therapeut hatte den Eindruck, daß ein psychosozialer Abwehrmechanismus einsetzte, der die Vermeidung von Konflikten durch Beruhigung und Harmonisierung zum Ziel hatte. Als er darauf einging, daß solche Beruhigung offenbar zur Zeit wichtig sei, um die Konflikte aus der Gruppe herauszuhalten, wurde er heftig attackiert. Ihm wurde vorgeworfen, er gefährde die Sicherheit der Station, wenn er auf das Geschehen zwischen den Jugendlichen hinarbeite.

Diese waren nicht mehr bereit, die Sitzung weiterzuführen. Der Therapeut war zwar nicht damit einverstanden, empfand es aber selbst als eine Erleichterung, als die Jugendlichen den Raum verließen, weil er in seiner *Gegenübertragung* die Bedrohlichkeit der Stimmung und die Verschiebung der Aggressionen auf ihn als Analytiker (und das hieß für die Jugendlichen in dieser Situation Unruhestifter) gespürt hatte und sich wie auf einem Vulkan gefühlt hatte.

In der folgenden Sitzung wies er sogleich auf das Ereignis zurück. Die Jugendlichen waren jetzt bereit, auf die Situation einzugehen: Es zeigte sich, daß der Jugendliche T. am Abend vor der beschriebenen Sitzung ausgesprochen verunsichert und aggressiv agiert hatte, – Türen wurden demoliert, ein Mädchen attackiert – und die Jugendlichen diese Vorfälle auf starke Spannungen in der Gruppe zurückführten. Bei der weiteren Untersuchung ergab sich, daß die Rollenzuteilungen in der Gruppe durcheinandergekommen waren. Der wegen vermeintlicher Schwachheit und Kleinheit in Größenphantasien und -vorstellungen begriffene U. fühlte sich und seine Vorrangstellung unter den Jugendlichen durch den rationalisierenden und sich vor den depressiven Tendenzen U's schützenden A. bedroht. Es entstanden zwei Lager und T. signalisierte als abwehrschwaches und so durch die Spannungen am meisten gefährdetes Mitglied die Brisanz der Gruppenvorgänge.

Die Reaktion des Therapeuten weist auf die Stärke der Rivalitäten hin. Dadurch, daß der Therapeut das Zudecken des Konfliktes zuließ, ermöglichte er zwar eine spätere ruhige Durcharbeitung, schützte sich aber auch selbst vor einer Austragung der Konkurrenzprobleme, die ja auch und nicht zuletzt ihm in der Übertragung galten.

Der Abbruch der Sitzung spricht für die Aktualität und Schärfe der Affekte von Jugendlichen und für das Ausmaß an Gegenübertragungsgefühlen (vgl. *Heigl-Evers/Laux* 1971). Vielleicht ist es daher nicht nur verständlich, sondern

sogar legitim, wenn die Aufdeckung der Vorgänge bzw. die Arbeit an der Abwehr der Affekte nur vorsichtig und tolerant vorgenommen wurde.

Diese und die folgende Schilderung sind Beispiele für die von Jugendlichen bevorzugt in Aktionen ausgetragenen psychosozialen Abwehrmanöver, die in der Gruppe verbal aufgegriffen und interpretiert werden. Der *Schutzcharakter* solcher Aktionen konnte den Jugendlichen verdeutlicht werden, als ein neuer Gruppenteilnehmer nach der diagnostischen Eingangsphase in die Gruppe eintrat. U. attackierte ihn und hinterfragte seine äußerliche Sicherheit und Größe (er stellte Fragen, die er sicher für sich selbst befürchtete), bis der Angegriffene sagte, er sei tatsächlich nicht sicher, sondern habe Angst. U. aber griff ihn weiter an und meinte, er sage das nur, damit er jetzt geschont werde. Der Therapeut nahm diesen Vorgang auf, indem er vermutete, daß alle den Neuen angreifen würden, um nicht selbst attackiert zu werden. Stützend stellte er dann die Frage, ob es nicht auch ganz wichtig sei, sich vor allzu harten Angriffen zu schützen und wie sie das wohl machen würden. U. meinte daraufhin, er würde die Angriffe auf andere lenken (er griff ja tatsächlich auch in diesem Fall nur die anderen an, weil er große Angst hatte, daß seine Größenvorstellungen erschüttert würden und er sich als schwach erleben müßte). Andere meinten, sie würden hinauslaufen. Der oben angesprochene T. sagte, er würde sich zurückziehen und dann sagen „ach, ist ja auch egal“ (eine Redewendung, wie er sie häufig bei interpretativen Äußerungen des Therapeuten anwandte und die seine sonstige Vermeiderhaltung illustrierte). Die Jugendlichen konnten wie in anderen Sitzungen erkennen, wie sie sich vor Kränkungen schützten. Sie waren bereit, dies herauszufinden, weil der Schutzcharakter ihrer Manöver angesprochen und angenommen wurde.

Zusammenfassung

Die beschriebene stationäre Jugendlichengruppe ist eine therapeutische Einrichtung neben der psychoanalytisch orientierten Einzeltherapie.

Ihre Methode ist tiefenpsychologisch fundiert (psychoanalytisch orientiert) und lehnt sich an die im „Göttinger Modell“ von A. Heigl-Evers und F. Heigl beschriebene Gruppentherapie an. Sie erscheint (im Vergleich mit den beiden anderen im Göttinger Modell entwickelten Therapiearten) am ehesten geeignet, spezifische Adoleszenzmerkmale (Autarkiestreben, Identitätsprobleme, Vorbildsuche, hoher Angstpegel wegen relativer Ich-Schwäche) zu berücksichtigen.

Für die Gruppe der Jugendlichen wurden im vorliegenden Bericht besondere Nuancen in der Haltung des Therapeuten herausgestellt:

1. Der Therapeut zeigt engagiert Verständnis und Einfühlung und nimmt gleichzeitig eine diagnostische Einordnung des Gruppengeschehens mit Hilfe der analytischen Beobachtungs- und Schlußbildungsmethode vor.
2. Seine gruppentherapeutische Technik hilft ihm erkannte Ziele zu erreichen, soll aber nicht in formaler Weise zur Norm des therapeutischen Verhaltens erstarren.
3. Der Therapeut ist authentisch; für den Umgang der Gruppenteilnehmer hat er modellhafte Züge.

4. Seine Interventionen sind relativ häufig und Ich-stützend.
5. Er versucht durch Thematisierung der Gruppenvorgänge einen Leitfaden für das Gespräch zu geben.
6. Er nimmt auf den hohen Angstpegel und die relative Ich-Schwäche der Jugendlichen Rücksicht und betont und interpretiert den Schutzcharakter von Abwehrmechanismen und Rollenzuteilungen in der Gruppe.
7. Da die Übertragung der Jugendlichen auf den Therapeuten stark und z.T. herausfordernd ist, ist diesem die Beobachtung und Kontrolle von induzierten Gegenübertragungsgefühlen besonders wichtig.

Summary

Group Psychotherapy with Children and Adolescents in Hospital Treatment

In the essay theoretical patterns and practical experiences of clinical group psychotherapy with different age groups are illustrated.

For the 8 to 12 year old children play therapy was employed with elements of Slavson's "activity interview group". It is characterised by the following factors:

1. There should be two therapists, thus representing a family pattern. They see themselves as identification and transference objects.
2. The psychoanalytic method of making observations and forming conclusions is the basis for verbal interpretations, which firstly derive from the interactions of the children within the group and secondly reflect the feeling and behaviour patterns of single group members.
3. A confrontation with conscious group norms and pre-conscious role attributions and unconscious phantasies is stimulated by libido activating, i.e., phantasy inspiring, material.
4. Transference and catharsis, insight as strengthening of the ego and reality testing are the psychoanalytic elements having the therapeutical effect.
5. The group is separated from the pedagogical work in the ward („reality area“) both in time and place.

For the 13 to 15 year old and the 15 to 18 year old adolescents discussion groups were offered, following the group therapy methods described in the "Göttinger Modell" of Heigl-Evers and Heigl.

The role of the therapist in the adolescent group is characterised by the following:

1. The therapist shows active understanding and empathy and simultaneously makes a diagnostical classification of the group process with the help of the analytical method of making observations and forming conclusions.
2. His techniques assist him to reach the thus identified therapeutic goals. These techniques, however, should not become formal or inflexible.
3. The therapist strives for authenticity; for the interaction of the group members his behaviour has a model character.
4. His interventions are relatively frequent and ego supporting.
5. By bringing to awareness aspects of the group process, he guides the development of the discussion.

6. Taking into account the high anxiety level and ego weakness of adolescents, he interprets the protective character of defense mechanisms and role attributions in the group.
7. Because of the intensive transference of adolescents, tending to provoke the therapist, diagnosis and control of the induced countertransference feelings are of special importance.

Literatur

- Argelander, H.: Gruppenprozesse – Wege zur Anwendung der Psychoanalyse in Behandlung, Lehre und Forschung. Hamburg 1976. – Baumgärtel, F.: Theorie und Praxis der Kinderpsychotherapie. Leben lernen 21, München 1976. – Biermann, G.: Gruppentherapie bei verhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen und deren Eltern. Praxis 13, 40. – Bion, W. R.: Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften. Stuttg. 1974. – Chon, R. C.: Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion Stuttgart 1975. – Diadat, S. V.: Gruppentherapie für jugendliche Delinquenten: einige neue Methoden. In: Handbuch der Ehe-, Familien- und Gruppentherapie hr. Sager u. Kaplan, dtsh. ed. A. Heigl-Evers, München 1973, Bd. III S. 959–973. – Friedemann, A.: Bifokale Gruppentherapie bei verhaltensgestörten Kindern. In: Biermann, Handbuch der Kinderpsychotherapie Bd. II, München/Basel 1971. – Ders.: Gruppenpsychotherapie mit Kindern. In: Preuss, H. G., Analytische Gruppenpsychotherapie, München/Berlin/Wien 1966, S. 101 ff. – Gaber, L. et al.: Aus der Arbeit einer Kinderstation. Praxis 20, 1971 S. 274 ff. – Ginott, H. G.: Gruppenpsychotherapie mit Kindern, Weinheim 1972. – Haar, Zauner, Zech: Gruppentherapie und Gruppenarbeit bei Kindern und Jugendlichen in Klinik und Heim. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. VIII, S. 928–937 Zürich 1979. – Heigl-Evers, A. u. Heigl, F.: Gruppentherapie: interaktionell – tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) – psychoanalytisch. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 7, 1973, S. 132 ff. – Dies.: Konzepte d. analytischen Gruppenpsychotherapie. In: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts Bd. VIII, S. 763–777 Zürich 1979. – Dies.: Interaktionelle Gruppenpsychotherapie ebenda, S. 850–858. – Dies.: Die tiefenpsychologisch fundierte (analytisch orientierte) Gruppenpsychotherapie ebenda, S. 802–811. – Heigl-Evers, A. u. Laux, G.: Technische Probleme der klinischen Gruppenpsychotherapie bei jugendlichen Neurosekranken. In: Psychoanalyse und Gruppe, hr. Heigl-Evers, Göttingen 1971, S. 101 ff. – Knöll, H.: Bemerkungen zur stationären Psychotherapie Jugendlicher und erste Erfahrungen mit einer besonders zusammengestellten Stationsgruppe. Praxis 22 (1973). – Lutz, Chr.: Praxis der Gruppentherapie mit Kindern. Stuttgart 1975. – Phelan, J. F., Slavson, S. R., Norman Epstein and Schwartz, M.: Studies in Group Psychotherapy in Residential Treatment of "Delinquent" Boys. The International Journal of Group Psychotherapy Vol. X 1960 Nr. 2 S. 174 ff. – Sandner, D.: Die analytische Theorie der Gruppe von W. R. Bion. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 9, 1975, S. 1 ff. – Scheidlinger, S. and Rauch, E.: Psychoanalytic Group Psychotherapy with Children and Adolescents. In: Handbook of Child Psychoanalysis, ed. B. B. Wolman, New York, S. 364 ff. – Slavson, S. R.: Die Arten der Gruppenpsychotherapie und ihre klinische Anwendung. In: de Schill, St. (ed.) Psychoanalytische Therapie in Gruppen Stuttgart 1971, S. 75–144. – Ders.: Einführung in die Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen, Göttingen 1971. – Ders.: The Era of Group Psychotherapy. Acta psychother. 7 1959, S. 167 ff. – Ders.: Einführung in die Gruppenpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen. Göttingen 1971. – Ders.: Meine Technik der Gruppentherapie mit Kindern. In: Biermann, (ed.) Handbuch der Kinderpsychotherapie Bd. II München/Basel 1971, S. 745 ff. – Ders.: Unter-

schiedliche psychodynamische Prozesse der Aktivitäts- und Aussprachegruppen. In: *Preuss, H. G.*: Analytische Gruppenpsychotherapie, Grundlagen und Praxis München/Basel/Wien S. 73 ff. 1966. – *Slavson, S. R./Schiffer, M.*: Gruppenpsychotherapie mit Kindern. Göttingen 1976. – *Wiesenhütter, E.*: Stationäre Gestaltungs- und Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: *Biermann, G.* (ed.) Handbuch der Kinderpsychotherapie Bd. II München/Basel 1971. – *Ders.*: Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen. In: *Preuss, H. G.*: Analytische Gruppenpsychotherapie München/Berlin/Wien S. 111 ff. 1966. – *Zauner, J.* u. *Stieber, A.*: Klinische

Psychotherapie von Jugendlichen. In: Handbuch der Kinderpsychotherapie, ed. *Biermann, G.* München/Basel, 1976 (Ergänzungsband) S. 73 ff. – *Zauner, J.*: Psychodynamische und psychoanalytische Aspekte der Adoleszenz. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 3, 1975, S. 41 ff. – *Ders.*: Zur Problematik des Arbeitsbündnisses bei der psychoanalytischen Behandlung schizoider Jugendlicher. Praxis 20, 1971, S. 113 ff.

Anschr. d. Verf.: Rüdiger Haar, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Jenaer Str. 28, 3502 Vollmar 1.