

Aus der Universitäts-Nervenklinik Tübingen
(Direktor: Prof. Dr. Dr. h. c. E. KRETSCHMER).

Die Gruppentherapie in der Klinik*.

Von
D. LANGEN.

(Eingegangen im August 1953.)

Das Blickfeld, in das die nachfolgenden Ausführungen gestellt werden sollen, ist weit. Im Mittelpunkt stehen die Erfahrungen bei stationären psychotherapeutischen Spezialbehandlungen schwerer Neurosen. Es sollen aber auch alle die Krankenstationen einbezogen werden, die sich der Behandlung subakuter und chronisch kranker widmen, wie interne Abteilungen mit Asthmatkern, Ulcuskranken usw., die Tuberkulosekrankehäuser, neurologische und orthopädische Spezialabteilungen, sowie nicht zuletzt auch die dermatologischen Kliniken. Für alle an diesen Stellen tätigen Ärzte können die folgenden Ausführungen die gleiche Bedeutung haben, sobald der psychologische Aspekt ärztlicher Haltung zur Leitlinie des Handelns wird. Die aus den psychiatrischen Anstalten kommenden Kollegen aber werden sehen, daß sie für manche Anregung Pate gestanden haben, die nun durch konsequente Weiterverarbeitung in einen größeren Rahmen hineingestellt werden kann.

Bei Durchsicht der überwiegend angelsächsischen Literatur über die Gruppentherapie kann festgestellt werden, daß ein großer Teil der Ärzte mit den klinischen Erfahrungen begonnen und aus ihnen diese besondere Behandlungsform systematisch entwickelt hat, da die ambulante Einzelbehandlung nicht so sehr zur Gruppentherapie anregt wie die Anhäufung kranker Menschen in der Klinik. Dieser Anreiz ist, was ganz besonders betont werden soll, nicht an die psychotherapeutische Spezialabteilung gebunden, sondern geht von jeder Krankenstation aus. Je länger die Patienten in ihr liegen, desto mehr drängen sich zwangsläufig die gruppentherapeutischen Probleme auf und fordern die systematische Bearbeitung.

Es soll nun die Gruppentherapie zunächst einer allgemeinen Betrachtung unterzogen, danach das Methodische zur Darstellung gebracht und schließlich ihre praktische Bedeutung geschildert werden.

Zu Beginn einige kurze Erläuterungen: Die Begriffe „Gruppentherapie“ und „Gruppenpsychotherapie“ werden synonym gebraucht. Da

* Nach einem am 30. August 1953 in München vor der allgemeinen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie gehaltenen Vortrag.

Psychotherapie für uns nicht nur eine besondere Behandlungsmethode ist, sondern vor allem einen Bestandteil ärztlicher Haltung darstellt, halten wir uns hierzu berechtigt.

Bei der Gruppentherapie unterscheiden wir die indirekten von den direkten Formen. Die Auseinandersetzung des einzelnen mit der Gruppe und die Arbeitstherapie stellen die wichtigsten indirekten Verfahren dar, während die Durchführung ärztlicher Behandlung innerhalb einer Gruppe, die gemeinsamen Aussprachen und das Psychodrama als direkt wirkende Methoden bezeichnet werden. Daraus wird schon ersichtlich, daß für uns Gruppentherapie weniger eine Analyse in Gruppen, als vielmehr „*die Beobachtung und Behandlung des einzelnen innerhalb und durch eine Gruppe von Menschen*“ bedeutet. Durch diese *Definition* soll vor allem auch die zwischen dem einzelnen und der Gruppe stattfindende Wechselbeziehung stärker hervorgehoben werden, da sie ein wesentliches therapeutisches Moment sein dürfte, in dem der Arzt durch sein Wissen den katalytischen Faktor darstellt. Ganz allgemein ist festzustellen, daß eine Gruppe nur entsteht, wenn ihre Mitglieder durch die gleichen Ursachen oder gleichen Ziele verbunden sind. Bei den uns interessierenden stationären Patienten ist Krankheit die gemeinsame Ursache und der Wunsch nach Hilfe das sie verbindende Ziel. Ferner ist ausschlaggebend, daß der einzelne sich als Glied in die Gruppe einfügt und aktiv mitarbeitet. Das heißt, der Mensch wird nicht in sie hineingeworfen, sondern muß sich selbst einordnen.

In der Gruppentherapie wird diese Aktivität zunächst für die Herstellung sozialer Beziehungen in der Gruppe angeregt, wodurch die zur Isolierung führende und durch die Krankheit entstandene Regression besser rückgängig gemacht werden kann.

Die ausschließliche Darstellung gruppentherapeutischer Probleme darf nicht zu der Annahme verführen, daß wir in der Psychotherapie der Neurosen der analytischen Einzelbehandlung negativ gegenüber eingestellt wären. Sie nimmt im Gegenteil einen breiten Raum ein und wird zweigleisig in Verbindung mit einem Hypnosetraining durchgeführt. Speziell die klinische Psychotherapie aber ist in ganz besonderem Maße durch die Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung charakterisiert.

Bevor wir die einzelnen Methoden einer Analyse unterziehen, sollen noch *die Grundgesetze der Gruppe* aufgeführt werden. Sie wurden von LE BON, MAC DOUGALL, FREUD, FOULKES u. a. aufgestellt und können, um nicht Bekanntes zu wiederholen, bei den betreffenden Autoren oder unserer zusammenfassenden Darstellung nachgelesen werden.

Die wichtigsten Grundgesetze sind:

1. Die Patienten konstituieren kollektiv gerade die Norm, von der sie individuell abweichen.

2. Die Affektivität des einzelnen ist gesteigert.
3. Es besteht innerhalb der Gruppe die Möglichkeit, zahlreicher Affektprojektionen analog dem realen Leben. Die Übertragungen zum Führer der Gruppe werden gesteigert, wodurch der suggestive Einfluß sich erhöht. Negative Haltungen einzelner werden beim Überwiegen positiver Übertragungen der Mehrheit durch die Aufnahme in die Gruppe gewissermaßen umgeschmolzen.
4. Zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern entsteht im Laufe der Zeit eine „Verbindung in der Distanz“.
5. Einmal aufgenommen, haben die Patienten ein starkes Bedürfnis, in der Gruppenverbindung zu bleiben.
6. Die krankhaften Symptome einzelner werden durch mitverstehen der Gruppe leichter ertragen, so daß die Selbstheilungstendenzen der Persönlichkeit sich besser entfalten können. Auf diese Weise unterstützt die Gruppe sogar eine individuelle Entfaltung.
7. Bei entsprechender Leitung helfen sich die Patienten gegenseitig und fördern damit die Therapie.
8. Die Patienten können unter der geschaffenen Atmosphäre gegenseitiger Achtung, des Wohlwollens und der Hilfsbereitschaft in gewissen Grenzen über ihre ganz persönlichen Dinge sprechen.

Bei Betrachtung der gruppentherapeutischen Methoden soll mit der *Auseinandersetzung des einzelnen mit der Gruppe* begonnen werden: Dazu ist zunächst erforderlich, sich die Ausgangssituation des auf einer Krankenstation aufgenommenen Patienten vorzustellen. Er steht plötzlich im Krankenzimmer einer Zahl von Menschen gegenüber, die je nach der Organisation des Hauses einmal größer oder kleiner ist. Auf unserer Neurosenstation ist dieser Gegenüberstellung bereits eine erste eindrucksgewinnende Aussprache vorangegangen, in der wir mit dem Patienten einen der stationären Therapie angepaßten „Vertrag“ geschlossen haben. Dadurch haben wir ihn auf die bevorstehenden Aufgaben vorbereitet, die gerade bei jedem chronisch Kranken durch seine Isolierung und Regression erheblich sind. Obwohl die Krankenhausaufnahme diesen krankhaften Tendenzen Vorschub zu leisten scheint, wird ihnen dadurch ein Riegel vorgeschoben, daß der Patient angeregt wird, zu einer Anzahl von Menschen, der er nun begegnet, Stellung zu nehmen. Die Bedeutung dieser Auseinandersetzung des einzelnen mit der Gruppe wird Ihnen auch dann besonders klar, wenn Sie sich den tiefgreifenden Unterschied zwischen der passiven Haltung des Aufgenommenen und der dann einsetzenden aktiven Leistung des sich mit der Gruppe Auseinandersetzenen vor Augen führen. Entsprechend seiner Charakterstruktur oder Krankheit verhält sich der einzelne der soziologischen Gemeinschaft gegenüber spezifisch bezeichnend.

Speziell bei den an einer Neurose Leidenden bekommen wir jetzt die verschiedenen Formen sozialer Unangepaßtheit zu sehen: Vom Stillen, Ängstlichen, der ganz beiseite steht, bis zum Überlauten, sich in den Mittelpunkt Drängenden, der gleich die Oberhand zu gewinnen bestrebt ist, vom Ablehnenden, den es gleich wieder nach Hause drängt, bis zu demjenigen, der sich enthusiastisch in die Aufgabe stürzt. Besonders häufig wird ein ambivalentes Verhalten sichtbar. Diese unterschiedliche Einstellung werden Sie auch auf allen anderen Stationen beobachten können. Man braucht nur vor Beginn der spezifischen Therapie in der ja stets vorhergehenden diagnostischen Phase Anforderungen an den Kranken zu stellen, die etwa der Lebensnorm entsprechen. Es werden sich dann alle Unangepaßtheiten herausschälen, die Ihnen in jedem Falle wichtige prognostische Rückschlüsse geben. Dabei ist es aufschlußreich, ob z. B. ein Asthmatischer sich der Gruppe gegenüber feindlich und ablehnend verhält, oder ob ein Magenulcuskranker bei den Mahlzeiten keine Gelegenheit vorbeigehen läßt, seine Ausnahmestellung durch Sonderwünsche vor Augen zu führen.

Ebenso wichtig sind beim Hinzutreten eines neuen Mitgliedes in die Gemeinschaft die *Reaktionen der Gruppe selbst*. Das Vorherrschen affektiver Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern zeigt sich hierbei vor allem darin, wie sie einen Ängstlichen aus seiner Isolierung zu befreien versuchen, oder den Überlauten ablehnen und Aggressionen gegen ihn zeigen.

Nachdem bei der Aufnahme eines Kranken zunächst die Gruppe als Ganzes wirkt, treten später einzelne aus ihr heraus und geben den Hinzugekommenen Möglichkeiten zu Affektprojektionen positiver und negativer Färbung. Die gefühlsmäßigen Beziehungen zu den Menschen des realen Lebens werden so auf die einzelnen Gruppenmitglieder übertragen. Auf diese Weise entwickelt sich eine für die jeweilige Zusammensetzung charakteristische Gruppensituation, mit der für jeden einzelnen bezeichnenden „*kritischen Distanz*“. Die Beachtung dieser „*kritischen Distanz*“ — einem Begriff aus der Instinktlehre des Zoologen LORENZ — ist gerade bei schizoiden Menschen, die oft ein größeres Distanzierungsbedürfnis haben, wichtig. Bei ihnen werden die hier gestellten Aufgaben zu einem zentralen therapeutischen Problem, das nach Kenntnis der Verhaltensweisen wohl dosiert an den Kranken herangetragen werden muß. Schließlich muß bei Wechsel der Patienten der Gruppenlabilität Rechnung getragen werden.

Dies leitet uns zum Methodischen über. Die Anregungen hierfür lassen sich leicht geben. Zunächst werden wir den aufgenommenen Patienten nicht sich selbst überlassen, sondern seine Schritte auf die Gruppe zu einmal mehr beobachtend, einmal mehr lenkend, steuern. Dann achten wir darauf, daß er nicht einfach in das soeben frei gewordene Bett gelegt

wird, sondern die Einordnung unter dem Gesichtspunkt der Gruppenbildung erfolgt. So empfehlen wir Krankheitsbilder mit gleichen Leitsymptomen zusammenzulegen. Der vielleicht auftauchende Gedanke „Um Gottes Willen, lauter Ulcuskranke in einem Zimmer, die stecken sich doch gegenseitig an“, ist irrig. Tatsache ist, daß sich die Kranken in einer solchen Gruppenverbindung nicht ungünstig, sondern helfend beeinflussen, wie dies schon bei der Aufzählung der Gruppengesetze erwähnt wurde.

Der Arzt einer Tuberkuloseklinik kann dagegen die Gruppenbildung durch Zusammenlegen gleicher Lebenssituationen oder ähnlicher bzw. entgegengesetzter Charakterstrukturen unterstützen. Gleichgeartete Persönlichkeiten in einem Krankenzimmer werden die Gruppendynamik verringern, das Zusammentreffen entgegengesetzt Veranlagter wird sie vergrößern. Eine Anpassung an die vorliegenden therapeutischen Ziele ist anzuraten. Ganz besonders muß darauf geachtet werden, daß vor allem einzelne Gruppenmitglieder in bezug auf Alter und Bildungsgrad nicht zu stark vom Durchschnitt abweichen. Wie leicht sonst der einzelne zum Gespött oder zur Zielscheibe von Angriffen wird, hat jeder Krankenhausarzt schon erlebt. Das In-Schutz-Nehmen solcher Außenseiter durch die Krankenschwester oder den Arzt hilft nicht, sondern schadet nur.

Diese Andeutungen mögen genügen, so daß nun als zweite indirekte gruppentherapeutische Methode die *Arbeitstherapie* betrachtet werden kann. Es empfiehlt sich, im praktischen Gebrauch besser von „Beschäftigungstherapie“ zu sprechen. Der auch einen Krankheitsgewinn suchende Patient kann sich unter Umständen so stark gegen die Zuminutung, im Krankenhaus arbeiten zu müssen, wehren, daß schon durch die Bezeichnung „Beschäftigungstherapie“ vieles ausgeglichen wird.

Über die historische Entwicklung derselben brauche ich nichts zu sagen. Welche Bedeutung sie für die modernen psychiatrischen Anstalten bekommen hat, dürfte auch dem Nichtpsychiater bekannt sein. Etwas eingehender möchte ich Ihnen dafür das Grundsätzliche nahebringen. Während gezeigt werden konnte, daß die therapeutisch fundierte Einordnung des einzelnen in die Gruppe vom ersten Augenblick an zum Aufbau einer neuen sozialen Bezogenheit anregt, dient die Arbeitstherapie der psychomotorischen Aktivierung. Diese ist, wie besonders E. KRETSCHMER immer wieder betont, in der speziellen Psychotherapie ebenso wichtig, wie die Analyse des Erlebten. So wie die Erlebnisse die Menschen in all ihren „Äußerungen“, d. h. also in ihrer Psychomotorik, beeinflussen, so kann die psychomotorische Ausdrucksgestaltung die Erlebnisgrundlage des Menschen verändern. Dies hat die Psychiatrie ja eindeutig zeigen können. Sie werden das besonders gut verstehen, wenn Sie sich vor Augen führen, wie z. B. ein auch in seiner Erlebniswelt erstarrter Katatoner, dadurch, daß er eine Säge in die Hand bekommt und

damit nun mit einem anderen zusammen zu arbeiten beginnt, allmählich psychisch sich bis zu einer Gesprächsführung auflockert. Das Ineinander greifen von Wahrnehmung und Bewegung im Sinne des Gestaltkreises v. WEIZSÄCKERS — bzw. hier von Erlebnis und Bewegung — wird durch die Arbeitstherapie praktisch nutzbar gemacht. Bei der speziellen Therapie der Neurosen kommt noch ein weiterer Gesichtspunkt hinzu. Hier soll die Arbeitstherapie nicht nur der *psychomotorischen Aktivierung* dienen, sondern den Arzt auch in der analytischen Therapie unterstützen. Durch die analytische Fragestellung, mit der er an den Patienten herantritt, wird auch diese gruppentherapeutische Methode zu einer Beobachtung und Behandlung des einzelnen innerhalb und durch eine Gruppe von Menschen. Die Verhaltensweisen des Kranken bei Einstellung zu dieser Aufgabe sind immer ebenso aufschlußreich wie eine analytische Sitzung. Die durch die Beschäftigung aktivierte psychomotorische Ausdrucksgestaltung regt die Selbstdarstellung des Patienten an, so daß durch seine ihm spezifischen Haltungen und Einstellungen der Komplexhintergrund sichtbar wird.

Am folgenden Beispiel soll dies deutlich gemacht werden: Eine Pat. mit einer schweren psychogenen Gangstörung bei einer ausgesprochenen Ressentimentneurose infolge Kyphoskoliose zeigte durch ihr Verhalten der Arbeit gegenüber so eindeutig ihre falsche Einstellung zum Leben, daß der Schwerpunkt der Behandlung auf die Beschäftigungstherapie gelegt wurde. Zunächst saß sie in den ersten Tagen nur den anderen Patienten zusehend dabei, was noch nichts außergewöhnliches war, da ein ähnliches Verhalten häufig zu beobachten ist. Erst als diese Pat., ein wenig ange-spont, sich zur Mitarbeit entschloß, wurde ihre tiefe ambivalente Haltung eindeutig sichtbar. Mit abgewandtem Kopf vermeid sie zunächst, ihrer Flechtarbeit zuzusehen. Ihr Mienenspiel drückte hyperexpressiv ihren Unwillen aus. Nur scheu riskierte sie dann gelegentlich einen verstohlenen Blick auf ihre Hände, bis sie schließlich mehr und mehr eine positivere Einstellung gewann, die sich dann auch in ihrer Psychomotorik ausdrückte. Selbstverständlich lief hier zu Beginn der Behandlung eine eingehende biographische und Persönlichkeits-Analyse parallel. Mehr und mehr war aber gerade bei dieser extrem schweren Neurose zu sehen, daß eine analytische Therapie hier nicht weiterhelfen konnte, sondern der Schwerpunkt der Behandlung auf der psychomotorischen Aktivierung liegen mußte. Unsere Therapie bestand in einer analytischen Haltung der Pat. gegenüber, indem wir die auf Grund unserer Beobachtungen gewonnenen Einsichten zu anspornenden Hilfestellungen verwandten. Mit anderen Worten, um einer Kranken ihr Lebensressentiment aufzuzeigen, brauchen wir nicht immer ihre Erlebnisse, sondern es genügt z. B. die Beobachtung, wie sie eine Nadel beim Nähen führt, oder wie sie sich bei ihrer Arbeit den anderen gegenüber verhält und vieles mehr. Bei dieser Pat. haben wir alle diese Beobachtungen in Zusammenarbeit mit der Krankenschwester, die wie bei jeder anderen gruppentherapeutischen Methode wertvolle Dienste leisten kann, gewonnen und in geduldiger Arbeit alle Fehlhaltungen zu korrigieren begonnen. Die damit eingeleitete Therapie wird nun durch die berufliche Ausbildung als Närerin in einem Krüppelheim fortgesetzt.

So wie hier an diesem extremen Fall das Grundsätzliche besonders klar sichtbar wird, kann man es bei jedem anderen Patienten aufdecken. Wir kommen ja in jeder, auch noch so schulgerecht geführten analyti-

schen Therapie nicht um den Wendepunkt herum, den Patienten auf der neugewonnenen Ebene zu aktivieren. Diese Aktivierung beginnt hier, für den Kranken fast unmerklich, vom ersten Augenblick der Behandlung an durch die Arbeitstherapie. Da sie ebenso wie die Auseinandersetzung des einzelnen mit der Gruppe mehrere Stunden am Tag ihre Wirkung entfaltet, kommt ihr eine, die neue Synthese gleichsam anbahnende besonders helfende Bedeutung zu.

Während der gemeinsamen Bastel- oder sonstigen Arbeit besteht jederzeit die Möglichkeit zu freien und gelösten Diskussionen über äußere und innere Probleme.

Wegen der Bedeutung für die psychomotorische Aktivierung ist die Arbeitstherapie vor allem bei abulischen Neurosen oder schwereren allgemeinen Hemmungszuständen, wie z. B. bei gehemmten depressiven oder bei gesperrten Kranken indiziert. Daß sie ebenso wie alle anderen gruppentherapeutischen Methoden nicht als einzige Behandlung, sondern nur in Kombination mit anderen verwandt wird, brauchen wir nicht besonders zu betonen. Dafür sollen aber einige *methodische Hinweise* gegeben werden: Die Arbeit als gruppentherapeutische Methode schließt aus, daß jeder Patient seine eigene Handarbeit mitbringt; ferner muß sie so gewählt sein, daß die Gestaltungskräfte angeregt werden. Für Patienten beiderlei Geschlechts eignen sich Bastelarbeiten aller Art, vor allem, wenn aus einem formlosen Rohmaterial wie z. B. Bast, durch verschiedene Arbeitsgänge ein praktischer Gegenstand hergestellt werden kann. Dann erst strahlt die soziale Gebundenheit mit in die Arbeit hinein, dann erst wird ihr gruppentherapeutischer Charakter ausgeschöpft.

Damit wären die beiden indirekten gruppentherapeutischen Methoden, wie sie sich im Rahmen klinischer Behandlungen durchführen lassen, erschöpft, so daß jetzt die direkten Verfahren besprochen werden können:

Die *gemeinsame Durchführung ärztlicher Behandlungsmaßnahmen* braucht nur kurz erwähnt zu werden. Gedacht ist hier vor allem an das gruppenweise Erlernen der psychotherapeutischen Grundübungen, die dann in der Einzelbehandlung als gestufte Aktivhypnose weitergeführt werden können. Die gesetzmäßige Steigerung der Affektivität des Einzelnen in der Gruppe erhöht die psychische Aufnahmebereitschaft des Kranken und erleichtert ihm die Erlernung des Eigentrainings. Es sei auf die Ausführungen von BETZ aus der Tübinger Nervenklinik verwiesen. Daß gerade dieses Gruppentraining über die spezielle Neurosentherapie hinauszuwachsen beginnt, zeigen z. B. auch die Ausführungen von FISCHER, der in einer Heilstätte das gruppenweise Training bei Lungentuberkulose verwandte, oder die Mitteilungen von KLEINSORGE, CLAUSER, LABERKE u. a.

Damit können wir zum Kernstück der Gruppentherapie, den *gemeinsamen Aussprachen*, kommen. Auch hier sollen die Ausführungen um die stationäre Behandlung zentriert bleiben. Das heißt also, sie erwähnen nur Gruppenaussprachen mit sogenannten „offenen Gruppen“, in denen

die Mitglieder je nach Krankenhausaufnahme oder -entlassung wechseln, und mit sogenannten „homogenen Gruppen“, bei denen nur ein Geschlecht vertreten ist. Da die Gruppenaussprachen ebenfalls nur in Kombination mit Einzelbehandlungen angewandt werden, spielen sie, wie alle anderen gruppentherapeutischen Maßnahmen, scheinbar nur eine peripherie Rolle. In Wirklichkeit ist man aber oft über das Ausmaß der Wirkung erstaunt. Bei den indirekten Methoden dürfte vor allem die Dauer der täglichen Einwirkungen dafür entscheidend sein. Bei den gemeinsamen Aussprachen sind aber andere Gründe, von denen jetzt gesprochen werden soll, verantwortlich zu machen.

Lassen Sie mich hier das Methodische voranstellen: Wir setzen uns 2- bis 3 mal wöchentlich für je $\frac{3}{4}$ Std mit den Patienten zu gemeinsamen Aussprachen zusammen. Optimale Leistungsfähigkeit entfaltet eine Aussprachegruppe, wenn sie 8—10 Mitglieder umfaßt. Bei weniger Kranken ist oft nicht genug Aktivität vorhanden, bei mehr fühlt sich der einzelne in der Menge verloren. Beginnt man mit einer Gruppe zu arbeiten, empfiehlt es sich, den Patienten den Sinn einer solchen Behandlungsmethode zu erklären. Danach erfolgt die Aufforderung zur Zusammenarbeit und zur Mitteilung von Einfällen. Alle noch so nebensächlichen und abwegig erscheinenden Aussagen sind mit dem gleichen Interesse zu behandeln. Je mehr der Arzt zur aktiven Teilnahme ermuntert, selbst aber passiv bleibt, desto besser wird er seiner katalytischen Funktion gerecht. In der stationären Aussprachegruppe kann die Vorstellung eines Themas gelegentlich von Nutzen sein. Besonders lohnend ist es z. B., über Krankheit und Behandlung mit den Kranken zu sprechen. Es ist interessant, eine Gruppe multipler Sklerosekranker unter ärztlicher Anleitung sich einmal über ihre Krankheit und die Vorstellung, die sie sich davon machen, unterhalten zu lassen. Oder fordern Sie eine Gruppe psychiatrisch Kranke auf, sich über eine Visite auszusprechen. Da die ungeliebten Gespräche der Patienten über ihre Krankheit auf der Station zwar unvermeidbar, aber nicht erwünscht sind, möchten wir raten, den Patienten das Thema Krankheit zu einer Gruppendiskussion anzubieten und aufzufordern, unter ärztlicher Anleitung gemeinsam darüber zu sprechen. Auch Sie werden dann feststellen, wie leicht sich ungünstige Autosuggestionen, die sich der Therapie immer entgegensetzen, abbauen bzw. sogar in positive umwandeln lassen. Dabei empfiehlt es sich, die Stationsschwester an den Gruppendiskussionen teilnehmen zu lassen.

Des weiteren kann empfohlen werden, auch die scheinbar belanglosen Dinge, die sich im Laufe eines Tages auf der Station ereignen, im Gruppengespräch aufzugreifen und besonders einer Störung der psychischen Atmosphäre im Krankenzimmer nachzugehen. Hierbei gelingt es meist, die anonym gelebte Fehlhaltung eines einzelnen aufzuspüren, sie ex-

plorativ herauszupräparieren, das für den Betreffenden dabei wesentliche zu pointieren und zur Diskussion zu stellen. Takt und Feingefühl müssen dabei Kränkungen vermeiden.

An einem Beispiel soll diese für die stationäre Gruppenkonstellation so wichtige Frage erläutert werden: Von den 12 Pat. unserer Neurosenstation hatten sich auf einmal 6 abgesondert. Bei diesen 6 hatte sich paarweise dreimal eine affektive Mutter-Tochter-Beziehung entwickelt. Diese war für das spezielle Problem aller 6 Beteiligten ungemein charakteristisch. Es läßt sich denken, daß diese 3 Untergruppen für die übrigen 6 Patienten sehr nachteilig waren. Feindselig betrachteten sie ihre Mitpat. und fühlten sich im Stich gelassen, denn plötzlich war die Hälfte von ihnen abgespalten. Die Atmosphäre war spannungsgeladen und die Harmonie gesprengt. Nachdem wir die Ursache festgestellt hatten, machten wir zunächst das Übertragungsproblem zum Gegenstand einer Diskussion. Das nächste Mal ließen wir über das Problem Mutter und Tochter diskutieren und brachten es mit dem vorigen Thema in Verbindung, so daß schließlich einzelne die Anwendung auf die derzeitige Gruppenkonstellation zu ziehen begannen. Allmählich wurde allen das sich hier insgeheim Abspielende evident. Dadurch fiel die affektive Dynamik in sich zusammen. Die „Restgruppe“ tolerierte von nun an das Verhalten, die Homogenität aller 12 Pat. war wieder hergestellt.

Ähnliches kann sich, wie wir wissen, auf allen Krankenstationen ereignen, z. B. dadurch, daß ein einzelner als Außenseiter stört oder sich für die Allgemeinheit ungünstige Untergruppen bilden. Dieses direkte Ansprechen aller anonym gelebter Fehlhaltungen einzelner der Allgemeinheit gegenüber ist für das methodische Vorgehen in der stationären Gruppentherapie besonders charakteristisch.

Wie aus dem angeführten Beispiel außerdem zu ersehen ist, führt eine bewußt betriebene Gruppentherapie keineswegs zur Nivellierung des Individuums, sondern ermöglicht unter Umständen erst die volle Entfaltung einer Persönlichkeit oder wie hier einer persönlichen Beziehung innerhalb einer Gruppe.

Von entscheidender therapeutischer Bedeutung kann für einen Kran-ken die gemeinsame Aussprache über komplexbesetzte Dinge sein.

Wieder mag ein Beispiel dies illustrieren: Eine 17jährige kam wegen eines von klein auf bestehenden Bett næssens in Behandlung. In der Klinik war sie symptomfrei. Sie schämte sich ihres Leidens, wie dies häufig gerade bei diesem Krankheitsbild zu beobachten ist. Dies war schon daraus zu ersehen, daß sie mit keinem ihrer Mitpatienten darüber gesprochen hatte. Wir regten eine Diskussion über das Bett næssen an, bei der wir die Pat. in der Anonymität ließen. Schon dieses Gespräch, an dem sich die Kranke nur zuhörend beteiligte, führte eine deutliche Versachlichung herbei. Wir batte sie nun, von sich aus mit der Gruppe über ihr Symptom zu sprechen. Sie willigte ein und tat es unter unserer Leitung. Damit war ein weiterer wesentlicher Schritt zur Distanzierung vom Symptom getan.

Ähnliches kann bei allen komplexbesetzten Verhaltensweisen beobachtet. Dabei ist es nicht immer nötig, den Patienten über seine Schwierigkeiten sprechen zu lassen, sondern es genügt oft schon, daß die anderen Gruppenmitglieder über das für ihn komplexbesetzte Thema diskutieren.

Eine andere, gelegentlich wiederkehrende Situation kann durch das folgende Beispiel kurz skizziert werden: Eine Patientin war in mehreren Einzelgesprächen nicht von der Unrichtigkeit ihrer Auffassung über ein sexuelles Problem zu überzeugen. Im Diskussionsabend kam das Gespräch darauf. Einzelne Mitpatientinnen teilten die Auffassung des Arztes und brachten sie an Hand eigener Erlebnisse zum Ausdruck. Unsere Patientin saß dabei und brauchte nur zuzuhören. Bereits bei der nächsten Einzelbehandlung zeigte sie dann eine veränderte, nun gesunde Einstellung zu dem vorher komplexhaft besetzten Problem.

Im allgemeinen empfehlen sich vor allem *folgende Themen* besonders: Allgemeines über seelische Krankenbehandlung; Besonderes über psychosomatische Zusammenhänge im gesunden und kranken Geschehen; Erziehungsfragen, Entwicklungs- und Reifungsprobleme mit Charakterisierung des biologisch Grundsätzlichen; Fragen, die Partnerwahl und Ehe betreffend. Ebenso kann über die Bedeutung des Traumes, die Übertragung oder ähnliche spezielle psychotherapeutische Fragen diskutiert werden.

Nach diesen methodischen Erörterungen möchte ich nun das *psychodynamisch Grundsätzliche* kurz streifen. Die anfangs aufgezählten Grundgesetze der Gruppe bitte ich hierbei besonders zu beachten.

Wie jedes psychotherapeutische Geschehen spielt sich auch dieses mit Gruppen in 2 Ebenen ab. In der rationalen Schicht erreicht jede gemeinsame Aussprache eine Versachlichung persönlicher Probleme, gleichgültig, ob der dabei Betroffene sich an der Diskussion beteiligt oder nicht. Er wird immer erkennen, daß sein spezielles inneres Problem letztlich ein Grundproblem des menschlichen Lebens ist, dessen Bearbeitung und Lösung er mit anderen gemeinsam hat und gemeinsam zu erreichen versucht. Damit ist der erlösende Übergang vom Individuellen zum Gemeinsamen geschaffen. Es ist dabei gleich, ob wir die nun an denselben Symptomen Erkrankten diskutieren lassen, oder die Patienten mit gleichen Konflikten zusammenfassen, oder ähnliche charakterologische Grundstrukturen mit dieser direkten gruppentherapeutischen Methode behandeln. Immer kann der mit einer solchen Gruppe arbeitende Arzt gleichsam von der Peripherie her zentrale Probleme des einzelnen ansprechen.

Auf der emotionalen Ebene findet der Patient in den verschiedenen Gruppenmitgliedern Möglichkeiten zu zahlreichen Affektprojektionen. Dies ist sowohl für die Diagnose bedeutend, als auch für die neue Synthese entscheidend. Dabei haben die Gruppengespräche im Verhältnis zu den indirekten Methoden eine größere analytische Tiefenwirkung, die dagegen im Vergleich zur Einzelbehandlung geringer ist. Die synthetische Wirkung verhält sich dagegen umgekehrt.

Als nächste gruppentherapeutische Behandlungsmethode soll das *Psychodrama* kurz erwähnt werden. Es wurde von MORENO entwickelt. Anstelle der freien Assoziationen treten die psychodramatischen Pro-

duktionen, in denen der ganze Mensch in den analytischen Akt handelnd hineingenommen wird. MORENO regt seine Patienten an, ihre Konflikte zu spielen und greift dabei als Regisseur, Helfender und Erkennender, als Mit- oder Gegenspieler in die Handlung ein. Er steuert das Spiel auf das therapeutische Ziel der Katharsis, Selbsterkenntnis und Entfaltung hin. Als eine Modifikation des MORENOSchen Psychodramas ist das „Soziodrama“ (FOULKES) anzusehen, in dem die Patienten einen Tagesablauf spielen. Eine weitere Modifikation stellt der „therapeutische Dramaclub“ (SCHWARZ) dar, in dem z. B. Cambridge-Studenten mit einer Gruppe von Patienten zusammen Theater spielen. Auch STOCKVIS u. CARP betonen, daß das Psychodrama nicht allein und nur bei ganz oberflächlich liegenden Neurosen eingesetzt werden sollte.

An unserer Klinik gehen wir etwas anders als MORENO vor: Zunächst benutzen wir ein Gruppengespräch dazu, um den Gedanken an ein Theaterspiel nahezubringen, und versuchen das Verständnis für die Bedeutung eines solchen Vorschlages zu wecken. Meist greift einer unter den Kranken, den wir dann weiter ermutigen, diesen Gedanken auf. So kommt nach ein paar Tagen eine kleine Schaustellung zustande, von der es vielleicht vermessen ist, sie „Psychodrama“ zu nennen, die aber trotz ihrer Anspruchslosigkeit nicht ohne therapeutische Wirkung ist. Schon die Vorbereitung dazu regt ungemein an und schafft eine besonders günstige Atmosphäre im Saal. Die weitere Entwicklung überlassen wir den Kranken selbst. Sie wählen dann am liebsten den Sketch. In ihm übernimmt einer die Rolle eines anderen und stellt von ihm Typisches dar.

Auch hier kommt die Wirkung einer Katharsis gleich. Wichtig ist nur, daß im Anschluß an die Aufführung eine eingehende Aussprache stattfindet. In ihr wird man das Verhalten des Dargestellten prüfen, den lehrreichen Ernst, der im Spiel steckt, unterstreichen und auf den therapeutischen Wert hinweisen. Kränkungen waren noch nie zu beobachten, da eben alles, was auf Station geschieht, sich in einer Atmosphäre ernster, verpflichtender Arbeit abwickelt.

Nachdem die einzelnen Methoden indirekter und direkter Gruppentherapie vor Augen geführt wurden, können abschließend ihr Anwendungsbereich, ihre Vor- und Nachteile und schließlich ihre Bedeutung für die Klinik erwähnt werden.

Betont sei nochmals, daß wir in keinem Fall die ausschließliche, sondern nur die mit anderen Einzelbehandlungen kombinierte Gruppentherapie meinen. Bei der speziellen Therapie der Neurosen ist die *Indikation zur Gruppentherapie* besonders bei den sozialen Neurosen im Sinne SCHILDERS gegeben, ferner bei Menschen mit einer, wie sich TER-RICH ausdrückt, „oft tragischen Taktlosigkeit in der Gemeinschaft zur Erlernung eines sozialen Umgangszeremoniells“. Schließlich ist sie noch bei gehemmten Menschen und Zwangskranken besonders angezeigt.

Eine wohldosierte Einordnung des einzelnen in die Gruppe kann gerade bei den schizoiden Charakterstrukturen, vor allem, wenn sie paranoide Einschläge haben, die im Mittelpunkt stehende Aufgabe sein.

Ebenso darf *die Gruppentherapie in der Psychotherapie der Psychosen* einen Platz beanspruchen. Abgesehen von der Arbeitstherapie, deren zentrale Bedeutung gerade bei diesen Krankheiten ja hinreichend bekannt ist, sind Gruppengespräche mit diskussionsfähigen Schizophrenen sehr zu empfehlen. Die Einzeltherapie dieser Kranken ist durch die Gefahr der zu starken Fixierung an den Arzt erschwert. Selbst vorsichtige Ablösungen lassen den, um ein Bild von KRETSCHMER zu gebrauchen, gleichsam auf einer „schießen Ebene stehenden“ Psychosekranken immer wieder abrutschen. Die realitätsfremde Haltung dieser Kranken wird oft durch die ins Uferlose steigenden Kontaktansprüche eher vergrößert. Durch die Gruppentherapie haben wir dagegen die Möglichkeit, von vornherein eine bessere affektive Realitätsanpassung anstreben zu können. Hierfür erscheint uns die in Bezug auf den Wirklichkeitsgehalt zwischen dem Leben und der Einzelbehandlung stehende gruppentherapeutische Situation besonders geeignet. Gerade der Schizophrene wird sich wegen seiner krankheitsbedingten Persönlichkeitsveränderung bei der Aufnahme in eine Gruppe gleicher Kranker angesprochen und geborgen fühlen. Das Kollektiv, dem er im Leben fremd und ablehnend gegenüberstand, wird hier zum therapeutischen Faktor. Die Steigerung der Affektivität in der Gruppe begünstigt die Übertragungsbildungen zu einzelnen Mitpatienten. An ihnen können die Fehlhaltungen zu den realen Beziehungspersonen emotional und rational korrigiert werden. Eine besondere Art der Gruppentherapie bei Schizophrenen und deren Angehörigen haben ARNOLD u. SCHINDLER beschrieben und als „bifokale“ Gruppentherapie bezeichnet.

Darüber hinaus aber möchten wir vor allem zur bewußten Anwendung der gruppentherapeutischen Gesichtspunkte in allen Fachabteilungen mit chronisch Kranken anregen. Die psycho-physische Einheit des Menschen gebietet gerade in der klinischen Behandlung, in der der Kranke seinem gewohnten Lebensmilieu entzogen ist, eine Beachtung des psychischen Halbkreises. Die seelische Verarbeitung eines vorwiegend organischen Krankheitsbildes läßt sich z. B. durch einige gruppentherapeutische Gespräche erheblich erleichtern. Unrichtige und die Behandlung erheblich blockierende Vorstellungen vom Krankheitsgeschehen können unter Leitung des Arztes mit und durch die Gruppe abgebaut werden, so daß nun die körperlichen Behandlungsmaßnahmen auf einen psychisch viel aufnahmefähigeren Menschen treffen. Die damit verbundene erhebliche Wirkungssteigerung ist einleuchtend.

Aus der gesamten Darstellung dürften die *Vorteile* einer Gruppentherapie schon ersichtlich geworden sein. Sie bestehen, nochmals kurz

zusammengefaßt, vor allem darin, daß die *gruppentherapeutische Einstellung des Klinikers die Führung der Station erheblich erleichtert*. Sie ermöglicht ihm, die auf Krankenstationen immer vorhandenen versteckten Ge-geneinstellungen einzelner gegen die Hauseinrichtungen (die Schwester, den Arzt oder gegen die Mitpatienten selbst) zu erkennen, wodurch sie ihrer, der Therapie abträglichen Affektdynamik entkleidet werden. So unterstützt die Gruppentherapie die spezielle Einzelbehandlung in jedem Falle erheblich. Ganz besonders aber fördert sie die soziale Anpassung des Kranken.

Die *Gefahren* der Gruppentherapie sind, vor allem wenn sie nicht als alleinige Behandlung angewandt wird, gering, ihnen zu begegnen ist deshalb nicht schwer. Bei Vorherrschen einer gruppenanalytischen Einstellung kann ein Voyeurismus gezüchtet werden. Bei Beachtung der kontinental- und länderweise unterschiedlichen Gepflogenheiten ist ihm leicht zu begegnen. Das Entweichen in das seelische Schonklima der Gruppe ist gerade in der stationären Behandlung eine schon ernster zu nehmende Komplikation, welcher in jedem Fall frühzeitig prophylaktisch zu begegnen ist. Je länger der Krankenhausaufenthalt dauert, um so wichtiger wird es, diesen Gefahren durch aktive Hilfestellungen zu begegnen. Die Gefahr der Bildung von Untergruppen ist dagegen leichter zu vermeiden. Sie ist meist eine therapeutische Teilaufgabe. Eine Gefahr zur Vermassung besteht nicht, da Gruppe und Masse sich qualitativ schon dadurch voneinander unterscheiden, daß in der Gruppe jeder jeden kennt, meist auch zwischen den einzelnen Mitgliedern eine affektive Beziehung besteht, und zudem die Entwicklung gesunder individueller Entfaltungen im sozialen Bezug ein gruppentherapeutisches Ziel ist.

Über *spezielle Resultate* in der stationären Gruppentherapie zu berichten, ist uns nicht möglich, da sie nur in Kombination mit anderen Behandlungen angewandt wurde.

Zusammenfassung.

Bei der Schilderung der klinischen Bedeutung der Gruppentherapie konnte zunächst dieselbe als „*Beobachtung und Behandlung des einzelnen innerhalb und durch eine Gruppe von Menschen*“ definiert werden. Die aktive Leistung des einzelnen bei Bildung einer Gruppe wurde besonders hervorgehoben und bei den einzelnen gruppentherapeutischen Methoden untersucht. Die Auseinandersetzung des Individuums mit der Gruppe und die Arbeitstherapie stellen dabei die wichtigsten *indirekten Verfahren* dar, während die gruppenweise Durchführung ärztlicher Behandlungen, die Gruppenaussprachen und das Psychodrama als *direkt wirkende Methode* bezeichnet werden können.

Der weite Anwendungsbereich der Gruppentherapie konnte hoffentlich ebenso sichtbar gemacht werden, wie die Erweiterung des ärztlichen Aktionsradius durch sie.

Worauf es aber besonders ankam, war zu zeigen, daß Gruppentherapie keine spezielle psychotherapeutische Methode ist, sondern vielmehr eine auf die Gruppensituation ausgerichtete Haltung des in der Klinik tätigen Arztes darstellt. Demnach ist die stationäre Gruppentherapie nicht gebunden an die spezielle Behandlung von Neurosen, sondern in Kombination mit den entsprechenden Einzeltherapien überall da anzuwenden, wo es um die Betreuung chronisch Kranker geht.

Literatur.

- ARNOLD, O. H., u. R. SCHINDLER: Bifokale Gruppentherapie bei Schizophrenen. Wien. Z. Nervenheilk., 5, Heft 23 (1952). — CARP, E. A.: Das Psychodrama. Z. Psychother. (im Druck). — CLAUSER, G.: Differentialdiagnostische Möglichkeiten d. klinischen Psychotherapie in der internen Klinik. Die Vorträge der 3. Lindauer Psychotherapiewoche 1952. Stuttgart: Thieme 1953. — FISCHER-HOPPENWORT, G.: Das autogene Training in der Behandlung der Lungentuberkulose. Z. Psychother. 3 (1953). — FOULKES, S. H.: Introduction to Group-Analytic Psychotherapy. London: William Heinemann Medical Books LTD 1948. — KLAPEMANN, J. W.: Group Psychotherapy. Theory and Practice. London: William Heinemann Medical Books LTD 1946. — KRETSCHMER, E.: Psychotherapeutische Studien. Stuttgart: Thieme 1949. — Medizinische Psychologie 10. Aufl. Stuttgart: Thieme 1951. — KLEINSORGE, H.: Neue Forschungsergebnisse über psychophysische Zusammenhänge. Die Vorträge der 3. Lindauer Psychotherapiewoche 1952. Stuttgart: Thieme 1953. — LABERKE, J. A.: Erfahrungsbericht über eine psychosomatische Kombinationsbehandlung bei sogenannten inneren Krankheiten. Die Vorträge der 3. Lindauer Psychotherapiewoche 1952. Stuttgart: Thieme 1953. — LANGEN, D.: Stationäre Gruppenpsychotherapie. Z. Psychother. 3, Heft 5 (1953). — Gruppenpsychotherapie. Italienische Encyclopädie. — MAC DOUGALL: The Group Mind. London. — MORENO, J. C.: Psychodrama New York 1946. — SLAVSON, S. R.: An Introduction to Group Therapy. Oxford University Press 1943. — The Practice of Group Therapy. International University Press. New York 1947. — STOCKVIS, B.: Psychodrama. Vorträge der 4. Lindauer Psychotherapiewoche. Stuttgart: Thieme (im Druck). — THEIRICH, H. R.: Was ist Gruppenpsychotherapie? Z. Psychother. 1, Heft (1951). — v. WEIZSÄCKER, V.: Der Gestaltkreis 3. Aufl. Stuttgart: Thieme. — WOLF, A.: The Psychoanalysis of Groups. Amer. J. Psychotherapy 1949/50.

Dr. med. D. LANGEN, Tübingen, Univ.-Nervenklinik.