

## Zur Zusammenstellung psychotherapeutischer Gruppen

Von

H. LINDINGER

(Eingegangen am 15. April 1965)

Die Zusammenstellung einer psychotherapeutischen Gruppe ist ein komplizierter Vorgang. Seine Komplexität wird noch verschärft, weil in kurzer Zeit, deren Begrenzung von äußeren Faktoren mitbestimmt wird, vielfache Beziehungen überschaut und aus den Informationen dieses Überblicks Entscheidungen getroffen werden müssen. Daher wird die Komplexität dieses Vorganges nicht genügend bewußt, und wichtige Beziehungen werden übersehen, falsche oder unzureichende Informationen oder teilweise falsche Entscheidungen entstehen.

Den Vorgang der Bildung einer Gruppe von dem Augenblick an, in dem die vorbereitenden Entscheidungen getroffen sind, haben vor allem GRINBERG, LANGER u. RODRIGUÉ<sup>6,7</sup> ausführlich und instruktiv dargestellt.

Hier soll aus der Vielzahl der Faktoren, die die *vorher* zu treffen den Entscheidungen beeinflussen müssen, eine Faktorengruppe herausgegriffen werden, nämlich die Frage der *diagnostischen Zusammensetzung* einer therapeutischen Gruppe. Es soll versucht werden, Anhaltspunkte zu geben, die die hier notwendigen Entscheidungen erleichtern. Die Varianten und Möglichkeiten der diagnostischen Auswahl der Patienten einer Gruppe sollen daraufhin untersucht werden, welche von ihnen günstiger und welche ungünstiger erscheinen.

Als Untersuchungsgrundlagen stehen 25 therapeutische Gruppen mit einer Mitgliederzahl von insgesamt 275 Patienten zur Verfügung; von diesen Gruppen waren 24 als analytisch orientierte geführt worden, während eine ein Psychodrama im Sinne von MORENO<sup>12</sup> ausführte.

Die 275 Gruppenmitglieder verteilen sich in diagnostischer Hinsicht folgendermaßen:

Schizophrenie . . . . .	161
Alkoholranke . . . . .	74
Psychopathie und Neurosen . . . . .	36
Depressionen (vorwiegend psychogen, endogene Züge) . . . . .	4
<hr/>	
Zusammen:	275

Bei den Gruppen handelte es sich hinsichtlich ihrer diagnostischen Zusammensetzung um

9 Schizophrenen-Gruppen  
4 Alkoholiker-Gruppen  
4 Psychopathen-Gruppen  
8 gemischte Gruppen.

Dies ist zunächst nur ein grober Überblick; im einzelnen gliedern sich diese Gruppen wie folgt auf:

	Mitgl.	diagnost. Zussetzg.	Typus d. Gr.	Verlauf
Gruppe 1	8	Schizophrene	geschl. an.	+
Gruppe 2	8	Schizophrene	geschl. an.	+
Gruppe 3	8	Schizophrene	geschl. an.	+
Gruppe 4	9	Schizophrene	geschl. an.	Auflösung
Gruppe 5	8	Schizophrene	geschl. an.	antriebsarm
Gruppe 6	8	chronische Schizophrene	geschl. an.	antriebsarm
Gruppe 7	14	Schizophrene	geschl. an.	+
Gruppe 8	12	Schizophrene	offene an.	+
Gruppe 9	18	Schizophrene	offene an.	+
Gruppe 10	5	Alkoholranke	geschl. an.	Auflösung
Gruppe 11	8	Alkoholranke	geschl. an.	+
Gruppe 12	10	Alkoholranke	geschl. an.	+
Gruppe 13	13	Alkoholranke	offene an.	+
Gruppe 14	5	Psychopathen	geschl. an.	Auflösung
Gruppe 15	6	Psychopathen	geschl. an.	+
Gruppe 16	6	Psychopathen	geschl. an.	+
Gruppe 17	6	Psychopathen	geschl. an.	+
Gruppe 18	6	3 Alk., 2 Neur., 1 Ps.	geschl. an.	+
Gruppe 19	14	9 Sch., 5 Alk.	geschl. an.	Destruktur.
Gruppe 20	13	10 Sch., 3 Alk.	geschl. an.	+
Gruppe 21	12	8 Sch., 4 Alk.	geschl. an.	+
Gruppe 22	18	10 Sch., 8 Alk.	offene an.	+
Gruppe 23	26	13 Sch., 11 Alk., 2 Depr.	offene an.	+
Gruppe 24	24	18 Sch., 4 Alk., 2 Depr.	offene an.	+
Gruppe 25	10	8 Neur., 2 Psychop.	geschl. Psychodr.	+

161 Schizo., 74 Alk., 26 Psychop., 10 Neur., 4 Depr.

Es versteht sich, daß die hohen Mitgliederzahlen bei den offenen Gruppen dadurch zustande kommen, daß alle Gruppenmitglieder zusammengezählt wurden; die Zahl der Teilnehmer, die *gleichzeitig* in der Gruppe anwesend waren, unterschied sich nicht von der Teilnehmerzahl der geschlossenen Gruppen.

Von diesen Gruppen haben somit zwei Schizophrenen-Gruppen (darunter eine Gruppe chronisch Schizophrener) einen durch Antriebsarmut und Mangel an Initiative gestörten Verlauf gezeigt (sich aber nicht aufgelöst), eine Schizophrenen-, eine Alkoholiker- und eine Psychopathen-Gruppe sind der Auflösung anheimgefallen, eine gemischte Gruppe hat

den von BATTEGAY<sup>1</sup> als Destrukturierung zur Masse beschriebenen Prozeß durchgemacht (und sich danach aufgelöst), die übrigen Gruppen haben „gut funktioniert“.

Es zeigt sich somit:

1. Die *häufigsten Störungen* im Ablauf des Gruppengeschehens traten bei den aus *schizophrenen* Patienten bestehenden Gruppen auf, *jede dritte* der Schizophrenen-Gruppen war von solchen Störungen betroffen.

Jedoch zeigte sich — dies sei hier vorwegnehmend bemerkt —, daß die Endergebnisse etwas besser waren, als nach diesen äußeren Schwierigkeiten zu erwarten gewesen wäre; es muß also das „mangelhafte Funktionieren“ vorsichtig und nicht allzu ungünstig gewertet werden.

2. In zweiter Linie waren die *Psychopathen-* und die *Alkoholiker-Gruppen* von solchen Störungen betroffen; diese betrafen hier *jede vierte* Gruppe.

Hier waren die Endergebnisse bei den *Alkoholkranken* ebenso wie bei den Schizophrenen eher etwas besser als diesem Anteil an Störungen im Ablauf des Gruppengeschehens entsprochen hätte, dagegen waren sie bei den *Psychopathen-Gruppen* deutlich schlechter, d. h., auch äußerlich „gut funktionierende“ Psychopathen-Gruppen zeigten teilweise relativ ungünstige Ergebnisse.

3. Die *geringste* Störungsanfälligkeit zeigten die *gemischten* Gruppen, bei denen nur *eine von acht* Gruppen von solchen Störungen betroffen war.

Wenn nun weiter versucht werden soll, diesen Störungen im Ablauf des Gruppengeschehens zur Vervollständigung des Bildes die Störungen des Verlaufes und Mißerfolge beim einzelnen Patienten an die Seite zu stellen, dann muß zunächst festgestellt werden, daß die Erfassung der Mißerfolge wie der Erfolge hier ihre Schwierigkeiten hat und immer nur eine annähernde sein kann. Nicht nur daß immer nur die jeweils nach einer bestimmten Nachbeobachtungszeit eingetretenen Mißerfolge registriert werden können, die sich selbstverständlich nach einer Verlängerung dieser Nachbeobachtungsfrist um die seither eingetretenen Rückfälle vermehren, es kommt umgekehrt auch vor, daß man nach verlängerter Nachbeobachtungsfrist solche Fälle, die man zuerst als Mißerfolge verzeichnen mußte, infolge einer inzwischen eingetretenen Remission und Readaptation (insbesondere durch Remission nach vorübergehenden Rückfällen) nicht mehr als solche betrachten kann. Man kann daher eigentlich immer nur (von letalen Ausgängen abgesehen) von bisher zu verzeichnenden Mißerfolgen sprechen.

Wenn wir von Teilremissionen und von jenen Patienten, bei denen eine Besserung zu verzeichnen, aber — dies zum Teil aus Gründen der sozialen Umwelt, des Milieus — eine Resozialisierung noch nicht zu erreichen war, absehen wollen, dann finden sich unter den 275 Patienten, über die hier berichtet wird, 49 bisher eingetretene eindeutige Mißerfolge,

davon 24 nach mindestens dreijähriger, 25 nach mindestens einjähriger Nachbeobachtungsfrist.

Diese verteilen sich auf die einzelnen Krankheitsgruppen folgendermaßen:

Schizophrene. . . . .	31	(rund 19 %)
Alkoholranke . . . . .	11	(rund 15 %)
Psychopathie . . . . .	6	(rund 23 %)
Neurosen . . . . .	1	(10 %)

Der Versuch, die Verteilung dieser Mißerfolge auf die einzelnen Typen der therapeutischen Gruppen (Schizophrenen-, Alkoholiker-, Psychopathen- und gemischte Gruppen) festzustellen, ergibt infolge zu starker Aufspaltung ein nicht signifikantes Bild.

Nur soviel kann gesagt werden, daß der Anteil der Mißerfolge unter den schizophrenen Patienten bei den *Schizophrenen-Gruppen* ein etwas *höherer*, bei den *gemischten* Gruppen ein etwas *geringerer* zu sein scheint.

Bemerkenswert war, daß der Anteil dieser eindeutigen Mißerfolge in den mangelhaft funktionierenden, also von äußeren Störungen des Gruppengeschehens heimgesuchten Gruppen im Vergleich zu den „gut funktionierenden“ Gruppen ein nicht so wesentlich höherer war, wie vielleicht zu erwarten gewesen wäre (wenn man von den alsbald der Auflösung verfallenen Gruppen, deren Ergebnisse ungünstige waren, absieht).

Es zeigt sich somit, daß diese statistische Erfassung zwar einzelne Anhaltspunkte zu geben vermag, daß sie allein aber nicht ausreichen dürfte, um darüber Aufschluß zu geben, welche diagnostische Zusammensetzung für eine therapeutische Gruppe günstig und empfehlenswert und welche ungünstig und abzulehnen ist, sondern daß ergänzend eine kasuistische Betrachtung notwendig sein wird. — Wenn wir mit diesem Ziele versuchen, die Besonderheiten in der Führung für jeden Typus der beobachteten Gruppen einzeln festzustellen, dann können wir folgende Beobachtungen festhalten:

Die *Neurotiker-Gruppe* verhält sich diesbezüglich im wesentlichen nicht anders als eine Gruppe psychisch unauffälliger Personen (wie wir sie als Kontroll- oder Supervision-Gruppe kennen). Dies stimmt mit den positiven Erfahrungen, die BATTEGAY auf diesem Gebiete berichtet<sup>1</sup>, überein.

Die *Alkoholiker-Gruppe* (auf deren therapeutischen Wert ebenfalls BATTEGAY besonders hingewiesen hat<sup>1,2</sup>), zeichnet sich zunächst dadurch aus, daß sie durch ein an der Oberfläche liegendes, offen zutage liegendes, vorgegebenes Thema — das der Alkoholsüchtigkeit — bis zu einem gewissen Grade bestimmt wird. Dies schließt die Gefahr in sich, daß die zugrundeliegenden Probleme und Konflikte hinter diesem Thema verborgen werden und daß sich der Widerstand gleichfalls verbirgt, dadurch, daß er sich dieser Thematik in Form einer Besprechung auf der Ebene

des Rationalisierens bemächtigt. Jedoch gelingt es bei entsprechender Technik in der Regel ohne allzugroße Schwierigkeiten, dieses Erschwernis zu überwinden und von der Oberfläche in die Tiefe vorzustoßen; ist dies einmal gelungen, dann verhält sich die Alkoholiker-Gruppe ebenso wie eine Neurotiker-Gruppe, sofern nicht ihre Mehrheit aus ausgesprochen psychopathischen Trinkern besteht.

Die *Psychopathen-Gruppe* ist durch eine Eigengesetzlichkeit des Widerstandes und der Widerstandsphänomene gekennzeichnet. Diese ist bestimmt von der Tendenz des psychopathischen Patienten, die Toleranz des Therapeuten auf die Probe zu stellen, ihn dazu zu verleiten oder zu zwingen, Aggressivität mit Gegenaggression und mit Liebesentzug zu beantworten. Der psychopathische Patient versucht immer wieder, eine Entscheidung, wer von beiden — Patient oder Therapeut — „der Stärkere ist“, herbeizuzwingen. HOFF, RINGEL sowie SOLMS<sup>8-10,17</sup> haben auf diese Eigentümlichkeit des Widerstandes beim psychopathischen Patienten wiederholt hingewiesen. Es ist an anderer Stelle<sup>11</sup> versucht worden, ihre Gesetzmäßigkeiten darzustellen. Dieser Eigentümlichkeit wegen und infolge der (damit zusammenhängenden) mangelnden Schicksalsanteiligkeit, auf die SCHINDLER<sup>15</sup> hingewiesen hat, ist es für den Therapeuten in Psychopathen-Gruppen sehr schwer, aus der Position des Gegners herauszukommen und eine „group-centered-situation“ herzustellen. Dies macht die therapeutische Führung von Psychopathen-Gruppen besonders schwierig. Von Gruppen, in denen Psychopathen eine eindeutig überwiegende Mehrheit bilden, ist ein gleiches oder ähnliches Verhalten wie von reinen Psychopathen-Gruppen zu erwarten. — Erwähnt sei in diesem Zusammenhang, daß die Kontraindikationen, die SLAVSON für die Zusammenstellung therapeutischer Gruppen bei Kindern angibt<sup>16</sup>, vorwiegend Symptome einer Psychopathie und Vorstufen einer psychopathischen Entwicklung betreffen.

Die *Schizophrenen-Gruppe* ist durch eine erhöhte und gleichsam wächserne Starrheit der Übertragungen und eine entsprechend erschwerte Beweglichkeit aller Abläufe des Gruppengeschehens charakterisiert. Daß in einer Gruppe schizophrener Patienten anders als in allen anderen Gruppen wahnhafte Projektionen auftreten, versteht sich von selbst. Wenn es gelingt, die Technik diesen Eigentümlichkeiten der schizophrenen Patienten anzupassen, ist dennoch die Schizophrenen-Gruppe in der Regel nicht allzu schwierig zu führen, sobald das Gruppengeschehen erst einmal in Gang gekommen ist, wie auch SCHINDLER<sup>13</sup>, der sich mit Schizophrenen-Gruppen vor allem beschäftigt hat, ausführt.

Die *Gruppe ausgesucht chronisch Schizophrener* weist demgegenüber einige Besonderheiten auf, die eine praktisch bedeutsame Abgrenzung von anderen Schizophrenen-Gruppen begründen: Hier sind nicht nur die Eigentümlichkeiten der Schizophrenen-Gruppe zum Extrem gesteigert,

die Übertragungen besonders starr und eingeengt, die Abläufe extrem verlangsamt, sondern es fehlt in einer sehr charakteristischen Weise die entängstigende Wirkung der Gruppe, die in anderen Fällen immer zu beobachten ist und auf deren therapeutische Bedeutung BIERER<sup>3</sup> sowie GASTAGER<sup>4,5</sup> hingewiesen haben, es tritt gehäuftes „acting out“ auf, und es werden Stereotypen ausgebildet, hinter denen sich die einzelnen Patienten voreinander verbergen und von der Umwelt in sich selbst zurückziehen. Die Bildung einer solchen Gruppe ausschließlich aus ausgesucht chronischen Verlaufsformen schizophrener Psychosen ist daher als unökonomisch abzulehnen; jedenfalls wird es vorzuziehen sein, solche Patienten, sofern ihre Behandlung in einer homogenen Gruppe notwendig wird, in *Aktions-Gruppen* (Gymnastik-, Musik- und Beschäftigungs-Therapie-Gruppen) zu behandeln.

Die *gemischte Gruppe* — sofern in ihr die Mehrheit *weder* von psychopathischen *noch* von chronisch schizophrenen Patienten gebildet wird und sofern einer Mehrheit von Alkoholkranken oder (nicht chronischen) Schizophrenen nicht nur ein oder zwei Patienten der anderen Krankheitsgruppe, sondern eine ein hinlängliches Gegengewicht darstellende Minderheit zugesellt wird — ähnelt in ihrem Verhalten in überraschendem Maße der Neurotiker-Gruppe. Eine solche Gruppe, deren Mehrheit aus Schizophrenen besteht, verliert zwar die Eigenheiten der Schizophrenen-Gruppe nicht völlig, diese werden aber überraschend aufgelockert und gemildert. Das Analoge gilt für eine Gruppe, deren Mehrheit aus Alkoholkranken besteht; es hat den Anschein, als ob sich hier die verschieden gearteten Gruppenmitglieder bis zu einem gewissen Grade auf einer ihnen allen gemeinsamen menschlichen Ebene zu finden suchten. Durch dieses Verhalten ist die gemischte Gruppe im allgemeinen therapeutisch günstig und ohne besondere Schwierigkeiten zu führen, sofern ihre Zusammensetzung die angegebenen Bedingungen erfüllt.

### Zusammenfassung

1. Die Zusammensetzung einer psychotherapeutischen Gruppe ausschließlich aus *neurotischen* Patienten ist in jeder Hinsicht als durchaus *günstig* anzusehen.

2. Die *gemischte Gruppe* ist ebenfalls als *günstig* zu empfehlen; (sie darf allerdings *nicht* in ihrer Mehrheit aus psychopathischen oder chronisch schizophrenen Patienten bestehen und sie muß in ihrer Zusammensetzung ausbalanciert sein: Wenn die Mehrheit aus Schizophrenen besteht, muß ihr eine Minderheit von Alkoholkranken zugesellt werden, die ein hinlängliches Gegengewicht darstellt, und umgekehrt).

3. *Alkoholiker-Gruppen* sind für Störungen im Gruppenverlauf etwas anfälliger, in der Führung und in den Ergebnissen jedoch günstig. Insgesamt sind sie somit ebenfalls noch als *günstig* anzusehen.

4. Reine *Schizophrenen-Gruppen* haben ihre Eigentümlichkeiten, die in der Technik berücksichtigt werden müssen. Sie sind häufigeren Störungen des Verlaufes unterworfen, weisen größere Schwierigkeiten in der Führung und etwas weniger günstige Ergebnisse auf als gemischte Gruppen, sind aber noch *nicht* als durchaus *ungünstig* zu werten.

5. *Psychopathen-Gruppen* lassen besondere Schwierigkeiten in der therapeutischen Führung und relativ ungünstige Ergebnisse erwarten. Reine Psychopathen-Gruppen sind deshalb als *ungünstig* abzulehnen.

6. Eine aus ausschließlich *chronisch schizophrenen* Patienten bestehende Gruppe bietet außerordentliche Schwierigkeiten in der therapeutischen Führung und läßt einen ungünstigen Gruppenverlauf erwarten. Eine solche Gruppe ist daher (selbst dann, wenn die Ergebnisse nicht ganz so schlecht sind, wie zu erwarten wäre) als unökonomisch anzusehen und als *ungünstige* Zusammenstellung abzulehnen.

### Literatur

- <sup>1</sup> BATTEGAY, R.: Gruppenpsychotherapie und klinische Psychiatrie, Bibl. Psychiat. Neurol., Fasc. 119. Basel u. New York: S. Karger 1963.
- <sup>2</sup> — Group therapy with alcoholics and analgesic addicts. Int. J. Gr. Psychother. 8, 428 (1958).
- <sup>3</sup> BIERER, J.: The day hospital. London: Lewis 1951.
- <sup>4</sup> GASTAGER, H.: Die Gruppenpsychotherapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes von schizophrenen Psychosen. Wien. Z. Nervenheilk. 17, 321—327 (1959).
- <sup>5</sup> — Zur Methode und zur Organisation der Rehabilitation in der psychiatrischen Klinik. Wien. med. Wschr. 111, 61—65 (1961).
- <sup>6</sup> GRINBERG, L., M. LANGER u. E. RODRIGUE: Psychoanalytische Gruppentherapie. Stuttgart: E. Klett 1959.
- <sup>7</sup> — Bildung einer Gruppe. Psyche (Stuttg.) 13, 194—214 (1959/60).
- <sup>8</sup> HOFF, H.: Lehrbuch der Psychiatrie. Basel: B. Schwabe u. Co. 1956.
- <sup>9</sup> — Die Therapie der jugendlichen Psychopathie. Wien. Arch. Psychol. Psychiat. Neurol. 1, 201 (1951).
- <sup>10</sup> —, u. E. RINGEL: Die sogenannte Soldatenbraut. Wien. Arch. Psychol. Psychiat. Neurol. 2, 140 (1952).
- <sup>11</sup> LINDINGER, H.: Einige Bemerkungen zur Theorie und Therapie der Psychopathie. Z. Psychother. med. Psychol. 14, 153—157 (1964).
- <sup>12</sup> MORENO, J. L.: Psychodrama. New York: Beacon Press 1946.
- <sup>13</sup> SCHINDLER, R.: Ergebnisse und Erfolge der Gruppenpsychotherapie mit Schizophrenen nach der Methode der Wiener Klinik. Wien. Z. Nervenheilk. 15, 250—261 (1958).
- <sup>14</sup> — Über den wechselseitigen Einfluß von Gesprächsinhalt, Gruppenposition und Ichgestalt in der analytischen Gruppentherapie. Psyche (Stuttg.) 14, 382 bis 392 (1960/61).
- <sup>15</sup> — Der Gruppentherapeut und seine Position in der Gruppe. Prax. Psychother. 6, 1—8 (1961).
- <sup>16</sup> SLAVSON, S. R.: Einführung in die Gruppentherapie. Göttingen: Verlag f. med. Psychol. 1956 (The Commonwealth Fund 1943).
- <sup>17</sup> SOLMS, W.: Zur Therapie der Asozialität, VII. österr. soz.-med. Tagung in Bad Gastein 1960.

Dr. med. H. C. LINDINGER, Mauer bei Amstetten (Nieder-Österreich)