

S. H. Foulkes

**Praxis der
gruppenanalytischen
Psychotherapie**



**WESTARP
SCIENCE
FACHVERLAG**

Impressum:

S. H. Foulkes

Praxis der gruppenanalytischen Psychotherapie

Titel der Originalausgabe:

Group Analytic Psychotherapy: Method and Principles by S. H. Foulkes

Authorised translation from the English language edition published by:

Routledge, a member of the Taylor and Francis Group

All Rights reserved

Copyright für die deutsche Übersetzung © 1978 by Ernst Reinhard Verlag, München/Basel

Aus dem Amerikanischen von Irmgard Pfeiffer

3., unveränderte Auflage 2018

© 2018 Westarp Science Fachverlag

in der Mediengruppe Westarp

Kirchstr. 5

39326 Hohenwarsleben

www.westarp.de

ISBN: 978-3-86617-170-1

Umschlaggestaltung: Stefanie Oeft

Druck und Bindung: Druckerei Kühne & Partner GmbH & Co. KG

www.unidruck7-24.de

Printed in Germany.

Alle Rechte vorbehalten, insbesondere die der
fotomechanischen Vervielfältigung oder Übernahme
in elektronische Medien, auch auszugsweise.

Inhaltsverzeichnis

I. Die gruppenanalytische Richtung innerhalb der Psychotherapie	11
1. Was ist gruppenanalytische Psychotherapie?	11
1.1. Allgemeine Grundsätze	13
1.2. Verschiedene Gruppenarten	14
1.2.1. Große Gruppen und Einrichtungen	14
1.2.2. Kleine Gruppen	16
2. Die Behandlung der Lebensgruppe	18
2.1. Vernetzung – Plexus	18
2.2. Familienbehandlung und Diagnose	20
2.3. Die gruppenanalytische Behandlungsmethode der Familie oder des Plexus	22
2.4. Die Stammfamilie	23
2.4.1. Einleitendes Interview bei einem Ehepaar	26
2.5. Gruppen von Ehepaaren	32
II. Die gruppenanalytische Gruppe	33
3. Diagnostik	33
3.1. Bildung von Gruppen für die Behandlung	33
3.1.1. Anwendung von Tests und Fragebögen	34
3.1.2. Das einleitende persönliche Gespräch	36
3.1.3. Beurteilung nach der Behandlung	44
3.1.4. Einleitendes Gespräch in einer Gruppe	44
3.1.5. Psychodiagnostische Arbeitsberichte	51
3.1.5.1. Fragebögen zum Ausfüllen nach der Gruppendiagnose	58

4. Therapie	68
4.1. Indikation, Kontraindikation und Auswahl für bestimmte Gruppen	68
4.2. Arten der gruppenanalytischen Gruppe	71
4.3. Gesamtdauer der Therapie	76
4.4. Beendigung der Behandlung	76
4.4.1. Beendigung der Gruppenbehandlung	76
4.4.2. Beendigung der Behandlung des Einzelpatienten	77
4.5. Ausfälle	78
4.6. Abwesenheit und Feiertage	79
4.7. Gebühren in der Privatpraxis	80
5. Die gruppenanalytische Situation	80
5.1. Einleitende Bemerkungen	80
5.1.1. Feste Bestimmungen	81
5.1.2. Grundsätze des Verhaltens	87
5.1.3. Kulturelle Atmosphäre	94
III. Der Gruppenleiter	96
6. Der Leiter bei der Arbeit	96
6.1. Organisatorische Aufgaben	96
6.1.1. Aufzeichnungen und Notizen	97
6.1.2. Hilfsmittel	101
6.1.3. Co-Leiter und Beobachter	102
6.1.4. Aufzeichnungen	102
6.2. Die Arbeit als Gruppenanalytiker	103
6.2.1. Ziele der Behandlung	104
6.2.2. Deutungen	108
6.2.2.1. Beispiel einer Deutung: Das alte Haus	109
6.2.3. Deutung in der Gruppenanalyse	112
6.2.3.1. Seitens der Patienten	112
6.2.3.2. Unbewußte Deutungen seitens der Gruppe	114
6.2.3.3. Deutung seitens des Leiters	116
6.2.3.4. Hauptsächliche Bereiche der Deutung	117
6.2.4. Analysieren	122
6.2.5. Orientierung	123
6.2.5.1. Lokalisation	123
6.2.5.2. Resonanz	124
6.2.5.3. Die analytische Haltung	125
6.3. Beobachtungen und Maximen	125
6.3.1. Randereignisse	126
6.3.2. Interaktionen außerhalb der Gruppensituation	127

6.3.3. Deutungen über die Gruppe als Ganzes	130
6.3.4. Unerwartete Wirkung einer Äußerung des Leiters	133
6.3.5. Übertragungsdeutungen: Richtig aber abwehrend	135
6.3.6. Der Anfang einer Gruppe	138
6.4. Leitsätze	143
7. Die Person des Leiters und seine Ausbildung	145
7.1. Die Ausbildung von Gruppenanalytikern	148
7.1.1. Auswahl von Kandidaten	148
7.1.2. Medizinisches Wissen	148
7.1.3. Psychoanalytische Ausbildung	149
7.1.3.1. Ausbildungsweg für künftige Gruppenanalytiker und Gruppenpsychotherapeuten	150
8. Über das Lehren von Psychotherapie	152
8.1. Lehre und Psychotherapie	152
8.2. Widerstände	153
S. H. Foulkes 1898–1976 (von Dieter Sandner)	156
Weiterführende Literatur	159

II. Die gruppenanalytische Gruppe

3. Diagnostik

3.1. Bildung von Gruppen für die Behandlung

Wenn eine Gruppe zwecks Behandlung gebildet wird, werden Patienten, die im Leben nicht in Verbindung stehen, zusammengebracht. Sie sollten während der Behandlung keine Beziehung untereinander aufnehmen oder später entwickeln, unter dem Gesichtspunkt einer Behandlung. In diesen Gruppen behandeln wir also Menschen *außerhalb* deren Lebenssituation, die sonst Fremde sind und nur an der therapeutischen Situation teilhaben. Wir sprechen unser Modell, die gruppenanalytische Gruppe, in ihren verschiedenen Arten durch.

Der Patient kommt entweder von sich aus oder wird uns von einem anderen Arzt zugewiesen, oft einem Psychiater. Wir begegnen ihm zuerst allein oder in einer Gruppe. Anschließend behandeln wir detailliert beide Methoden des einführenden Interviews.

Bevor wir den Patienten sehen, können wir eine Anzahl von Tatsachen durch Fragebögen aufhellen. Das spart Zeit und erlaubt uns, uns auf die wichtigsten Merkmale und Eindrücke während des ersten Interviews zu konzentrieren.

3.1.1. Anwendung von Tests und Fragebögen

In diesem Stadium kann getestet werden. Es gibt viele Tests, mit denen ich nicht ausreichend vertraut bin, um sie zu beurteilen, aber ich bin vom MMI-Test* günstig beeindruckt worden. Der Thematische Apperzeptionstest ist auch wertvoll, besonders um Ergebnisse nach einer Behandlungszeit mit den früheren zu vergleichen. Persönliche Erfahrungen habe ich mit dem Rorschach-Test gemacht.

Ich weiß, daß der Rorschach-Test vom Standpunkt der statistischen orientierten Psychologen in Verruf ist, weil er zu unzuverlässlich oder zu sehr vom Interpretieren abhängig sei. Ich halte das persönlich für unvermeidlich. Auf dem ganzen Gebiet der Psychotherapie und Psychopathologie können wir niemals ganz frei von Interpretationen sein. Meines Erachtens liegt der große Verdienst des Rorschach-Testes darin, daß er interpretativ ist und doch objektive Daten verschafft, die die individuelle Interpretation kontrolliert und leitet. Das besonders interessante Merkmal des Rorschach-Testes ist seine Betonung der formellen Elemente: ob der zu Testende von kleinen oder großen Figuren beeindruckt wird, ob er das Augenfällige wahrnimmt, ob er von Farben und Bewegungen angezogen wird, usw. In der psychotherapeutischen Situation werden solche formellen Komponenten gewöhnlich nicht genügend beobachtet. Sei es wie es sei, gehen wir auf die Methode des psychologischen Testens nicht weiter ein, ohne im geringsten ihren potentiellen Wert zu verleugnen.

Die Fragebögen, die ich vor Augen habe, waren meistens auf eine spezifische Situation abgestellt. So benutzte ich in Northfield einen Fragebogen, der der militärischen Situation und der ganzen Atmosphäre des Krankenhauses angepaßt war. Dieser relativ einfache Fragebogen erfüllt die folgenden Aufgaben: der angehende Patient kann erstens alle *objektiven Daten* über seine Lebensumstände, seine Familie, seinen Beruf, usw. liefern, so daß wir ihn nicht mehr ausfragen müssen. Die zweite und hauptsächlichste Aufgabe des Fragebogens: er spiegelt ein *vorläufiges Bild des Verhaltens des Patienten* wieder, während dieser durch das Ausfüllen zu einem *aktiven Mitarbeiter* schon in dieser Phase wird. Der Patient wird gebeten, ganz auf seine Weise über eine Reihe von typischen Punkten zu schreiben, kurz oder ausführlich, wie z. B.:

- (1) Was sind, *von seinem Standpunkt*, die Gründe, weswegen er zu uns gekommen ist?
- (2) Was stört ihn und andere?
- (3) Wie steht er selber dazu?
- (4) Was sind *seine eigenen Ideen* bezüglich seines Zustandes?
- (5) Hat er gewissermaßen *seine eigene Theorie* hinsichtlich seiner Störung?

* siehe »Weiterführende Literatur« am Schluß des Buches

- (6) Was sind *seine Erwartungen*; insbesondere *wie glaubt er diese Umstände ändern zu können* und wie soll diese Änderung zustande kommen?

Auf diese Weise nimmt der Patient den aktiven Dialog und Kontakt mit dem Therapeuten auf und man kann sich ein sehr gutes Bild seines Zustandes und Verhaltens verschaffen. Natürlich muß man sich wieder auf diese Punkte bei der Wiederbegegnung mit dem Patienten konzentrieren, aber es ist von unermesslicher Hilfe, den einleitenden Fragebogen und die darin vom Patienten übertragenen Vorstellungen studiert zu haben.

Bilderprofile: Werkzeug zum Auswählen

An der Poliklinik für Psychotherapie des Maudsley Krankenhauses verwendete ich eine andere Untersuchungsmethode. Jeweils nach den verschiedenen Psychiatern, die sie ursprünglich konsultiert hatten, waren die Patienten schon routinemäßig mit verschiedenen Tests bombardiert worden. Das Standardverfahren war der Cornell-Index. Aus diesem Grund benutzte ich noch keinen zusätzlichen Fragebogen, denn ich stellte fest, daß ich die Information vom Cornell-Index in eine bildliche und mehr dynamische Form umsetzen konnte. Eine Anzahl von Beispielen folgt mittels Abbildungen. Bevor ich den Patienten sah, sah ich den von ihm ausgefüllten Cornell-Index durch und notierte ausnahmslos jeden Punkt auf folgende Weise: Ich zeichnete schematisch einen kleinen Mann oder eine kleine Frau und zeichnete solche Organe ein, die den vom Patienten angegebenen Beschwerden entsprachen. Die Beschwerden rein physischer Natur trug ich in Rot auf der rechten Seite ein, diejenigen psychischer oder psychologischer Art (Beschreibung und Beschwerden, die sich auf psychische Funktionen bezogen) setzte ich in Schwarz auf die linke Seite. Alle Beschwerden verband ich schließlich mit den entsprechenden Organen mittels eines Pfeils. Viel wichtiger sind die qualitativen Eigenschaften. Die Beschwerden sind in gewisser Hinsicht ein Ergebnis der vom Cornell-Index-Fragebogen gestellten Fragen und die Beschreibung bestimmter Beschwerden eine Folge der Standardfragestellung über psychische Dinge. Der dynamisch orientierte Psychiater, insbesondere der erfahrene, psychoanalytisch ausgebildete Psychiater, sieht ein, daß man so ein gutes Bild von der Art der Ängste, der charakteristischen psychopathologischen Konstellation (paranoid, deprimiert, usw. oder der erogenen Zonen, die auffallend sind, ferner der typische Angstformen und der Regressionsstufen in bezug auf Es-Impulse und Ich-Mechanismen gewinnt.

Abb. 1 und 2 sind recht charakteristisch und stellen das häufigste Bild dar.

Abb. 3 ist auffallend wegen der geringen Zahl der vermerkten Symptome.

Abb. 4 zeigt im Gegensatz zu den Abb. 5 und 6 ein Übergewicht an psychischen Beschwerden und auch die physischen sind wahrscheinlich mit Ängsten verbunden, wie z. B. kalter Schweißausbruch und bestimmte Sorgen wie Untergewicht.

Abb. 5 und 6 haben ein Übergewicht auf der physischen Seite und scheinen zu bestätigen, daß sie keine günstige Symptomenkonstellation für die Psychotherapie bilden. Die Art der dem Patienten empfohlenen Behandlung beruhte selbstverständlich nicht allein auf dem Fragebogen, sondern auf dem folgenden Interview und der klinischen Beurteilung (abgesehen von Nr. 5, der zum Interview nicht erschien).

Abb. 7 zeigt zahlreiche psychische Äußerungen, so daß eine gewisse detaillierte, teils auf dem Interview basierende psychopathologische Formulierung versuchsweise gemacht werden könnte. Es wurde auch bemerkt, daß der Patient sehr rigide Abwehrmechanismen zeigte.

Es erschien mir zweckmäßig, diese Methode zu veröffentlichen, denn sie zeigt, daß selbst ein statischer und mechanischer Fragebogen (sicherlich zum Vergnügen des Statistikers äußerst vollständig) in ein graphisches und dynamisches Bild umgesetzt werden kann. Außerdem mag es sein, daß diese Methode, oder eine ähnliche, für systematischere Forschung im konventionellen Sinne des Wortes verwendet werden könnte.

3.1.2. Das einleitende persönliche Gespräch

Das einleitende individuelle Interview wird dadurch erheblich erleichtert, daß der Kontakt bereits schriftlich erfolgte und ein vorläufiges Bild des Patienten gebildet worden ist. Man muß sich erstens nicht mehr um die objektiven Daten bemühen, zweitens hat man einen Anhalt für die Untersuchung des Verhaltens des Patienten und des psychodynamischen Bildes, ohne Vorurteil durch die bereits erhaltenen Daten. Während dieses Interviews kann man die Kontaktfähigkeit des Patienten, seine Art zu kommunizieren und zu verstehen, seine Motivation – ein sehr wichtiges Element –, sein bereits erworbenes Ein-

NAME:

ALTER: (jung)

GESCHLECHT: (w)

PSYCHISCHE BESCHWERDEN

Besorgt und unwohl betr.
Gesundheit. "Ernsthafte
körperliche Behinderung?"

Angst vor Überraschungen.
Angst vor Alleinsein.

Unglücklich und
deprimiert.
Weint oft.
Kummer in
der Familie.

Leicht verletzt, reiz-
bar, impulsiv, zornig,
von Menschen gereizt.

Will sich nichts sagen
lassen.

Unkontrollierte Wut-
ausbrüche.

Geräusche nachts,
Beängstigende Gedanken,
Beängstigende Träume.

PHYSISCHE BESCHWERDEN

KOPFSCHMERZEN

AUGENSCHMERZEN

VERSCHNUPFT, ERKÄLTUNGEN

ZAHNSCHMERZEN

BELEGTE STIMME

SCHMERZEN

"KLOPFEN"

SCHMERZEN
MAGENBESCHWERDEN

DURCHFALL

SCHMERZEN, KRÄMPFE
(überall)

HAUT EMPFINDLICH
JUCKEN, SCHWITZEN
(überall)

HEIßE UND KALTE ANFÄLLE

PERIODE SCHMERZHAFT

ERSCHÖPFUNG, MÜDIGKEIT
"AUSGELAUGT, KANN NICHT
ARBEITEN"

SCHWINDELGEFÜHLE

(wurde bewußtlos
geschlagen)

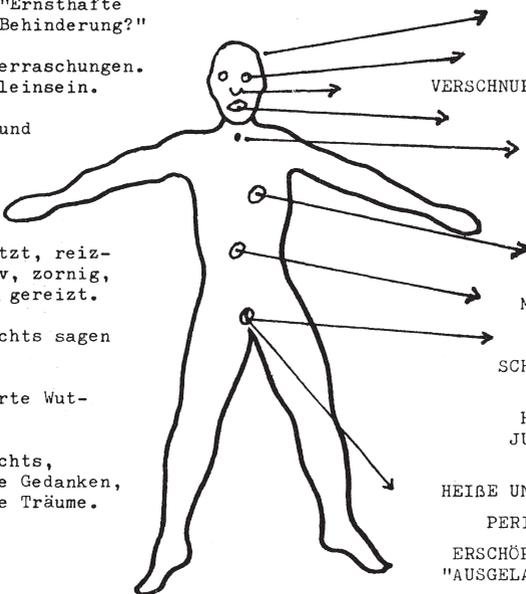


Abb. 1

NAME:

ALTER:

GESCHLECHT: usw.

PSYCHISCHE BESCHWERDEN

PHYSISCHE BESCHWERDEN

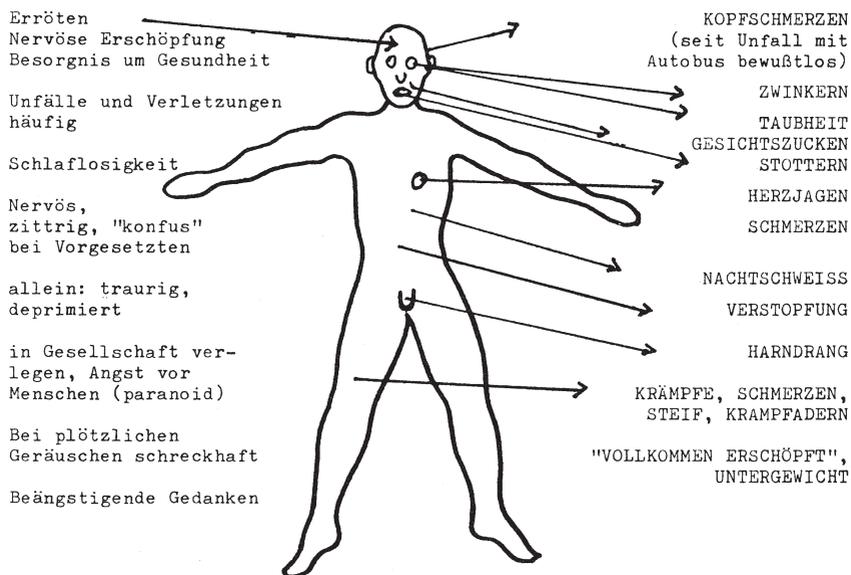


Abb. 2

NAME:

ALTER:

GESCHLECHT: usw.

PSYCHISCHE BESCHWERDEN

PHYSISCHE BESCHWERDEN

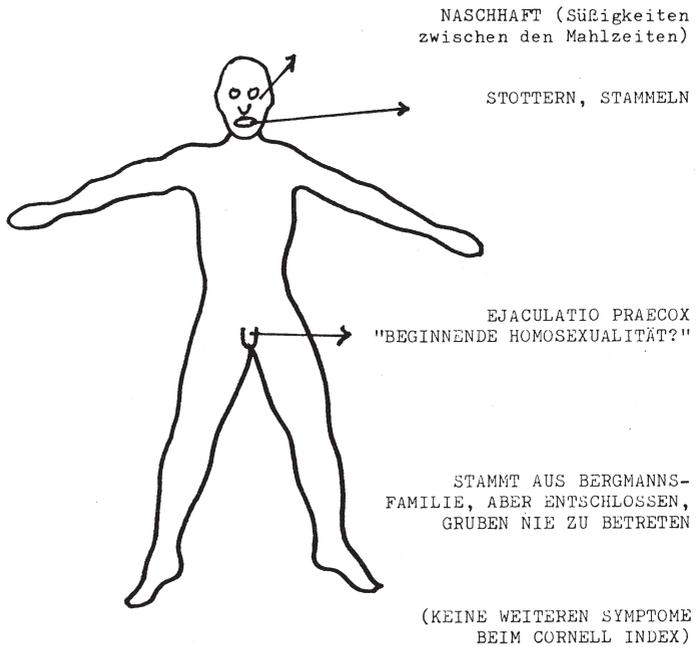


Abb. 3

NAME:

ALTER:

GESCHLECHT: (M) usw.

PSYCHISCHE BESCHWERDEN

PHYSISCHE BESCHWERDEN

Erschreckt, nervös bei
Vorgesetzten

Allein ängstlich

Unglücklich, unent-
schlossen,
deprimiert

Nervös,
Sorgen,
empfindlich,
reizbar, zornig.
"mißverstanden"
(paranoid)

Plötzlich ängstlich,
zuckt bei plötzlichen
Geräuschen zusammen

Beängstigende Gedanken

KALTE SCHWEIßAUSBRÜCHE

UNTERGEWICHT

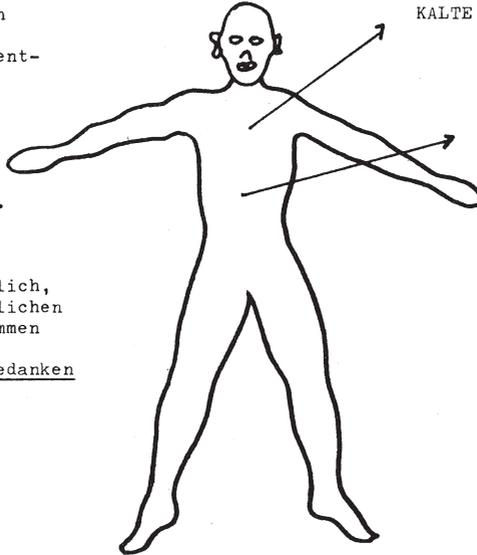


Abb. 4

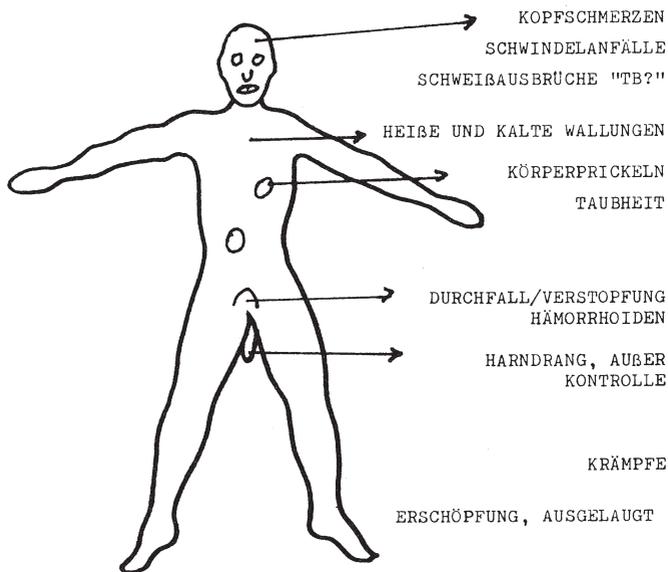
NAME:

ALTER:

GESCHLECHT:

PSYCHISCHE BESCHWERDEN

PHYSISCHE BESCHWERDEN



FRAGEBOGEN NICHT FERTIG AUSGEFÜLLT

ERSCHIEN NICHT - ZURÜCKGEWIESEN

Abb. 5

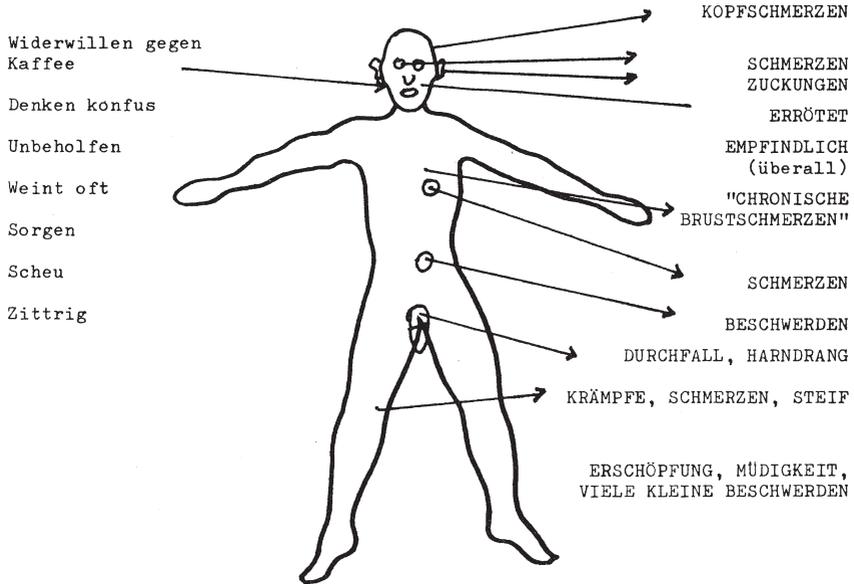
NAME:

ALTER:

GESCHLECHT: usw.

PSYCHISCHE BESCHWERDEN

PHYSISCHE BESCHWERDEN



ZURÜCKGEWIESEN
KEIN WILLE ZUR EINSICHT

Abb. 6

NAME:

ALTER: (jung)

GESCHLECHT: (w)

PSYCHISCHE BESCHWERDEN

PHYSISCHE BESCHWERDEN

Verschlingt das Essen
Süßigkeiten
6 Tassen Tee, Kaffee

Nervös bei Vorgesetzten
scheu, empfindlich

Entschlußunfähig
Macht sich
nachts Sorgen

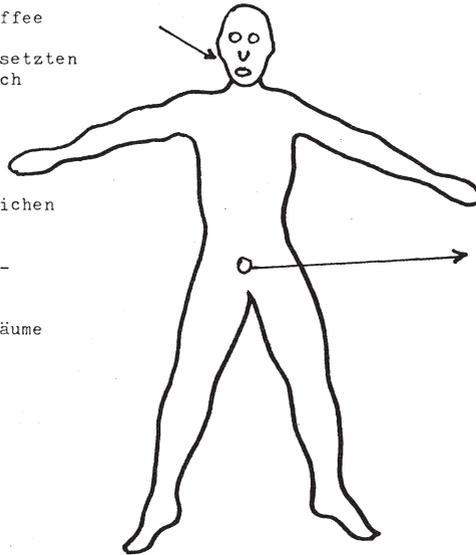
Angst vor plötzlichen
Geräuschen

Beängstigende Ge-
danken

Beängstigende Träume

Alpträume

Spinnenphobie



VERSTOPFUNG

MONOSYMPTOMATISCHER DURCHBRUCH:

Spinnenphobie ödipal. Scaena prima
(Das Schlafen der Eltern). Einzel-
kind. Vollkommene Verdrängung des
Sexuellen. Hysterischer Typ. Tech-
nisches Problem: Unbiegsame Charakter-
abwehr.

Abb. 7

sichtsvermögen, bzw. seine Fähigkeit es zu erwerben, von seiner Verständigung mit dem Therapeuten und von seiner eigenen Abwehr abhängt. Tatsachen kommen zum Vorschein, die sein gegenwärtiges Leben, seine Familie, *seinen Complexus*, betreffen. Man kann auch unter Umständen irgendwelche besonderen Probleme entdecken. Danach müßte es möglich sein, zu folgenden vorläufigen Interpretationen des Falles zu gelangen:

- (1) Persönlichkeit und psychodiagnostische Dynamik
- (2) Konflikte – vorwiegend intrapsychisch oder zwischenmenschlich
- (3) Aussicht und Basis zur Lösung dieser Konflikte
- (4) Besondere Beobachtungen, falls vorhanden

Man kann dieses erste individuelle Interview in der Regel auf ein einziges Mal beschränken, obwohl es wünschenswert ist, keinerlei Druck durch eine Zeitbegrenzung (wie eine halbe Stunde oder eine Stunde) entstehen zu lassen. Das Interview soll die erforderliche Zeit dauern. In Fällen, in denen ein besonders guter gegenseitiger Kontakt herrschte und in denen keine weitere Therapie nötig erschien, konnte ich das ganze Problem während dieses »ersten« Interviews aus dem Wege räumen. Das kann dann zwei oder drei Stunden erfordern.

3.1.3. Beurteilung nach der Behandlung

Am Ende der Behandlung hat man bestimmte statistische Daten über Anwesenheit, Regelmäßigkeit oder Unregelmäßigkeit und die Dauer der Behandlung. Wichtige Faktoren sind die Art des Patienten Abschied zu nehmen, sein Zustand verglichen mit dem Ursprünglichen, die beobachteten Veränderungen und die Gründe dafür und besonders die Veränderungen in seinem intimen Plexus. Nach einiger Zeit sollten noch bestimmte Erhebungen durchgeführt werden. Wichtig ist eine Nachbehandlung, die auf Beobachtungen der verschiedenen Beziehungen, in denen sich der Patient bewegt, sowie auch auf seinen eigenen Angaben, beruht.

3.1.4. Einleitendes Gespräch in einer Gruppe

Wir kommen jetzt zu einer weniger gebräuchlichen aber höchst interessanten Methode, nämlich einem einleitenden Interview in einer Gruppenumgebung. Wegen ihres vermutlich beträchtlichen Interesses gehe ich später im einzelnen darauf ein. Wenn man Patienten von Anfang an zusammen in einer Gruppe erlebt, wird im allgemeinen angenommen, daß sie weiterhin als eine Gruppe fungieren sollen.

Mittels einer unten detaillierten beschriebenen Methode findet eine Auswahl statt. Um eine Gruppe von acht Personen zu bilden, zeigt die Erfahrung, daß man ungefähr zwölf anscheinend geeignete Kandidaten braucht. Nehmen wir an, daß diese Auswahl schon stattgefunden hat und wir nun mit einer Gruppe von acht Mitgliedern beginnen, in der Absicht, die Arbeit mit der Gruppe fortzusetzen. Es stellt sich die Frage, ob der Leiter dieser Gruppe beabsichtigt, selber mit ihr fortzufahren, oder sie jemand anders zu übergeben, sagen wir, einem Beobachter. Obgleich die Grundbedingungen gleich bleiben, ändert sich das Vorgehen entsprechend. Ich gehe auf beide Möglichkeiten ein.

Eingedenk der Reichweite der Verantwortlichkeit eines fachärztlichen Beraters kommt es selten vor, daß er eine Gruppe vom Anfang bis zum Ende leitet. Es geschah viel häufiger, daß ein Assistent, der eine Gruppe übernehmen sollte, der ersten Sitzung mit mir beiwohnte. Es wurde der Gruppe klargemacht, daß er mit ihnen als ihr Arzt fortfahren sollte. Dieses System funktionierte sehr gut. Der fachärztliche Berater muß zu verhindern suchen, daß die Gruppenmitglieder eine zu starke persönliche Anhänglichkeit zu ihm entwickeln. Er muß seine Persönlichkeit noch mehr als sonst in den Hintergrund stellen.

Das bezieht sich im gleichen Maße auf das vorbereitende individuelle Interview. Dieses leitete ich normalerweise allein ohne die Anwesenheit eines Beobachters. Es bedarf Erfahrung, sowie auch eines gewissen Spürsinns, um das Interview richtig zu leiten. Die Leitlinien zwischen wünschenswertem Kontakt, Offenheit und Vertrauen müssen festgelegt werden, ohne dem Arzt, der die Gruppe übernimmt, den freien Weg der sich entwickelnden Übertragung zu versperren.

Jetzt zu den Hauptmerkmalen der von mir bei einem einleitenden Interview in einer Gruppensituation übernommenen Methode. Die Gruppenteilnehmer und der Arzt waren alle füreinander Fremde. Ich fing beispielsweise mit dem Patienten auf meiner linken Seite an und stellte rundum Fragen, die für sie alle relevant waren, wie z. B.: »Was ist mit Ihnen los?« »Was führt Sie hierher?« »Was halten Sie davon?«, usw. Es ist wichtig, die richtige Atmosphäre zu schaffen; von vornherein klarzustellen, daß jeder ermutigt wird zu sprechen, zu kommentieren und auf das zu reagieren, was gesagt wird – auch außerhalb der Reihenfolge. Die Gruppe wird dadurch lebendig. Meiner Erinnerung nach gelang es immer, nicht nur mit jedem zu sprechen und ein Bild von jedem zu gewinnen, sondern daß ein oft höchst bedeutsamer Austausch gleich zu Anfang stattfand.

Ich gebe einige Beispiele eines solchen Interviews, bei dem einige charakteristische Merkmale skizzenhaft ausgeführt sind.

Ein Mann, den wir »M« nennen, sagt:

- M.: Ich bin neulich deprimiert gewesen, und etwas angewidert.
Dr.: Ja, Sie haben sich eklig gefühlt.
M.: Ja, ich hab' das Gefühl, daß ich meinen alten Stand nicht mehr erreiche, wissen Sie, fühle mich deprimiert, aber ich fühle mich im Moment ganz angeekelt.
Dr.: Erzählen Sie mir etwas mehr darüber! Hat es etwas mit Ihrem Haus oder sonst etwas zu tun?
M.: Ja, sozusagen. Sie wissen, ich habe früher erklärt, daß es eine sehr kritische Zeit ist, und ich finde, ich bin mit den Dingen nicht zufrieden, bis sie wirklich gut sind, und ich finde die wenigsten Dinge gut. Jedenfalls lastet die Wohnung auf mir und die Leute irritieren mich ganz, weil sie meistens meinen Standard nicht erreichen, und sie scheinen nicht aufzupassen, und das finde ich ganz irritierend.
O.: Was für Leute verrichten irgendwelche Arbeit mit Ihnen in der Wohnung?
M.: Ach, es sind Freunde, meine Mutter und mein Vater, meine Braut und der Kerl von nebenan. Ich kann's wirklich nicht erklären, aber ich habe das Gefühl, daß niemand sich dieselbe Mühe wie ich macht, und ich fühle, daß man mir wegen dieser Sache einen ungerechten Anteil an der Last und den Sorgen aufbürdet. Ich findet immer Kleinigkeiten, die man liegen gelassen hat, und keiner scheint sich darum zu kümmern, und das stört mich.
Dr.: Als Sie sich früher so fühlten, waren Sie nicht in Behandlung? Hatten Sie Gelegenheit, darüber zu sprechen?
O.: Es ist keineswegs so schlimm . . .
M.: Ich fühlte mich vorher ganz in Ordnung. Ganz fröhlich und sicher, aber seitdem ich mich mit der Renovierung beschäftigt habe, sind die Leute mir immer mehr auf die Nerven gegangen. Es regt mich auf und ich finde, ich bin unfair, wenn ich unangenehm bin. Ich will eigentlich nicht, daß ich mich aufrege, wissen Sie, aber ich rege mich trotzdem bis zum Äußersten auf.
Dr.: Das ist was ich meine – Sie sollten jetzt diese Gelegenheit benutzen, um darüber zu sprechen, damit wir feststellen können, was Sie deprimiert, sehen Sie. Sie sehen, bisher sagen Sie nur, daß Sie deprimiert sind und gestört werden. Ich weiß nicht weswegen. Weswegen werden Sie ihrer Meinung nach deprimiert?
M.: Ich weiß nicht. Ich glaube, ich bin ganz deprimiert, was mich veranlaßte, meinen Arzt aufzusuchen. Ich glaube, ich habe mir mehr oder weniger Sorgen darüber gemacht, ob ich mich verloben sollte oder nicht. Es war eine Frage, bei der ich wirklich nicht wußte, ob ich wollte oder nicht, und ich schlief als Folge nicht gut. Ich habe oft gefunden, daß ich mir über etwas Gedanken mache, ins Bett gehe und nicht fest schlafe, und wenn ich morgens aufwache, ist das erste, was mir mehr oder weniger einfällt, das Problem, mit dem ich am vorigen Tag gespielt habe. Es beeinträchtigt meinen Schlaf erheblich.
Dr.: Ja, aber glauben Sie, das hätte etwas mit Ihrer Verlobung

und Heirat zu tun? Daß Sie wirklich heiraten und ein Haus haben wollen?

M.: Ich weiß es nicht. Irgendwie glaube ich nicht. Nein. Ich meine, ich mache mir nur Sorgen über mich auf verschiedene Weise. Ich werde aufgeregt und irritiert, besorgt weil ich wegen der Leute irritiert werde, und dazu neige, die Dinge zu übertreiben, und werde irritiert und rege mich wegen Kleinigkeiten auf, und ich mache mir darüber Sorgen, weil ich dann unfähig zu sein scheine, ruhiger zu sein und mich deswegen mehr zusammenzureißen.

F.: Viele Leute regen sich wegen solcher Kleinigkeiten auf.

M.: Keine der Leute, die ich kenne, scheinen dasselbe Interesse wie ich zu haben: Aufgaben genau und gut zu erledigen – wie ich sie aus irgendwelchem Grund erledigen muß. Ich habe das ganz starke Gefühl, alles perfekt und gut erledigen zu müssen. Ich bin nicht damit zufrieden, Sachen zu verrichten, womit die meisten Leute sich gewöhnlich zufrieden geben. Das befriedigt mich gar nicht. Wir haben tatsächlich deswegen am anderen Abend eine kleine Diskussion gehabt. Wegen Tapeten, die wir gekauft haben. Der Kerl von nebenan kam vorbei, um sich zu entschuldigen, daß er an einem Wochenende nicht vorbeikommen konnte. Das war in Ordnung. Es hat mich nicht gestört, und mein Vater und meine Braut waren dabei, und er hat ein paar Rollen Tapeten verbraucht, und das Muster paßte nicht gerade gut, und es gab deswegen eine Diskussion. Ich sagte, ich meinte, es wäre schlimm seitens der Hersteller, eine solche Tapete für fünfundsechzig Pence pro Rolle zu verkaufen, wo das Muster nicht einmal perfekt paßt, und die anderen schienen mit mir übereinzustimmen, aber das hat mich nicht übermäßig aufgeregt. Ich habe immer den Eindruck, daß die Leute mich für ungewöhnlich oder unbeholfen halten, wo ich glaube, daß meine Meinungen ganz vernünftig sind, und doch glaubt es niemand. Das scheint mich auch zu stören. Das spüre ich oft, wissen Sie – wenn ich eine Meinung bringe, machen die Leute den Eindruck, daß ich die falsche Auffassung über Dinge vertrete. Gleichwohl mit wem ich spreche – es bringt mich nicht weiter, – sie halten mich bloß für komisch, für einen komischen Spielverderber, wissen Sie, und verstehen mich einfach nicht. Das kommt hauptsächlich, weil ich so peinlich genau bin, und ich erwarte, daß Sachen genau ausgeführt werden, und sie verstehen es nicht . . . sie halten mich für einen unbeholfenen Menschen, und sie lassen es dabei . . .

O.: Vielleicht schweigt sie, weil sie sich um Sie Sorgen macht und spürt, daß Sie etwas nervös sind und sie macht sich halt Sorgen.

M.: Das ist bestimmt nicht der Fall. Ich glaube nicht, daß sie ein Mensch ist, der sich um andere sorgt. Seitdem ich sie kenne hat sie sich um nichts Sorgen gemacht – nur einmal als wir uns kennenlernten und damals war es auffällig und, ich glaube, es wäre sehr auffällig, wenn sie sich meinetwegen Sorgen machen würde . . . sie würde sicherlich etwas sagen. Ich bin dann sehr enttäuscht mit mir selber, wenn ich denke, ich bin so ge-

reizt und rege mich wegen Kleinigkeiten auf und bin unangenehm zu Leuten und denke nachher darüber nach und sehe ein, ich hätte so nicht sein sollen und dann fange ich an, mich selber zu reizen, weil ich so ungeschickt war und vielleicht leichtsinnig, und das steigert meine Reizbarkeit über mich selber und steigert dann auch die Reizbarkeit, die ich wegen verschiedener Leute spüre.

G.: Das ist ein Teufelskreis.

Dr.: Ist das Gefühl, das Sie haben, etwas, das sich auf ihren Wunsch bezieht, so vollkommen sein zu wollen? Die anderen spüren es nicht so sehr . . .

M.: Das verstehe ich nicht.

Dieser Anfang einer derartigen Sitzung zeigt, wie die Gespräche ins Rollen kommen, wie neues Material dazukommt und wie man bald ein verhältnismäßig gutes Bild von den betreffenden Personen bekommt.

E.: Es tut mir leid, daß ich spät komme . . . Ich habe 25 Minuten auf den Autobus gewartet, und dann kamen zwei.

Dr.: Was war mit Ihnen das letzte Mal? (sie hatte ihren Termin bei mir nicht eingehalten).

E. Ich hatte Magenbeschwerden, schlechte Verdauung, und ich fühlte mich ziemlich gallig. Mein Mann hat versucht anzurufen, er hat es vor der Arbeit versucht, aber ist nicht durchgekommen.

Dr.: Nun, das macht nichts . . . Ich meine, ich freue mich, Sie zu sehen.

E. Nein, ich muß mich entschuldigen, weil ich nicht Bescheid gesagt habe.

Dr.: Nein, alles ist in Ordnung, aber wenn Sie diese Beschwerden, diese Magenbeschwerden, oder so was Ähnliches haben – könnten Sie trotzdem versuchen zu kommen, sehen Sie, weil, sehen Sie . . .

E.: Ich fühlte mich zu krank. Ich hätte nicht fahren können.

Dr.: Schön, sehen wir weiter, wir waren mitten drin bei Herrn F. Sie wollten etwas mit uns versuchen. Es hatte etwas mit Maßstäben zu tun, ich glaube . . . etwas muß dahinter stecken – das ist alles. Es gibt noch etwas, das Sie wissen.

F.: Manchmal denke ich, daß die Zustände, die ich jetzt erlebe, Sie wissen, wenn ich alles ganz richtig machen muß . . . dann bekomme ich auch solche Gefühle, wirklich, weil ich oft alles in die Schule 'reinstecke und es gibt kein Leben außerhalb und ich fühle, daß wenn alles andere in richtiger Perspektive ist, werde ich mich längst nicht so aufregen, ob alles andere richtig ist, wissen Sie . . .

M.: Ich würde nicht sagen, daß ich von meiner Arbeit oder irgend-etwas Anderem besonders stark eingenommen wäre . . .

F.: Ich kenne das Gefühl, wenn man alles richtig haben will und wenn man halt nicht alles so tun kann, wissen Sie . . . na, es gibt für mich da unten zuviel Arbeit für mich allein, obwohl es wahrscheinlich am besten für mich wäre, wenn ich sie allein erledigen würde . . . dann hätte ich gar keinen Groll gegen andere Leute, usw.

G.: Glauben Sie, es könnte einen Zusammenhang mit Ihren Eltern geben? Meinen Sie, sie verrichten die Arbeit, die Sie wirklich am wenigsten gerne tun? Ich habe mit meiner Mutter viele Konflikte gehabt – Ich habe aus verschiedenen Gründen nie gedacht, daß sie sich besonders dazu eignet, Mutter oder Hausfrau zu sein.

O.: Ja, Sie sagen, andere Leute regen sich nicht auf wegen dem, was Sie tun.

M.: Ja, ich bin sicher.

O.: Sind Sie wirklich so sicher?

M.: Ja.

O.: Und Sie glauben, überhaupt niemand anders regt sich wegen so etwas auf?

M.: Ach, ja, sie regen sich schon auf, aber sie vergessen es in ein paar Minuten.

F.: Ich weiß nicht, können Sie etwas außer der Tapete als Beispiel anführen? . . .

Später beteiligt sich der Patient X am Gespräch

X.: Nein, andere Leute wie Sie, die eine Arbeit gut verrichten, sind genau wie Sie irritiert – vor ein paar Jahren hatten meine Freunde ein Boot, nicht wahr . . . zwei waren sehr auf Draht, die anderen waren larifari. Gut, sie haben sich darüber gestritten . . . eine schlechte Freundschaft . . . weil zwei von unserer Art sich deswegen absonderten und zwei von uns sich um nichts kümmerten, aber mein Freund und ich waren so richtig zwei Perfektionisten . . .

U.: Wenn es einen Sinn hat, eine Arbeit zu verrichten, dann sollte man sie richtig tun.

Ein späterer Gesprächsausschnitt

M.: Nun, weil ich glaube, die Einstellung meiner Eltern ist extrem nachlässig und . . .

Dr.: Sie meinen, Sie wollen es besser machen? Leiden Sie unter Ihren Eltern? M.: Ich weiß nicht, was Sie meinen: »Leiden Sie unter ihnen«

. . .

Dr.: Warum? Sie sagen, der Grund weswegen Sie über Ihre Eltern klagen, in diesem Fall über Ihre Mutter, ist, daß sie sich nicht genügend Mühe gibt und deswegen wollen Sie alles so perfekt machen.

M.: Ja.

Dr.: Wie meinen Sie das?

M.: Ich weiß es nicht. Ich glaube, ich halte sie in einer gewissen Hinsicht für nachlässig und lieblos – einfach weil sie mich irritiert, wenn Sie verstehen, was ich meine. Es reizt mich, weil ich glaube, daß sie lieblos ist.

Dr.: Sie werden gereizt, wenn Sie lieblos ist.

M.: Ja, wahrscheinlich.

Dr.: Ist es das, was Sie wirklich fühlen?

M.: Bei fast jedem Anlaß, wenn ich gereizt werde, denke ich, daß jemand . . . Ich weiß nicht, ich fühle mich verfolgt, aber . . .

Dr.: Würde das bedeuten, daß Sie andere Leute nicht reizen wollen?

M.: Ja, wahrscheinlich . . . Ich will Leute zufriedenstellen, ich will zu den Leuten nett sein, wenn ich das Gefühl habe, daß ich es nicht geschafft habe, stört es mich sehr . . .

Dr.: Andere Leute außer Ihrer Mutter reizen Sie aber weiter . . .

M.: Nicht im gleichen Maße . . .

usw.

Etwas später . . .

E.: Ach, ja, ich hatte Magenkrämpfe und Durchfall und fühlte mich schrecklich elend und ich hatte früh am Morgen gebrochen.

Dr.: War es gerade an jenem Freitag?

E.: Es war ungefähr am frühen Freitagmorgen. Viele waren in der Schule krank. Ich kam nicht, deswegen nicht, weil ich nicht wollte . . . oder so etwas.

Dr.: Das ist nicht so einfach. Sehen Sie, wir müssen annehmen . . . wir können kein Vorkommnis auslassen . . . weder im körperlichen Bereich noch bei der Arbeit . . . und dort aufhören. Ansonsten gehen die ganzen Probleme an uns vorüber . . . Sie verstehen, was ich meine. Ich behaupte ja nicht, daß Sie nicht kommen wollten . . . nicht auf so einfache Weise, sondern ich sagte nur, als Sie hereinkamen, daß, wenn Sie imstande sind – selbst wenn Sie körperlich krank sind, oder es zu sein meinen – wenn Sie kommen können, dann tun Sie es . . . selbst wenn Sie sich für zu krank halten und nicht können . . . Sie merken, daß ich ziemlich engagiert bin . . . ein typischer Fall steht zur Debatte . . . Sie sehen, daß Fräulein Y nicht gekommen ist, weil sie eine Erkältung hat . . . und es wäre sehr wichtig, wenn sie hier wäre . . . nicht wahr? Sie weiß, daß sie sich erkälten kann, wenn sie etwas bedrückt . . .

E.: Hat sie das gesagt?

Dr.: Nein . . . sie hat sich nicht hingesezt und gesagt ›Ich will mich erkälten‹, aber sie erkältet sich . . .

E.: Als ich im Krankenhaus war, habe ich diese Ärztetheorie mehrmals gehört . . . daß Sie eine Erkältung haben, weil Sie nicht nach Hause wollen, um Ihre Eltern zu besuchen und Sie können dieses oder jenes daraus entwickeln, und ich habe gesehen, wie ein starker Grippeanfall sich daraus entwickelte . . . daß sie einen Spezialisten von auswärts holen mußten und ich wette, es wurde nicht verursacht, weil dieses Mädchen sich erkälten wollte und sich eine Grippe zuziehen wollte . . . Ich habe allerlei Dinge passieren sehen . . . Ich weiß, Krankheiten können zu einem gewissen Grad psychosomatisch sein, aber ich glaube nicht, daß man das durch's Los entscheiden kann . . . Ich glaube nicht, daß Erkältungen, ich bin sicher, daß sie es nicht sind . . .

Ich hoffe, dieser Ausschnitt vermittelt eine Vorstellung darüber, wie diese Gruppen sich im Anfangsstadium entwickeln und wie sie gleich zu Anfang in die richtige Atmosphäre eingeführt und dahingehend beeinflußt werden, alles von einem psychologischen Blickwinkel aus zu betrachten, wie die Person als Ganzes beteiligt ist. Der Patient arbeitet sich auch in die Umstände ein, denen er begegnet und die er akzeptieren muß, und macht sich mit Anforderungen vertraut, die an seine Teilnahme gestellt werden, wenn sie erfolgreich sein soll.

Hoffentlich erhellt diese kleine Skizze und die Ausschnitte aus solchen Interviews, wie eine Einstimmung auf Grundsätze und Gesamtklima, Bedingungen und Voraussetzungen, worauf wir später im einzelnen zu sprechen kommen, erfolgt. Kurzum, man erteilt keine Befehle, Anweisungen oder Bedingungen, sondern die Gruppe wird bei sich bietender Gelegenheit darauf hingeleitet, Verständnis zu entwickeln.

3.1.5. Psychodiagnostische Arbeitsberichte

Ich lege im folgenden einen kurzen Ausschnitt eines Experiments vor, das aus experimentellen Gründen auf vier Patienten beschränkt war, mit denen ich jeweils eine Stunde verbrachte. Diese Beispiele sollen zeigen, wieviel dynamische Information auf einer einführenden Gruppensitzung gewonnen werden kann. Der Zweck war rein psychodiagnostisch, zugleich ein didaktischer für die Studenten, die den Ablauf durch eine Einwegtrennwand beobachten konnten.

Jede Woche trafen sich vier völlig unbekannte Patienten in einer Gruppe für eine Stunde. Ich hatte über sie keine vorherige Information. Dr. Vernon, ein erfahrener Psychoanalytiker und Psychiater, sah jeden Patienten persönlich eine Viertelstunde lang. Wir machten unsere Beobachtungen getrennt voneinander und unsere Vereinbarung sah vor, daß dieselben vier Patienten zuerst in der Gruppe und später zum persönlichen Interview kamen und das wöchentlich in umgekehrter Reihenfolge. Auf diese Weise untersuchten wir an die hundert Patienten und die angeführten Beispiele bieten einen repräsentativen Querschnitt.

Der Entwurf für den ursprünglichen Plan sah so aus:

Vorschlag für das gruppendiagnostische Interview:

Der zugewiesene Arzt soll den Patienten das Verfahren nach den folgenden Richtlinien erklären: »Wir haben einen Gastarzt hier und wir halten es für nützlich, wenn Sie mit ihm zusammentreffen würden. Er sieht gerne mehrere Patienten auf einmal. Es könnte sein, daß einige unserer Studenten dieses Interview durch die Einwegtrennwand beobachten.«

Dr. Foulkes wird das Interview für etwa 45 bis 60 Minuten leiten und am Schluß sollen die Krankenschwestern oder Studenten die Patienten zu den

Stationen zurückführen. Dr. Foulkes wird sich dann ins Beobachtungszimmer begeben und sich mit der Gruppe treffen, um seine Beobachtungen und Schlußfolgerungen über die wahrscheinliche Psychodynamik des einzelnen Patienten zu diskutieren. Es empfiehlt sich, die Bemerkungen von Dr. Foulkes oder von irgendwelchen anderen Teilnehmern auf Tonband festzuhalten. Die Absicht ist, einen Vergleich zu ziehen zwischen den Schlußfolgerungen von Dr. Foulkes und denjenigen von Anstaltsärzten und anderen, die direkt mit den Patienten in den vorangegangenen Tagen oder Wochen gearbeitet haben. Anstaltsärzte sollen über Beobachtungen des Verhaltens ihrer Patienten in der Gruppe und dessen Zusammenhänge mit dem ihnen schon bekannten Verhalten berichten.

Ein wichtiger Aspekt dieser Studie ist selbstverständlich das Training, das die Beobachtung von Dr. Foulkes' Arbeit mit sich bringt; man lernt auch, wie er zu seinen Schlußfolgerungen gelangt. Die Forschung ist außerdem noch ein weiterer Aspekt. Dr. Foulkes will die gruppendiagnostischen Schlußfolgerungen mit den bereits mittels der üblichen Methode gewonnenen vergleichen. Es muß betont werden, daß es ihm mehr um den intrapsychischen Prozeß und natürlich die Gruppenprozesse als um diagnostische Klassifizierung geht. Als Teil des Forschungsaspektes dieses Programms werden eine oder mehrere Personen mit Dr. Foulkes zusammenarbeiten, um die Schlußfolgerungen zu vergleichen. Das wird wahrscheinlich eine Nachstudie über die Patienten einschließen und jeden Tag wird versucht, die während der Morgensitzung gesammelten Eindrücke aufzuzeichnen.

Als wichtigen Bestandteil betrachteten wir das regelmäßige Ausfüllen eines von uns entworfenen Fragebogens für die Gruppen- bzw. Einzelinterviews.

Im ganzen bestand kein Zweifel am diagnostischen oder didaktischen Wert solcher Sitzungen. Die Ergebnisse bestätigen, daß das Gruppeninterview für die Exploration relevanter *Tatsachendaten* über Patienten nicht so zuverlässig war. Sie war aber nach übereinstimmender Meinung produktiver für *psychodynamische* Informationen, die beim Auswählen, bei Prognosen und der Empfehlung von Behandlungsmethoden von Bedeutung waren. Nur ein kleines Fragment dieses Materials, das sich in meinem Besitz befindet, kann hier herangezogen werden, um die Ergiebigkeit an klinischer, prognostischer und in Auswahl relevanter Information zu demonstrieren, die innerhalb eines so kurzen Zeitraums wie einer Stunde für vier Patienten, bzw. durchschnittlich einer Viertelstunde für einen Patienten, erzielt wurde.

Bitte beachten Sie die verschiedenen Fragebögen zur Erfassung unterschiedlicher Fälle:

- (1) Beispiel für eine den Studenten unmittelbar gegebene vorläufige Formulierung, als ein kurzer vorläufiger Bericht für jeden Patienten, in kürzerer Form als bei späteren Fragebögen.
- (2) Beispiel für einen Fragebogen über eine Einzelperson aus einer Gruppe, ausgefüllt nach der Gruppensitzung.
- (3) Vier Beispiele für Fragebögen über zwei Männer und zwei Frauen aus verschiedenen Gruppen, die einige interessante Merkmale

zeigen. Die Namen sind geändert und Angaben zur Person weggelassen.

Vorläufige Formulierungen – Diagnostisches Gruppeninterview

Dr. Foulkes' Bemerkungen zu den Studenten, die zugeschaut hatten:

Zuvor muß ich einige allgemeine Bemerkungen machen, weil sie sich auf alle Patienten beziehen, das Gesamtbild beeinflussen und die Erwartungen einschränken. Diese Patienten hatten ein gemeinsames Merkmal: Sie waren Frauen des mehr oder weniger konversions-hysterischen Typs, die sich zusätzlich am Anfang der Behandlung und der Übertragungssituation befanden; einige schienen mir schon länger in Behandlung zu sein. Es ist möglich, von diesem Typ von Patient ganz blockiert zu werden, wenn sie sich, obwohl unbewußt, bei ihrer Abwehr alle zusammentun und, sozusagen, die Oberhand gewinnen. Sie zeigen alle eine Art lächelnder Unverbindlichkeit in Selbstgefälligkeit und sie entwickeln gemeinsam eine zu starke Abwehr, wie Sie sehen konnten. Diejenigen, die das letzte Mal hier waren, dürften gemerkt haben, daß sie andererseits sehr zögernd miteinander in Kontakt kamen; sie saßen da, ohne voneinander Notiz zu nehmen. Aus Angst machten sie, oder wenigstens einige von ihnen, das Schlimmste aus der Situation, was auch ansteckend ist. Nach einiger Zeit beruhigten sich die Patientinnen und tauten auf. Das andere wichtige Element war die relativ fortgeschrittene Behandlungssituation, die sich in folgenden Verhaltensweisen bemerkbar machte: mangelnde Bereitschaft vorbehaltlos mitzumachen, keine Einsicht in die Notwendigkeit ihres Besuchs und Gesprächs und keine Bereitschaft gewisse Dinge offen darzulegen. Ich erwähne diese und andere Merkmale, die es schwierig machen, eine derartige Gruppe zu beleben. Im ganzen besehen erscheint mir das Resultat mager zu sein.

Nun zu *Frau Salter*: Sie hat Schwierigkeiten mit ihrem Herz. Sie ist imstande sich mitzuteilen, wenn auch auf beschränkte Art. Dabei geht sie auch auf Einzelheiten ein, die von unserem Standpunkt irrelevant sind, z. B. wie viele Spritzen sie in der letzten Zeit bekommen hat, usw. Im übrigen reagieren alle auf die Behandlung, es geht ihnen augenfällig besser und ihnen wird durch Behandlung geholfen. Gleichzeitig hat man aber das Gefühl, daß sie sich in recht beständiger Weise auf Widerstand und Abwehr eingestellt haben, worüber sich einige im klaren sind, andere weniger. Das Verlangen nach Bestätigung ist in allen sehr stark. Frau Salter scheint die wirklichen Hintergründe bei der Schilderung ihres Lebens zu verschweigen. In dieser Hinsicht konnten wir nichts aus ihr herausholen. Statt dessen zielt sie auf irgendwelche Situation, man kann nur vermuten worauf, und es ist charakteristisch, daß sie sich nicht veranlaßt fühlt (noch kann ich sie unter den Umständen hierzu veranlassen) mehr darüber zu erzählen. So ruft sie lediglich irgendeine angsterzeugende Situation aus der Vergangenheit ins Gedächtnis, die wahrscheinlich mit der sexuellen Sphäre in Verbindung steht. Das könnte wohl zutreffen und von erheblicher Bedeutung sein im Zusammenhang mit einem gewissen Maß an Frigidität und unerfüllter, frustrierter Erregung. Das ist mehr oder weniger Mutmaßung aus der Erfahrung. Ich glaube, sie hat sich nicht sehr verändert und lebt mehr von der Bestätigung, daß die Ärzte nichts außer einem positiven psychologischen Befund entdeckt haben. Sie sagt, ihre Herzsymptome gehen weiter und ich glaube, das fällt mit ihrem Vermeiden zusammen, die therapeutische Situation mit ihren *wirklich* persönlichen Dingen zu verbinden. Ich bin

gar nicht so sicher hinsichtlich des Verhältnisses zu ihrem Mann. Die bedeutendste Äußerung, die sie machte, war schließlich, daß es viel besser wäre, wenn es nur mit einer Tablette geheilt werden könnte.

Frau Frampton ist ein weiterer Fall. Sie ist viel engagierter, reagiert mehr und könnte Fortschritte machen; sie wäre auch für eine intensive Psychotherapie geeignet. Ihr Fall ist verhältnismäßig klar herausgekommen. Sie ist ängstlich, wie es alle waren. Sie ist besser daran. Sie scheint ein wirklich gutes Verhältnis zu ihrem Mann zu haben; in ihrer stummen Art von Zustimmung war sie positiver als die anderen mit ihren Beteuerungen, aber sie ist offenbar in einen tieferen Konflikt verstrickt. Ich entnehme es wenigstens aus ihren Worten, daß es mehr gibt als nur den Streß und Anstrengung bei der Pflege ihrer Mutter usw. Es bestehen also Konflikte und Ängste im Zusammenhang mit ihrem Vater und Mutter, die eine große Rolle spielen. Sie ist offenbar am Scheideweg, denn sie sagte anfänglich, es sei alles Streß und Anstrengung und sie versuche, sich daraus zu lösen. Wie ich es sehe, sind Widerstandsverhalten und Verneinung stark und in allem ausgeprägt. Wahrscheinlich ist sie auf dem richtigen Weg um sich helfen zu lassen; ihr ist offensichtlich bereits geholfen worden und es sollte womöglich tiefer gehen. Sie sollte mehr profitieren und mehr Verständnis finden als bisher.

Frau Waley: – ja, da gibt es kein großes Problem. Sie hat Angstmerkmale, hysterische Merkmale, ist ängstlich, beruhigt sich, hat wahrscheinlich, sozusagen, eine gute Schau abgezogen, ein gutes Porträt ihres allgemeinen Verhaltens bei gesellschaftlichen Anlässen, und auch in ihrem ganzen Leben, kann ich mir vorstellen. Sie ist aber sehr auf ihrer Hut, aber es könnte möglicherweise mehr dahinter stecken als ich herausholen konnte, aber es ist nicht sehr ausgeprägt, wegen Menschen, gesellschaftlicher Angst, wie sie sagt. Ich würde sagen, sie ist ganz glücklich beim Verdrängen und Verleugnen, aber es geht ihr entschieden besser und man könnte sie wohl dabei belassen. Sie ist ohne viele Konflikte ganz zufrieden, will nach Hause und alles besser machen. Oberflächlich gesehen wäre ihre Prognose gut. Es wird bei ihr, wie bei den anderen, anders aussehen, wenn man in die Tiefe geht.

Frau Lane ist der subtilste und ergiebigste Fall. In diesem Sinne sind Frau Frampton und sie anders zu beurteilen als die beiden anderen. Sie haben entsprechend mehr offene Symptome. Sie hat einige Angst- und gewisse Depressionsmerkmale, vielleicht auch noch Hypomanie, aber diese ist nur leicht angedeutet, soweit ich sehen konnte. Ihr Kontakt ist gut, sie war bei ihren Reaktionen auf die anderen auf der Hut. Mehr als man in dieser Situation erwarten dürfte, reagierten alle auf diese Art. Dann wieder schwankt sie zwischen Anerkennung und Vertuschen der Realität, indem sie sagt »ich bin ja so krank«, usw. Es gibt, wie ich sagte, Selbstvorwurfsmechanismen in einem depressiven Sinne; manchmal glaubt sie, es ginge denen zu Hause besser ohne sie. Ich glaube, sie hat gezeigt, daß sie irgendeinen Ehekonflikt hat, obwohl sie das aus offenkundigen Gründen verleugnet. Sie nehmen sich alle voreinander in acht. Es gibt noch zwei wichtige Merkmale, die ich vielleicht im Zusammenhang mit ihr erwähnen will. Das eine: sie hat eine große Menge kontrollierter und verdrängter Aggressivität und Feindlichkeit, derer sie sich nicht bewußt ist. Das andere Merkmal war ihre seltsame Neigung in Kichern auszubrechen, wenn man sie nach ihrem ersten und zweiten Arzt fragte. Ich vermute, daß es da ein Übertragungsproblem gibt, das sie veranlaßte, wieder das Krankenhaus aufzusuchen.

Vorläufige Berichte aus der diagnostischen Gruppe

(1) Frau Salter

Beobachtung: Beschreibt ihren Herzanfall, dem Schwindelanfälle eine Woche bis etwa einen Monat früher vorangegangen waren. Nach einer medizinischen Untersuchung wurde sie hierhergeschickt. Sie ist darum besorgt, daß die Erzählung ihrer Geschichte die anderen stören könnte. Es stellt sich heraus, daß sie selber etwas Angst vor psychischem Kontakt hat. (Die Bemerkungen über die Gruppe bezüglich ihrer allgemeinen Abwehr.)

Kontakt: Befriedigend. Gegenüber dem Therapeuten zurückhaltend, gegenüber anderen freier. Später hört sie aufmerksam zu.

Untersuchung: Sie verbindet eine Geschichte intimer Natur mit ihren Anfällen, die sie aber nicht enthüllen möchte. Ihr Vater starb an einem Herzleiden, als sie 12 war. Sie hat noch beträchtliche Symptome.

Psychopathologisch: Sie zeigt hypochondrische Befürchtungen und agiert vorwiegend auf Regressionsstufen, besonders oralen (narzißtischen mit Bereitschaft zur primitiven Identifikation). Ihre Einsicht ist nur partiell. Ihre Stimmung ist etwas besser dank der Versicherung der Mediziner hinsichtlich eines Mangels an Befunden.

Geisteshaltung: Es ist charakteristisch für ihre Einstellung, daß sie eine Heilung durch Tabletten vorziehen würde.

Diagnose: Konversionshysterie.

Prognose: Symptomatisch-befriedigend.

Psychotherapie: Müßte nach analytischen Richtlinien intensiv sein, vorzugsweise persönlich, aber es könnte sein, daß ihre Einstellung und Defensivität zu sehr im Wege stehen.

Bemerkungen: Benutzt Übertragung mit ihrem Arzt als Abwehr in dieser Situation.

(2) Frau Frampton

Beobachtung: Ängstlich und furchtsam. Sie hatte sich vor der geistigen Umnachtung gefürchtet. Sie konnte weder einfache Sachen denken noch sie verrichten, aber sie ist bereit, dies als Ergebnis des Stresses und der emotionalen Anstrengung, die in Verbindung mit einer Anzahl von Erkrankungen in ihrer nahen Verwandtschaft stehen, zu akzeptieren.

Kontakt: Gut gegenüber Therapeuten. Gegenüber den anderen befriedigend.

Untersuchung: An Krankheiten ist das Krebsleiden der Mutter, woran diese auch schließlich starb, bedeutsam. Sie scheint sich Verständnis für die auf den Tod der Mutter bezogenen Gefühlskonflikte angeeignet zu haben.

Psychopathologisch: Einige hypochondrische Befürchtungen sind vorhanden, daß irgendetwas mit ihr innerlich nicht stimmt. Drückt auch Zweifel und Wunsch aus nach erneuter Versicherung seitens ihres Arztes. Wahrscheinlich besteht ein Identifikationsproblem mit dem Krebs ihrer Mutter.

Diagnose: Hysterischer Zustand mit ausgeprägter, tiefsitzender Angst.

Prognose: Gut.

Psychotherapie: Müßte verhältnismäßig intensiv und ausgedehnt sein, wenn sie ihre Störung auf tieferen Ebenen ändern soll. Das könnte in einer analytischen Gruppe geschehen, was hilfreich sein könnte bei einer Behandlung ihrer starken narzißtischen Komponente, die gegenwärtig als Hindernis wirkt.

Bemerkungen: Siehe zu Transfer usw. die allgemeinen Bemerkungen hierüber.

Gruppendynamik: Sie nimmt wahr, was bei den anderen vorgeht, aber sie ist

anscheinend sehr mit sich selbst beschäftigt, was ihrer emotionalen Teilnahme entgegen wirkt.

(3) Frau Waley

Beobachtung: Sehr ängstlich in der gegenwärtigen Situation. Durch Zuspruch beruhigt sie sich zusehends. Ausgesprochen defensiv; nähert sich ungerne. Sie erzählt jedoch, daß sie sich seit einem Jahr krank fühle; sie wäre aber stets leicht aus dem Gleichgewicht gekommen; sie hätte Phasen gehabt, in denen sie nicht schlafen konnte, weil andere Dinge sie beschäftigten, derer sie sich nicht entledigen konnte.

Kontakt: Befriedigend; zurückhaltend gegenüber dem Therapeuten und den anderen.

Untersuchung: Sie hat anscheinend eine chronische Befürchtung sich gegenüber Menschen zu öffnen, was sie nur langsam überwinden kann. Die Ärzte halfen ihr viel, indem sie mit ihr sprachen, und sie fühlt sich mit ihren Verdrängungen jetzt ganz glücklich.

Psychopathologisch: Ist immer sehr nervös gewesen. Ähneln der Mutter. Es schien hinter ihrer gesellschaftlichen Angst mehr zu stecken, was aber wegen ihrer ablehnenden Haltung nicht hervorgeholt werden konnte.

Diagnose: Hysterie.

Prognose: Oberflächlich gut. Es geht ihr besser und sie freut sich, wieder bei ihrem Mann zu sein.

Psychotherapie: Sie bietet beträchtlichen Widerstand und ist gegenüber einer analytischen Untersuchungsmehtode nicht sehr zugänglich.

Später enthüllte die Diskussion, daß es eine psychotische Episode gegeben hatte, aber seitdem sie ins Krankenhaus kam, bot sie das gleiche Bild wie oben. Aus Gründen, die mit der Zusammenstellung dieser Gruppe zusammenhängen, war das vorher nicht ermittelt worden (siehe meine allgemeinen Bemerkungen). Andererseits ist es interessant, daß auf der Aufnahme eine Passage vorkommt, die ich nicht wahrgenommen hatte, in der sie beschreibt, wie sie wegen bedrückender Gedanken nicht schlafen konnte. Hätte ich diese Bemerkung gehört, hätte ich wahrscheinlich weiter nachgeforscht und einige Hinweise auf die potentielle tiefere Störung hervorholen können. Ich hatte zweimal eingeworfen »mehr dahinter« in Bezug auf ihre gesellschaftliche Angst sowie auch auf ihre Schilderung einer allgemeinen Störung, aber sie ging darauf nicht ein.

Frau Lane

Beobachtung: Sie zeigt deutlich ihre Ängstlichkeit sowie auch ihre Bereitschaft, sich durch Gespräche davon zu befreien. Dieses beurteilt sie selber als ein Symptom. Sie erzählt eine lange Geschichte über ihren Mangel an Energie, wie sie einmal so schwach war, daß sie ein Streichholz nicht anzünden konnte. Ihre Mutter mußte sie füttern und Vater und Mann sie im Bett umdrehen. Die Psychiatrie wäre wunderbar und wenn sie es vor drei Jahren nur gewußt hätte, wäre sie heute nicht da. Später noch sagte sie gleichzeitig, sie wüßte nicht, wie krank sie wäre, sie hätte nur eine Ahnung von ihrer Krankheit und es gäbe noch einen langen Weg zur Besserung. Es scheint, daß die anderen ein bestimmtes Gefühl teilen, ein zweites Mal hierherkommen zu müssen. Wenn man sie in diesem Zusammenhang über ihre Ärzte fragt, kichert sie etwas unbeherrscht, aber lehnt es ab, auf die Gründe dafür einzugehen.

Kontakt: Gut. Gegenüber dem Therapeuten zunehmend positiv. Gegenüber den anderen gut.

Untersuchung: Siehe obige Bemerkungen. Es gibt auch Hinweise, daß sie zu viele Beruhigungstabletten einnimmt und sie hält sich selber für etwas süchtig. Sie wirft ihrem ersten Arzt unbedingt Schuld vor. Depressive Merkmale, wie z. B. Apathie, kommen zum Vorschein. Sie hat manchmal das Gefühl, daß es ihrer Familie ohne sie besser ginge (sie weint dann ein wenig) und es gibt Hinweise, daß bei ihrer Einlieferung gesteigerte Depression vorhanden war. Sie sprach nicht von Drogen in diesem Zusammenhang, aber eine spätere Diskussion mit den Ärzten enthüllt, daß sie in der Tat eine Überdosis von Drogen eingenommen hatte.

Psychopathologisch: Persönlichkeitsstörung mit depressiven Merkmalen. In früher Entwicklung Belastungen durch Alkoholismus der Mutter und im Verhältnis zu den Eltern. Leugnet Ehekonflikt, aber erklärt wiederholt, daß die Ärzte sie viel besser als ihr Mann verstünden, obwohl sie glaubt, das habe sich nun geändert. Etwas Neigung zur Sucht. Ihre Einstellung in Bezug auf Annäherung an ihre Probleme und auf Erlangung von Einsicht ist gut.

Diagnose: Hysterische Persönlichkeit mit depressiven Merkmalen.

Prognose: Bei Anwendung von Psychotherapie gut.

Psychotherapie: Müßte hier nach analytischen Richtlinien entweder persönlich oder in einer Gruppe von Nutzen sein, aber würde wahrscheinlich eine tiefe Analyse der Übertragungssituation einschließen.

Bemerkungen: Übertragungsphänomene scheinen nicht untersucht worden zu sein; vielleicht mit Recht, da dies eine beträchtliche Durcharbeitung eingeschlossen hätte. Die Alternative wäre, ein Abhängigkeitsverhältnis fort dauern zu lassen und es zeitweilig bei Krisen als ein fragmentarisches Hilfsmittel zu benutzen.

Gruppendynamik: Siehe meine allgemeinen Bemerkungen.

Ein Vermerk über die Gruppe als Ganzes (eine Sitzung)

Diese Gruppe war sehr interessant, weil zwei leicht hypomanische Patienten, Fräulein Green und Herr Wharton sehr bereitwillig auf Gespräche reagierten. Das beeindruckte den sehr deprimierten und zurückgebliebenen Herrn Harden nicht, obwohl er ein- oder zweimal deutlich reagierte.

Mrs. James aber, die in einem vollkommen anderen Stadium der Depersonalisation und Derealisation nach einem schwerwiegenden traumatischen Verlust war, reagierte nach einer langen Pause und schloß sich sehr produktiv an. Die Gruppe belebte sich und wurde dramatisch, manchmal fast komisch, insbesondere wie Herr Wharton alles nachsprach, was Fräulein Green sagte, und die beiden das teilweise kommentierten, was Frau James sagte.

Die drei reagierten ab und zu wie ein Chor auf die spärlichen Äußerungen von Herrn Harden. Als er über den Verlust seiner Frau sprach, z. B. besprachen sie untereinander Schuldgefühle und schlechtes Gewissen usw., oder als er erwähnte, er könnte nicht schlafen.

Ein interessantes Merkmal war die Kommunikation zwischen den Patienten, wie sie Antworten provozierten, sei es als gefällige Identifikation oder auch als Widerspruch. Manchmal wurde neues Material zu Tage gebracht, z. B. die Information von Fräulein Green, daß ihr Zustand seit dem Tode ihres Vaters besteht, usw.

Nachruf auf S. H. Foulkes (1898–1976)

Am 8. Juli 1976 verstarb in London völlig unerwartet im Alter von 77 Jahren einer der Pioniere der analytischen Gruppenpsychotherapie, der Begründer der Gruppenanalyse *S. H. Foulkes* während einer Seminarveranstaltung.

S. H. Foulkes wurde 1898 in Karlsruhe geboren. Nach dem Studium der Medizin in Heidelberg, München und Frankfurt spezialisierte er sich ab 1923 auf dem Gebiet der Neurologie bei *Kurt Goldstein* in Frankfurt und in Wien bei *Plözl* in Psychiatrie. Schon in dieser Zeit interessierten ihn in erster Linie die psychologischen Zusammenhänge, die er hinter den vielfach unerklärlichen psychopathologischen Zustandsbildern vermutete.

In Wien erhielt *S. H. Foulkes* auch seine psychoanalytische Ausbildung: Seine Lehranalytikerin war *Helene Deutsch*, sein Kontrollanalytiker *Hermann Nunberg*.

Während dieser Zeit (1925–1930) kam er mit vielen später bedeutenden Psychoanalytikern des deutschen Sprachraumes in engen Kontakt (*Paul Schilder*, *Robert Waelder*, *Heinz Hartmann*, *Siegfried Bernfeld*, *Ernst Kris*, *Erik Homburger Erikson*, *Anni* und *Wilhelm Reich*, *Erich Fromm*, *Frieda Fromm-Reichmann* und natürlich vor allem: mit *Sigmund Freud*).

Nach der Gründung des psychoanalytischen Instituts in Frankfurt im Jahre 1930 durch *Karl Landauer* und *Heinrich Meng* übernahm *S. H. Foulkes* 1931 die Leitung der diesem Institut angegliederten Klinik. Frankfurt war damals die Hochburg der Sozialwissenschaften: Er lernte dort u. a. *Karl Mannheim*, *Norbert Elias* und den Kreis um *Max Horkheimer* kennen.

Als sich die Situation in Deutschland zuspitzte, emigrierte *S. H. Foulkes* 1933 auf persönliche Einladung von *Ernest Jones* nach London. Er wurde dort Dozent und Lehranalytiker am psychoanalytischen Institut, an dem damals u. a. *Edward Glover*, *James Strachey*, *Melanie Klein* und *Anna Freud* lehrten. Nach einiger Zeit kühlte sich jedoch das Verhältnis zwi-

schen *Ernest Jones* und *S. H. Foulkes* merklich ab, als deutlich wurde, daß *Foulkes* – angeregt durch Arbeiten von *Trigant Burrow* – sich zunehmend für die psychische Dynamik in Kleingruppen interessierte.

1941 begann *S. H. Foulkes* in seiner Privatpraxis mit Gruppen zu arbeiten. Als Wehrmachtspsychiater führte er ab 1942 in Northfield, dem damaligen Zentrum für die Ausbildung von Militärpsychiatern, in großem Umfang Gruppenarbeit auf analytischer Basis ein. Dort entwickelte er auch die Idee des Krankenhauses als therapeutischer Gemeinschaft. *Karl Menninger*, der ihn während dieser Zeit besuchte, hat später in den USA diesen Gedanken in die Tat umgesetzt und zu einer weiten Verbreitung verholfen.

Bereits 1944 stellte *Foulkes* seine inzwischen gereiften Ideen einer breiteren Leserschaft vor. Angeregt durch die holistische Betrachtungsweise seines Lehrers *Kurt Goldstein*, durch den engen Kontakt mit Vertretern der Gestaltpsychologie in Frankfurt, und nicht zuletzt durch *Trigant Burrow* entwickelte er seine grundlegenden Ideen zur psychischen Dynamik in Therapiegruppen: Die Teilnehmer übertragen nicht nur individuell auf den Gruppenleiter und versuchen, untereinander und gegenüber dem Therapeuten spezifische Weisen des Verhaltens wieder in Szene zu setzen; sie schaffen darüber hinaus in der Gruppensituation ein jeweils spezifisches Netzwerk von bewußten und unbewußten Beziehungen, an dem auch der Gruppenleiter teilhat. Der Bezugsrahmen der Betrachtung ist nicht mehr in erster Linie die Psychodynamik einzelner auf dem Hintergrund ihrer Biographie, sondern die Beobachtung und Klärung des Beziehungsgefüges, das in der Gruppe konkret entsteht. Nach *Foulkes* wird die Bedeutung des individuellen Verhaltens in der Gruppensituation nur hinreichend einsehbar, wenn es auf dem Hintergrund der Gesamtsituation der Gruppe betrachtet wird. Diese Methode der Analyse und Behandlung, in der das bewußte und unbewußte Geschehen im Hier und Jetzt der Gruppe für die Therapie besondere Bedeutung gewinnt, nannte *Foulkes Gruppenanalyse*.

1948 schrieb *Foulkes* – gedrängt von vielen Kollegen – in der kaum glaublichen Zeit von drei Wochen seine »Introduction to Group Analytic Psychotherapy«. Daran schloß sich 1952 die Gründung der Group Analytik Society in London an, deren Präsident *Foulkes* bis 1970 war. 1957 veröffentlichte er gemeinsam mit *E. J. Anthony* das Buch »Group Psychotherapy – the Psychoanalytik Approach«, das wie viele seiner Arbeiten in mehrere Sprachen übersetzt wurde. In diesem Buch arbeitete er sein zentrales Konzept des »transpersonalen Beziehungsgeflechts in Gruppen« bzw. der »Gruppenmatrix« weiter aus: Er versteht darunter nicht eine Art »psychischen Organismus«, der relativ einheitlich reagiert und quasi als »Person« dem Gruppenleiter gegenübersteht (eine Auffassung, die manche Vertreter aus der *Bionschen* Schule verfechten), sondern vielmehr das Gesamt

der aufeinander bezogenen Beiträge der Gruppenmitglieder zu dem jeweils sich einspielenden »Thema« oder dem gemeinsamen Gruppenproblem. In der Gruppenanalyse geht es vor allem darum, das jeweilige – den Teilnehmern weitgehend unbewußte, aus den Kommunikationsprozessen in der Gruppe aber erschließbare – gemeinsame Probleme der Gruppe in eine Sprache zu übersetzen, die alle verstehen. D. h., es geht um die Vergrößerung des Bereiches der in der Gruppe verbal kommunizierbaren, bislang aber unbewußten gemeinsamen Versuche, bestimmte Probleme anzugehen oder abzuwehren.

Foulkes hat sich Zeit seines Lebens als orthodoxer *Freudianer* verstanden. Gerade als solcher aber hat er sich genötigt gesehen, eine Reihe neuer Konzeptionen einzuführen, da die Termini der klassischen psychoanalytischen Zweierkonstellation den spezifischen psychodynamischen Prozessen in Kleingruppen nicht gerecht wurden. Seit 1944 hat *Foulkes* in vier Büchern und etwa 50 Aufsätzen eine differenzierte und vielschichtige Theorie der Gruppe entwickelt, zuletzt in seinem praxisnahen Buch »Group Analytic Psychotherapy: Method and Principles« (1975). Sein vorzeitiger Tod verhinderte, daß er selbst das Fazit seiner Arbeit in einem geplanten systematischen Werk ziehen konnte.

S. H. Foulkes ist mit der von ihm erarbeiteten Theorie der Gruppenanalyse nicht nur einer der Pioniere der analytischen Gruppenpsychotherapie gewesen, sondern auch zum Begründer einer originären analytischen Theorie der Kleingruppe (der analytischen Gruppendynamik) geworden.

Im angelsächsischen Bereich war *Foulkes* bereits in den fünfziger Jahren recht bekannt. Die Zahl derer, die sich für seine Gedanken interessierten, wurde bald so groß, daß er 1968 die ausgesprochen praxisnahe Zeitschrift »Group Analysis« gründete, die den unmittelbaren Austausch von Erfahrungen und Konzepten aus dem Bereich der Gruppenanalyse besonders fördert. Bei uns wurden seine Gedanken in nennenswertem Umfang erst durch die 1974 auf Anregung und Unterstützung von *Annelise Heigl-Evers* erschienene Aufsatzsammlung über »Gruppenanalytische Psychotherapie« einem breiteren Leserkreis zugänglich.

Foulkes kam schon früh zu der Überzeugung, daß die Psychoanalyse in ihrer klassischen Form als Methode der Forschung und als Behandlungsmethode in nicht allzuferner Zukunft durch die Gruppenanalyse abgelöst werden wird. Er hat sich damit wissenschaftlich und wissenschaftspolitisch auf eine institutionell recht ungesicherte Position begeben. Vieles in unserer psychotherapeutischen und psychoanalytischen Landschaft deutet darauf hin, daß gruppenanalytische Überlegungen und Arbeitsweisen tatsächlich in Therapie und Forschung zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Dieter Sandner