

Asya L. Kadis
Jack D. Krasner
Myron F. Weiner
Charles Winick
S. H. Foulkes

Praktikum der Gruppenpsychotherapie

Nach der zweiten amerikanischen Auflage
übertragen von Hans Lobner
ergänzt und herausgegeben von Peter Kutter

problemata
frommann-holzboog

90

Herausgeber der Reihe „problemata“: Günther Holzboog

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Praktikum der Gruppenpsychotherapie /

Asya L. Kadis ... Nach d. 2. amerikan. Aufl. übertr. von Hans Lobner.

Erg. u. hrsg. von Peter Kutter. — Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann—Holzboog, 1982.

(Problemata; 90)

Einheitssacht.: Practicum of group psychotherapy (dt.)

ISBN 3-7728-0811-5 brosch.

ISBN-3-7728-0810-7 Gewebe—

NE: Kadis, Asya L. [Mitverf.]; Kutter, Peter [Hrsg.]; EST; GT

Copyright © 1974 by Harper & Row, Publishers, Inc., New York

Friedrich Frommann Verlag · Günther Holzboog GmbH & Co.

Stuttgart-Bad Cannstatt 1982

Satz, Druck und Einband: Verlagsdruckerei Otto Zluhan, Bietigheim

Inhalt

Vorworte	9
Die Autoren.....	16
1 <i>Psychotherapie und Gruppenpsychotherapie</i>	17
Symptom und Änderung 19. Widerstand gegen Änderung 21. Interaktion in der Gruppentherapie 23. Zwei Hauptformen der Gruppe 26. Literatur 29.	
2 <i>Die Entwicklung der Gruppenpsychotherapie</i>	31
Psychoanalytisch orientierte Gruppen 32. Die Gruppenmethode in England 34. Einige Pioniere der Gruppentherapie in den U.S.A. 36. Die Gruppen- methode in verschiedenen Settings 39. Lern- und Beratungsgruppen 41. Kurzdefinition der analytischen Gruppe 44. Zusammenfassung 44. Entwick- lung der Gruppenpsychotherapie im deutschsprachigen Raum 45. Literatur 46.	
3 <i>Der Aufbau eines gruppentherapeutischen Programms</i>	49
Zur Einführung der Gruppentherapie 49. Einige Fragen und Antworten 51. Der Film in der Gruppentherapie 59. Bemerkungen zur amerikanischen Rechts- lage 62. Zur Rechtslage in der Bundesrepublik Deutschland 67. Literatur 68.	
4 Räumliche und andere Voraussetzungen	69
Die Sitzordnung 69. Das Sitzungszimmer 72. Tageszeit der Sitzungen 75. Dauer der Sitzungen 76. Einsatz von Co-Therapeuten 77. Protokolle, Band- aufnahmen und Beobachter 79. Honorare 82. Nonverbales Verhalten 86. Literatur 89.	
5 <i>Die Auswahl von Patienten für die Gruppenpsychotherapie</i>	91
Die einzelnen Variablen 91. Die Wahl der Gruppenart 95. Auswahl von Pa- tienten in Institutionen und Ambulatorien 99. Auswahl von Patienten an Beratungsstellen 100. Das Aufnahmeverfahren 102. Homogene oder hetero- gene Gruppe? 105. Gemischte Gruppen: Psychotische und neurotische Pa- tienten 108. Charakterstörungen 110. Abweichendes Sexualverhalten 111. Indikation für Gruppen mit verlängerter Sitzungsdauer 112. Auswahlkrite- rien für die Kindertherapie 112. Literatur 114.	

6	<i>Die erste Gruppensitzung: Vorbereitung, Strukturierung, Verlauf</i>	117
	Der Initialwiderstand 118. Die Vorbereitung 119. Verhaltenshinweise in der Gruppe 122. Die erste Sitzung 124. Das Gruppenklima 128. Beendigung der ersten Sitzung 130. Einige typische Probleme der ersten Sitzung 131. Literatur 135.	
7	<i>Einige Gruppenphänomene</i>	137
	Gruppenreaktionen (G-Responses) 139. Homoöstate 140. Multiple Übertragung 143. Reaktive Assoziationen 150. Abwehrmechanismen 151. Agieren (Acting Out) 153. Die Carambolage (Carom) 154. Untergruppen 156. Fraktionierung der Gruppe 157. Statusänderungen bei Gruppenmitgliedern 157. Angriffe auf den Therapeuten 158. Sündenbock: Versuch, ein Gruppenmitglied zu vernichten 159. Reaktion auf die Aufnahme eines neuen Mitglieds 160. Das Gefühl, ein Plateau erreicht zu haben 161. Schluß 162. Literatur 162.	
8	<i>Typen und Strukturmodelle therapeutischer Gruppen</i>	165
	Lerngruppen (Guidance-Groups) 166. Beratungsgruppen (Counseling-Groups) 172. Psychoanalytisch orientierte Gruppen 177. Koordinierte Sitzungen 183. Geschlossene und offene Gruppen 190. Kombinations- und Gemeinschaftstherapie 193. Marathonsitzungen 195. Encounter-Gruppen 196. Selbsterfahrungsgruppen 198. Literatur 202. Ergänzende Hinweise 204.	
9	<i>Träume</i>	209
	Was sind Träume? 210. Positive Aspekte der Traumfunktion 210. Der Umgang mit Träumen in der Gruppe 212. Die Bearbeitung von Widerständen 215. Der Traum in Lern- und Beratungsgruppen 225. Der Traum in der Gestalttherapie 226. Literatur 228.	
10	<i>Die Behandlung spezieller Kategorien von klinischen Problemen</i>	229
	Drogenmißbrauch 230. Alkoholismus 234. Soziopathie (abweichendes Sexualverhalten) 236. Psychosomatische Störungen 240. Spezielle Verhaltensstörungen 242. Gruppenarbeit mit älteren Menschen 247. Literatur 252.	
11	<i>Widerstand</i>	255
	Definition 255. Gruppenwiderstand 260. Literatur 267.	
12	<i>Die Beendigung der Therapie</i>	269
	Irrtümer über den Abschlußtermin 270. Indikation zum Behandlungsab-	

schluß beim einzelnen Patienten 272. Unterbrechung der Gruppenbehandlung 275. Indikationen zur Auflösung der Gruppe 278. Die Arten der Arbeitsbeendigung 279. Die Endphase der Therapie 284. Nach der Therapie 287. Literatur 288.

13	<i>Ausbildung und Berufsbild des Gruppentherapeuten</i>	289
	Eine Untersuchung der Amerikanischen Gruppenpsychotherapeutischen Vereinigung 289. Studienrichtungen 289. Art und Dauer der Berufsausübung 290. Ausbildung und Erfahrung in der Einzel- und Gruppenbehandlung 290. Die Gruppe in der therapeutischen Praxis 291. Honorare 292. Organisationen 293. Ausbildung zur Gruppentherapie 294. Erfahrungsaustausch und Forschung 296. Literatur 298. Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung auf dem Gebiet der psychoanalytisch orientierten Gruppenpsychotherapie im deutschsprachigen Raum 299.	
	Personenregister	305
	Sachregister	309

Vorwort zur deutschen Ausgabe

Es herrscht Hochkonjunktur auf der Psychotherapie-Szene. Zahllose neue Methoden der Einzelpsychotherapie werben um frustrierte Bürger: Gesprächstherapie, Gestalttherapie, Psychodrama und Bioenergetik neben vielen anderen. Neue Gruppentherapien überschreiten im Encounter-Marathon, im Esalen-Erleben, in Synanon und Daytop die Grenzen der herkömmlichen Gruppen-Psychotherapie hinsichtlich Sitzungsdauer, Intensität des affektiven Abreagierens, des Auslebens von Aggressionen und der Befriedigung von Wünschen nach Nähe und Geborgenheit. Dennoch ist die „Gruppen-Bewegung“ im Abklingen begriffen. Niemand spricht mehr enthusiastisch von der Gruppe als einem Weg, sich selbst und andere zu befreien, wenn auch diese Hoffnung noch an die Selbsthilfegruppen, die ihr natürliches Potential an gegenseitiger Unterstützung und Anregung ohne Leiter entfalten, geknüpft bleibt.

Nach wie vor gibt es aber ernsthafte Gruppenpsychotherapie, die auf der Basis der Psychoanalyse von entsprechenden Fachleuten ausgeübt wird. Von den rund tausend qualifizierten Psychotherapeuten in der Bundesrepublik Deutschland arbeiten zum Beispiel ungefähr die Hälfte mit Gruppen. Die meisten haben zusätzlich zu ihrer Weiterbildung in der Psychotherapie von einzelnen eine Qualifikation auf dem Gebiet der Gruppenpsychotherapie erworben und sind organisiert in der Sektion „analytische Gruppenpsychotherapie“ im Deutschen Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, bzw. in den entsprechenden österreichischen und schweizer Fachvereinigungen.

In Selbsterfahrungsgruppen erwerben die angehenden Gruppentherapeuten die notwendigen Eigenerfahrungen. In Supervisionsgruppen, in denen sie selbstgeleitete Therapiegruppen mit erfahrenen Kollegen durchsprechen, lernen sie in zunehmender Kompetenz, mit Gruppen therapeutisch umzugehen. Dazu kommt das unvermeidliche Erarbeiten der theoretischen Kenntnisse durch einschlägiges Literaturstudium. In dieser Beziehung sind zwar eine ganze Reihe überwiegend theoretisch orientierter Bücher auf dem Markt, es fehlt aber ein Buch, das die Probleme der täglichen Praxis einmal ganz konkret und in allen Einzelheiten behandelt.

Ein solches Buch wird hier vorgelegt.

Es baut auf der Basis der Schule des 1933 aus Deutschland emigrierten Psychoanalytikers Sigmund Heinrich Foulkes auf, der, 1976 verstorben, die Londoner gruppen-analytische Gesellschaft (London Group Analytic Society) gegründet hat. Die Autoren, obwohl in den Vereinigten Staaten beheimatet, stehen alle auf dem Boden der von Foulkes inaugurierten Schule. Deren Kennzeichen sind: Praxisnähe ohne Theoriefeindlichkeit, Zuwendung jedem einzelnen gegenüber ohne Vernachlässigung des Gruppenaspektes und echte menschliche Anteilnahme ohne Aufgeben der professionellen Distanz.

Insofern unterscheidet sich die Foulkes'sche Richtung der Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie klar von den methodisch streng gruppen-bezogenen Ansätzen Bions und seiner Nachfolger. Deren Theorie ist in sich zwar konsistenter, die Erfolge in der Praxis lassen jedoch, wie Nachuntersuchungen zeigen, viel zu wünschen übrig. Bei Foulkes und seiner Schule ist dies umgekehrt: hier ist die Theorie mit ihren schwierigen Begriffen wie Matrix oder transpersonales Netzwerk, Translation und Lokation, die gleichermaßen aus der Soziologie wie aus der Psychoanalyse stammen, in sich vielfach widersprüchlich und läßt manche Fragen offen. Die Erfolge in der Praxis aber können sich sehen lassen. Die Gruppenmitglieder fühlen sich jeweils als einzelne in ihrem Leiden und den dahinter verborgenen Problemen und Konflikten vom Leiter akzeptiert.

Warum das so ist, wird sofort klar, wenn der Leser das erstmals 1963 in englischer Sprache erschienene, jetzt endlich in der vorzüglichen Übersetzung von Hans Lobner, Wien, von Günther Holzboog mit Engagement verlegte Buch zur Hand nimmt und sich in die einzelnen Kapitel vertieft.

Die vielfach fruchtlosen theoretischen Debatten, etwa über die Frage, ob nun der einzelne oder die Gruppe als solche Gegenstand der Analyse ist, spielen darin keine Rolle. In allgemein verständlicher Sprache werden die Voraussetzungen einer erfolgreichen Gruppentherapie abgehandelt, von denen auf Seiten des *Patienten* der Mut, sich selbst zu ändern, an erster Stelle steht. Der spezifisch psychoanalytische Charakter des *Verfahrens* wird an der gebührenden Beachtung von Widerstand, Übertragung und Gegenübertragung deutlich. Dem Thema Widerstand ist ein ganzes Kapitel gewidmet, ebenso dem des Umgangs mit Träumen. Insofern ist

das Buch genuin psychoanalytisch. Dazu kommen immer wieder Abschnitte, in denen die Probleme des *Therapeuten*, hier des Gruppenleiters, erstaunlich offen bekannt werden.

Das Buch ist überaus praxisnah, wenn zum Beispiel diejenigen Probleme ausführlich diskutiert werden, die in der täglichen Arbeit mit Gruppen gemeistert sein wollen. Diese beginnen mit Planung und Durchführung der ersten Sitzung, in deren Verlauf sich oft der ganze zukünftige Gruppenprozeß verdichtet abbildet. Gerade dieses Kapitel enthält viele beherzigenswerte Hinweise für den Praktiker. Ein weiterer Abschnitt befaßt sich detailliert mit den Phänomenen, wie sie nur in Gruppen vorkommen, Gruppen-Reaktionen deswegen genannt, weil es sich um Wechselwirkungen zwischen einem Teil des Ganzen auf das Ganze der Gruppe und des Ganzen auf einen Teil des Ganzen handelt: multiple Übertragung, Gruppen-Abwehr, Gruppen-Agieren und Gruppen-Karambolage gehören neben dem bekannten Sündenbockphänomen dazu. Die Gruppen-Probleme, die durch bestimmte Patienten im Laufe des Gruppenprozesses entstehen, wie zum Beispiel bei Drogenabhängigkeit, Alkoholismus, Delinquenz, bei psychosomatischen Störungen und in der Gruppentherapie mit älteren Menschen werden ebenfalls gründlich abgehandelt. Das Buch verdient daher zu Recht den Titel „*Praxis der Gruppenpsychotherapie*“.

Alle Kapitel, obwohl von verschiedenen Autoren verfaßt, sind flüssig geschrieben und zeichnen sich durch Lebendigkeit und Anschaulichkeit aus. Dabei hat der Text durch die Übersetzung Hans Lobners, der die zweite wesentlich überarbeitete Auflage aus dem Jahre 1974 zugrundeliegt, an Klarheit und Prägnanz entschieden gewonnen. An mehreren Stellen werden die Ausführungen der Autoren durch wörtlich wiedergegebene Fallbeispiele illustriert, die es dem Leser ermöglichen, entscheidende Szenen des Gruppenprozesses in Identifizierung mit den plastisch beschriebenen Personen unmittelbar mitzuerleben. So ist das Buch insgesamt, trotz der Fülle der darin verarbeiteten Erfahrungen, leicht lesbar. Es hat sich im übrigen seit mehreren Jahren in von Michael-L. Moeller organisierten speziellen Weiterbildungskursen für *Psychoanalytiker* hervorragend bewährt und eignet sich ausgesprochen gut für Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung.

Das Werk vermittelt außerdem jedem *Sozialwissenschaftler* soziologi-

scher, pädagogischer oder sozialpädagogischer Provenienz anregende Einblicke in die Praxis der psychoanalytischen Gruppentherapie, wie sie durch reines Theoriestudium nicht gewährt werden können. Praxisferne akademische Debatten über theoretische Fragen, ob nun der einzelne in der Gruppe oder die Gruppe als Ganzes behandelt werden, sind entbehrlich, weil anhand der praktischen Falldarstellungen unmittelbar evident wird, wie man in einer Gruppe konkret arbeiten kann. Dabei sind die im deutschen Sprachraum weniger bekannten Gruppentypen der Lerngruppe (Guidance Group) und Beratungs-Gruppe (Counseling Group) für *Lehrer* und *Sozialpädagogen* besonders interessant. Die Guidance-Group, die hier nach der Definition der englischen Originalausgabe (S. 87 ff) erstmals konsequent mit *Lern-Gruppe* übersetzt ist, geht historisch gesehen auf die Gruppen Pratts zurück, der an Tuberkulose erkrankte Patienten über ihre Erkrankung instruierte. Lerngruppen sind themen- oder problem-zentriert. Ermutigung oder andere pädagogische bzw. didaktische Elemente stehen im Vordergrund des Leiterverhaltens. Der Angstpegel wird so niedrig wie möglich gehalten. Unbewusste Prozesse werden zwar beachtet, aber nicht angesprochen. Aktuelle reale Probleme sind vorzugsweise Gegenstand des Gesprächs. Die Eigeninitiative der Teilnehmer wird gefördert. Moderne Lerngruppen sind die Selbsthilfegruppen.

In der *Beratungs-Gruppe* werden nach dem Verständnis der Autoren ebenso wie in der Lerngruppe psychoanalytische Aspekte zwar berücksichtigt, aber nicht interpretiert. Der Leiter fragt und gibt Ratschläge und konzentriert sich im übrigen auf die Gruppe und deren Ressourcen. Zielgruppe sind Patienten, die offensichtlich für die Anforderungen einer analytisch aufdeckenden Gruppenpsychotherapie weniger geeignet sind und bei denen die Lösung aktueller sozialer Probleme vorrangig ist. Im Mittelpunkt des Interesses der Autoren steht aber *die psychoanalytisch orientierte Gruppen-Psychotherapie*. Dieser Methode ist das Buch gewidmet. Was im übrigen die Gruppenanalyse von der Gruppen-Psychotherapie unterscheidet, wird nicht explizit diskutiert. Implizit geht aber aus dem Text eindeutig hervor, daß es sich bei dem behandelten Verfahren um Gruppen-Analyse oder gruppenanalytische Psychotherapie im Sinne von Foulkes handelt.

Methodische Probleme der Anwendung der Psychoanalyse in der Grup-

pe sowie die definitorischen Fragen der Unterscheidung von langfristiger Gruppen-Analyse gegenüber kurzfristiger Gruppen-Psychotherapie oder von interaktioneller tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Gruppen-Therapie beschäftigt die Verfasser nicht. Wer daher die Diskussionen theoretischer Begriffe und deren Klärung erwartet, wird vielleicht enttäuscht sein. Wer aber konkrete Hinweise für den praktischen Umgang mit Gruppen sucht, wird reichlich belohnt werden, denn der große Gewinn der besonderen, von den Autoren vertretenen Richtung der Gruppen-Psychotherapie liegt gerade darin, daß unmittelbar im Text sichtbar wird, wie das Verfahren in der Praxis funktioniert. Ob nun mit geschlossenen, offenen oder halboffenen Gruppen gearbeitet wird, es handelt sich um eine Methode eigener Art. Das Vorgehen des Gruppenleiters gerät dabei freilich in die Nähe künstlerischer Interpretation oder einer Deutungskunst, die mitunter theoretisch schwer zu begründen ist. Dies muß aber kein Nachteil sein. Vielmehr kann allzu große Theorielastigkeit die unmittelbare Wahrnehmung der entscheidenden Szenen unter Nutzung von Introspektion und Einfühlung eher behindern als fördern. Somit ist es gerade der Vorteil des Buches, daß ohne spitzfindige theoretische Erörterung die konkrete Praxis direkt mitvollziehbar wird. Insofern kann das Buch auch jedem an Gruppen-Psychotherapie interessierten *Laien* empfohlen werden. Die Lektüre kann dabei freilich das aktuelle Erleben nicht ersetzen, wohl aber den Einstieg in die Praxis wesentlich erleichtern.

P. K.

Vorwort zur zweiten amerikanischen Auflage

Diese verbesserte Neuauflage des *Praktikums der Gruppentherapie* wurde durch grundlegend neue Entwicklungen nahegelegt, die dieses Fachgebiet seit dem Erscheinen der Erstausgabe (1963) betroffen haben.

Auch die zweite Auflage wendet sich vor allem an den Personenkreis, der mit der Führung, Beratung oder Betreuung von therapeutischen Gruppen befaßt ist. Die theoretische Ausrichtung des Buches ist im we-

sentlichen psychodynamisch. Theoretische Erörterungen stehen nicht im Vordergrund, waren aber nicht immer ganz vermeidbar, wenn sie sich offensichtlich auf spezielle Probleme der Praxis auswirkten. Es war unser Ziel, eine Einführung in die Gruppentherapie zu schaffen, die eine Übersicht über die Hauptaspekte der Praxis bietet.

Der Aufbau der Erstaufgabe wurde beibehalten, weil er sich bei der Ausbildung von Gruppentherapeuten verschiedenster Arbeitsrichtungen bewährt hat. Die einzelnen Kapitel sind auf den neuesten Stand gebracht, während das Kapitel über den Widerstand (Kapitel 11) neu eingefügt wurde. Wir versuchten nicht nur, unsere eigene Berufserfahrung einzubringen, die wir in der gruppentherapeutischen Ausbildung unter wechselnden Bedingungen zu vermitteln suchten (so etwa an der Medical School, im Krankenhaus, im Mental Health Center und an der Universität), sondern wir haben auch die Anregungen und Reaktionen vieler Kollegen mitverwertet, die die erste Auflage benützten. Unsere Umfrage über die gruppentherapeutische Berufsausübung, dargestellt in der ersten Auflage, wurde 1971 wiederholt und ist im 13. Kapitel nach dem letzten Stand zusammengefaßt.

Jeder der Autoren hat an der Abfassung jedes Kapitels teilgenommen, so daß auch das Buch selbst das Ergebnis einer echten Gruppenarbeit darstellt. Wir danken unserem verehrten Kollegen Dr. S. H. Foulkes für das Einleitungskapitel aus seiner Feder; er war der Meinung, die Formulierungen, die er für die erste Auflage wählte, entsprächen auch zur Zeit der Neuauflage noch durchaus seinen Ansichten und könnten daher unverändert übernommen werden.

Unsere Freundin und Kollegin Asya L. Kadis hat das Erscheinen dieser Auflage nicht mehr erlebt. Sie stand bis zuletzt mitten in der gruppentherapeutischen Arbeit; sie war es daher auch, die eine revidierte Neuausgabe des Buches anregte und mit jener Hingabe und Energie in Angriff nahm, die ihren persönlichen Stil charakterisierte. Wir widmen ihr unsere Mitarbeit zum Gedenken an die Ehre, mit ihr an diesem Projekt mitgewirkt zu haben, und können nur hoffen, daß das Ergebnis die neue Generation von Gruppentherapeuten, die ihr so sehr am Herzen lag, entsprechend interessieren wird.

New York

J.D.K., M.F.W., C.W.

Die Autoren

S. H. Foulkes †, M. D., war Direktor des Instituts für Gruppenanalyse in London. Er entwickelte eine eigenständige Theorie der Therapiegruppe, die psychoanalytische und sozialpsychologische Aspekte verbindet. Die Methode der Gruppenanalyse hat sich in der Praxis bewährt. Insofern hat Foulkes eine spezielle Richtung oder Schule der Gruppenpsychotherapie gegründet, die in der „London Group Analytic Society“ gepflegt und weiterentwickelt wird.

Asya L. Kadis †, M. A., gehörte dem gruppentherapeutischen Department am Postgraduate Center for Mental Health in New York an.

Jack D. Krasner, Ph. D., ist ao. Professor an der Abteilung für Pastoralberatung am Iona College, New York, Senior Supervisor an der gruppentherapeutischen Abteilung des Postgraduate Center for Mental Health in New York, Präsident der Stiftung für Gruppentherapie in New York sowie Sekretär der psychotherapeutischen Abteilung der American Psychological Association in Washington.

Myron F. Weiner, M. D., ist ao. klinischer Professor für Psychiatrie an der University of Texas in Dallas.

Charles Winick, Ph. D., ist Professor an der soziologischen Abteilung der New Yorker Stadtuniversität.

9 Träume

Im Traum erleben wir wieder die Vergangenheit, vergessen die Gegenwart und sagen die Zukunft voraus.

Wilhelm Stekel¹

Wie in der individuellen Psychoanalyse ist auch in der Gruppentherapie die Untersuchung von Träumen ein wichtiges Element des therapeutischen Fortschritts. Der Traum ist eines der wertvollsten Mittel zum Eindringen in die aktuelle Dynamik und über sie hinaus. Er ist der Schlüssel für die Pforten zum Unbewußten, manchmal sogar der Schlüssel zu einer wahren Büchse der Pandora. Wenn ein Patient einen Traum erzählt, helfen ihm neben dem Therapeuten auch die anderen Gruppenmitglieder, sich über die Gedanken, Gefühle, Phantasien und Hoffnungen klar zu werden, aus denen das Traummuster gewebt ist. Die Assoziationen der Mitpatienten erzielen manchmal den Durchbruch zur Bedeutung des Traums, wenn der Träumer selbst seinen Verständnisblock und Widerstand nicht überwinden kann.

In jeder Therapieform, in jedem Setting kommt es dann und wann zum Auftauchen von Traummaterial in der Gruppensitzung. Auch in Lern- und Beratungsgruppen werden mitunter Träume erzählt. Keine theoretische Einstellung und Behandlungsstrategie erspart es dem Therapeuten, irgendwie auf die intime Botschaft des Traums zu reagieren. Schon daher ist es überaus wichtig, daß der Therapeut mit Träumen so umgehen kann, daß er den Bedürfnissen des Patienten, der Gruppe, der aktuellen Phase und Situation am besten gerecht wird. Immer wieder kann man die Erfahrung machen, daß Patienten für die Reaktion des Therapeuten auf Traumberichte überaus feinfühlig sind. Wenn man die Träume eines Patienten wiederholt ignoriert, besteht die Gefahr, daß er sich von der Gruppenarbeit zurückzieht oder die Gruppe verläßt.

Was sind Träume?

Wir gehen bei unserem Definitionsversuch wieder von der Tatsache aus, daß alle Lebensvorgänge darauf abgestimmt sind, einen Gleichgewichtszustand, ein Äquilibrium, zu erhalten und wiederherzustellen, um eine Funktionsstörung oder Desintegration des Organismus hintanzuhalten. Auch Träume sind Lebenserscheinungen und unterliegen diesem Gleichgewichtsstreben. Wie andere menschliche Funktionen gehören sie zu den Schutz-, Abwehr- und Regulationseinrichtungen des Organismus. Die neuere Forschung hat gezeigt, daß ein gewisses Maß an Zeit nicht nur wünschenswert, sondern wahrscheinlich auch nötig ist, damit der Traum allnächtlich seine Aufgabe erfüllen kann.

Traumgedanken sind sozusagen Vorstufen des bewußten Denkens, sie repräsentieren eine noch unentwickelte, embryonale Phase der kognitiven Entwicklung. Sie sind im Vorbewußten, im Grenzland zwischen Bewußtsein und Unbewußtem, angesiedelt und liefern unschätzbare Hinweise auf die psychischen Störungen und die Entwicklung des Denkens. Psychische Störungen lassen sich als Konflikte zwischen bewußten und/oder unbewußten Persönlichkeitsanteilen beschreiben.

Positive Aspekte der Traumfunktion

Träume stehen im Dienst der individuellen Anpassungsvorgänge und haben somit einen Überlebenswert. Ihre spezifischen Funktionen für das Individuum sind (1) der Schutz der Ich-Integrität und der Kontinuität der Selbstwahrnehmung, (2) die Affektregulation als Teil der Erhaltung des psychischen Äquilibriums, (3) der Schutz des Schlafs und damit der täglichen Regeneration des Organismus, (4) die Erfüllung von Wünschen im Rahmen der psychischen Realität, also eine Form der Befriedigung jener Triebregungen (zum Beispiel zügelloser Sexualität), die im Wachleben durch die Grenzen der Realität und der moralischen Forderungen (Zensur) an der Befriedigung gehindert werden², und schließlich (5) nicht nur die Sicherheit einer psychischen Gleichgewichtslage, sondern anscheinend auch der Schutz vor psychotischen Formen des Erlebens.

Schon Adler hat — nach Freud — den teleologischen Aspekt des Traums hervorgehoben. Der Traum bringt die Gesamtpersönlichkeit und den Lebensstil des Träumers zum Ausdruck, hat aber auch eine problemlösende Funktion des „Übens für den nächsten Tag“³. Traum, Persönlichkeit des Träumers und täglicher Lebensalltag sind auf das engste miteinander verwoben.

Träume dienen der Abfuhr psychischer Energie und tragen so zum Abbau bedrängender Affekte bei. Wenn zum Beispiel ein Angestellter das Bedürfnis hätte, seinen Chef zu verprügeln, wird er sich das wohl zweimal überlegen, sofern er seinen Arbeitsplatz behalten möchte. Im Traum aber kann er seine aufgestaute Wut ausleben, ohne sich äußeren Gefahren auszusetzen. Er kann in einer erträglicheren Stimmung erwachen, das Gefühl abgebauter Spannung und wiederhergestellter Selbstachtung haben, wie man es nach einer „guten Tat für einen guten Zweck“ zu haben pflegt. In Anbetracht der zahllosen inneren und äußeren Beschränkungen und Bedrängnisse, die jedermann aushalten muß, kann man diese Funktion eines Sicherheitsventils, die dem Traum zukommt, in ihrer Bedeutung wohl kaum überschätzen.

Zu den wichtigen Aufgaben des Traums gehört auch das Aufarbeiten traumatischer, schockartiger Erlebnisse, die geeignet wären, die Ichfunktion zu *verkrüppeln*⁴. Die Wiederholungsträume von *schrecklichen* Erlebnissen — Tod eines Angehörigen, Verlust des Arbeitsplatzes, nicht bestandene Prüfungen undso weiter — verhindern oder mildern traumatische Auswirkungen auf die Ichfunktion. Der Schock des ersten Erlebnisses wird nach dem Gewöhnungsprinzip langsam gemildert, bis er erträglich wird. Als Beispiel erwähnen wir eine junge Frau in einer Therapiegruppe, die stark an ihren unheilbar kranken Vater gebunden war. Sie träumte wiederholt, der Vater sei bereits gestorben, und erlebte diese Träume mit tiefer Erschütterung. Die wiederholte Vorwegnahme des drohenden Ereignisses verlieh ihr eine Art Immunität, eine Art von Impfschutz, und als der Vater wirklich starb, war die Wucht ihres Leides bereits deutlich gemildert.

Alle Formen der analytischen Therapie arbeiten mit der Entdeckung und Erforschung von Aspekten der Persönlichkeit, die sich im allgemeinen der bewußten Wahrnehmung zu entziehen vermochten. Die Aufdeckung unbewußter Motive und Ziele in ihren dynamischen Zusam-

menhängen ist ein Hauptanliegen der analytischen Therapie. Träume enthalten immer Elemente tiefliegender Emotionen und Konflikte. Der Träumer bearbeitet einen aktuell gewordenen Konflikt und versucht, eine Lösung zu finden. Der aktuelle Konflikt hat regelmäßig Vorläufer in der Biographie des Träumers. Sein Traum spinnt den Faden aller Konflikte aus seiner Vergangenheit fort und fädelt ihn sozusagen auch in die therapeutische Situation ein. Er vereint und verknüpft Vergangenheit und Zukunft mit der aktuellen Gegenwart des Alltags und der therapeutischen Situation.

Das Verstehen von Träumen in der Gruppentherapie kann nicht nur dem einzelnen Träumer helfen, sondern auch die ganze Gruppe weiterbringen. Die Gruppe oder ihre einzelnen Mitglieder treten nicht selten im Traummaterial auf^{5,6}. Man kann sogar sagen, das offene oder verhüllte Auftreten von Mitpatienten im Traum sei ein Maß für die Stärke der Wechselbeziehungen innerhalb der Gruppe. Ein Patient, der nach längerer Einzelbehandlung in eine Gruppe eintrat, sagte: „Merkwürdig, ich träumte immer, ich sei ein Pilot und stürze aus dem Flugzeug. Gestern träumte ich, ich stand auf dem Sprungbrett eines Schwimbeckens. Die Leute beobachteten mich. Ich traute mich nicht zu tauchen; ich hatte Angst, mich zu verletzen. Es ist schlimm genug, wenn man im Traum ein Pilot ist und ständig verunglückt, aber nun habe ich anscheinend auch Sie als Gruppe mit dabei, und Sie schauen alle aufmerksam zu, wie ich mir den Hals breche.“

Der Umgang mit Träumen in der Gruppe

Wie weit ist es therapeutisch vorteilhaft, auf die in der Gruppe erzählten Träume einzugehen? Der Therapeut kann den Träumer auffordern, zum Traum im ganzen, aber auch zu den Details der Erzählung zu assoziieren. Fragen wie: „Haben Sie seit der letzten Sitzung einen Traum gehabt?“ oder „Erinnern Sie sich an einen Traum, der immer wieder aufgetaucht ist?“ können gleich zu Beginn das Interesse des Therapeuten am Traum als zweitem Thema neben der aktuellen äußeren Realität bekunden. Typische Möglichkeiten, auf Traummaterial zu reagieren, wä-

ren zum Beispiel die folgenden Fragen: „Als Sie diesen Traum hatten, haben Sie sich da gefragt, was er denn eigentlich bedeuten könnte? Ist am Tag davor etwas geschehen, was mit dem Traum zusammenhängen könnte? Dieser Peter, von dem Sie geträumt haben — was bedeutet denn der Name Peter für Sie?“

Wenn der Träumer eine Reihe von Einfällen mitgeteilt hat, kann man die Gruppe einbeziehen: „Was fällt Ihnen zu seinem Traum oder zu einem Detail des Traums ein? Welchen Eindruck haben Sie davon? Finden Sie daran etwas so Bedeutungsvolles, daß auch Sie es geträumt haben könnten?“

Es zeigt sich, daß die Rolle des Therapeuten als Traumdeuter zurücktritt, wenn die Gruppe gelernt hat, sich mit Material aus dem Unbewußten auseinanderzusetzen. Manchmal hilft es, wenn man dem Träumer vorschlägt, jedes Traumelement einmal als Teil seiner selbst zu deuten. So erzählte ein Patient in mittleren Jahren, ältestes Mitglied einer Unternehmerfamilie, den folgenden Traum: „Mein Traum gestern nacht hatte überhaupt keine Handlung. Er bestand aus nichts als einem großen Federbett, und das ist alles, was ich noch weiß.“ Der Therapeut fragte: „Welcher Teil Ihrer eigenen Person könnte dem Bett entsprechen?“ Der Patient, ohne Zögern: „Ich selbst bin das Bett: jeder will sich auf mir ausruhen. Alle Teilhaber an der Firma sind Verwandte von mir. Ich komme mir vor, als würden sich alle auf mich stützen oder sich von mir tragen lassen.“ Er setzte verärgert fort: „Aber kein Bett hält ewig, und ich bin schon ganz schön wacklig.“

Besonders wichtig ist es für den Therapeuten, jene Mitteilungen des Traums nicht zu überhören, die direkt an ihn gerichtet sind. Das heißt nicht, daß er darauf mit Deutungen oder überhaupt irgendwie reagieren muß; der Träumer wird sich meist akzeptiert fühlen, wenn man ihm entsprechende Fragen stellt.

In der Gruppenanalyse übergeht der Therapeut keinen Traum, der erzählt wird, und widmet ihm in jedem Fall das notwendige Maß an Zeit und Aufmerksamkeit.

Die Gruppensituation bedingt, daß man das Thema oft vor dem Ende der Sitzung wechseln muß, weil auch die anderen Patienten ihren Anteil an Aufmerksamkeit beanspruchen. Daher muß der Therapeut manchmal zu Techniken greifen, die verhindern, daß Träume „unter den Tisch fal-

len“. Besonders in den Anfangsstadien der Gruppenarbeit soll darauf geachtet werden. Traumberichte wecken Ängste, mobilisieren Widerstände und steigern die Abwehr beim Träumer und ebenso auch bei anderen, für die der Traum eine spezielle Bedeutung hat. Natürlich muß der Therapeut sich mit allen Mitgliedern der Gruppe befassen, die solche Ängste, Widerstände und Abwehrmanöver erkennen lassen. Manchmal wird der Widerstand des Träumers erst durch die Assoziationen anderer Gruppenmitglieder zum Einstürzen gebracht. Wenn der Traum bei einem bestimmten Mitpatienten schwere Angst auslöst, versucht der Betroffene meist, vom Grundthema des Traumaterials abzulenken.

Eine Frau hatte lange Zeit alle Assoziationen zu ihren Träumen blockiert. Ein Traum lautete schließlich: „Ich fuhr mit der U-Bahn die dritte Avenue entlang, und der Zug war deutlich mit dem Buchstaben L gekennzeichnet.“ (Anm. d. Ü.: Die Träumerin verwendete zur Bezeichnung der U-Bahn den alten New Yorker Ausdruck „El“ für „Elevated“, der aus der Zeit stammt, als die Geleise noch auf einer Hochbahntrasse geführt wurden.) Dazu fiel ihr ein: „Die El wird natürlich abgerissen. Gestern sah ich Arbeiter bei der Demontage von Geleisen.“ Ein Mitglied der Gruppe war mit dieser trügerisch einfachen Erklärung nicht zufrieden und fragte: „Wieso fahren Sie überhaupt auf der El? Ist das Ihr übliches Verkehrsmittel?“ Sie gab zu, daß sie noch nie auf der Hochbahnstrecke gefahren war, aber schon oft an den Verlust dieses Wahrzeichens im Stadtbild gedacht habe. „Und was heißt L für Sie? Was soll eigentlich dieses L bedeuten? Und die Arbeiter, sind das vielleicht wir als Gruppe, wenn wir Ihre Abwehr demontieren?“, fragte ein anderer Teilnehmer. Die Patientin überlegte eine Weile und sagte dann: „Sie können das nicht wissen, aber mein Mädchenname war L..., und ich benütze ihn noch im Beruf. In der Firma kennt keiner meinen jetzigen Namen. Ich frage mich, ob ich im Traum sagen will, daß ich endlich mit meinem Mann eine eigene Familie bilde. Es ist, als würde ich sagen, mein Widerstand gegen den Namen meines Mannes wird demontiert, so wie die El demontiert wurde.“ Zum ersten mal hatte sie ihren aktuellen Konflikt erkannt, der im Traum als Abhängigkeit von der Vergangenheit geschildert wurde, wobei sie als Symbol dafür das L ihres Mädchennamens verwendete. Ohne die Fragen der Mitpatienten wäre sie wohl nicht darauf aufmerksam geworden, und im weiteren Diskussionsverlauf brachten

mehrere andere Teilnehmer das Thema der passiven und feindseligen Abhängigkeit in seiner jeweils individuellen Gestalt zur Sprache.

Das Beispiel zeigt, wie die Gruppe bei der Bearbeitung eines Widerstandes helfen kann. Eine Reihe von Gruppentherapeuten hat berichtet, daß Patienten, die in der Einzeltherapie mit Träumen fast nichts anzufangen wissen, in der Gruppe sehr wohl vom Mittel der Selbstdarstellung durch Träume Gebrauch machen können. Auch das beliebte Vergessen von Träumen ist in der Gruppe als Abwehrstrategie nicht so erfolgreich, denn der Patient kann sich und seine Probleme sehr oft in den Träumen anderer wiedererkennen. Die projektive Identifizierung mit dem Traummaterial anderer gehört zu den Besonderheiten der Gruppenanalyse. Oft hört man einen Patienten zum Beispiel sagen: „John, das hier ist mein Traum. Ich glaube nicht, was du über meinen Traum sagst. Du sprichst nicht über mein Problem, sondern über dein eigenes.“ Und John wird zugeben müssen: „Das ist wahr, es ist wirklich mein eigenes Problem.“ Manchmal führt der Widerstand anderer gegen den Therapeuten oder gegen den Träumer dazu, daß die Gruppe einen Traum zu übergehen versucht. Ein einfaches Mittel dazu ist das Erzählen weiterer Träume durch andere Teilnehmer, oder ein abrupter Themenwechsel. Der Therapeut muß einen Übertragungswiderstand dieses Typs erkennen und der Gruppe helfen, ihn zu bearbeiten. Wenn er fragt: „Wieso haben Sie alle so wenig Lust, auf diesen Traum einzugehen?“, dann kann die Antwort viele Implikationen haben, darunter auch Zorn auf den Therapeuten und/oder den Träumer: „Wir wollen ihm nicht helfen.“

Die Bearbeitung von Widerständen

Ein Widerstand gegen den therapeutischen Prozeß kann einerseits durch die Art der Traumdarstellung zum Ausdruck kommen, andererseits aber auch aus dem Trauminhalt selbst erkennbar werden. Der Therapeut ist gut beraten, wenn er sich die Taktik eines Patienten, seine Träume auf die leichte Schulter zu nehmen oder sich von ihnen zu distanzieren, möglichst genau ansieht. Viele Patienten behaupten, sie hätten keine

Träume, und wenn sie welche hätten, würden sie sie immer gleich nach dem Erwachen vergessen. Andere werden immer nur Bruchstücke von Träumen bringen, die Bedeutung des Traums herunterspielen oder die Hilfe der Gruppe zurückweisen. Besonders zu Beginn pflegen viele Patienten zu sagen, daß sie sich nicht an Träume erinnern und/oder absolut nichts davon verstanden hätten. Dann hilft es, wenn man zum Beispiel den Wert des Traumes für die Gruppenarbeit folgend erklärt:

„Träume bieten uns die Möglichkeit, Gefühle auszuleben, die wir uns im Wachzustand und im täglichen Leben nicht gestatten. Wenn wir schlafen, läßt unsere Selbstkontrolle nach, und für diese Gefühle wird es dann leichter, an die Oberfläche zu kommen. Aber unsere Selbstkritik schläft auch im Traum nicht ganz, so daß wir den Inhalt des Traums bereits entstellen und verändern, ehe er für uns manifest wird. Wenn man den manifesten Trauminhalt, an den wir uns erinnern, einer genauen Analyse unterzieht, kann man seinen Sinn, also den latenten Traumgedanken, erraten. Auf diesem Weg können wir an die unbewußten Konflikte und Gefühle herankommen, die letzten Endes zu den aktuellen Schwierigkeiten führen. Viele Menschen erinnern sich nur selten an Träume — sie achten nicht auf sie, lassen sich gerne durch anderes ablenken oder können sich einfach ihre Träume nicht merken. Eine Möglichkeit, mit dieser Schwierigkeit umzugehen, ist der Notizblock — ein wirklicher oder ein bloß imaginärer — neben dem Bett. Wenn Sie morgens erwachen, vielleicht noch ehe Sie die Augen öffnen, lassen Sie ihren Traum nochmals kurz ablaufen und versuchen, ihn sozusagen festzuhalten, ehe Sie aufstehen.“

Der Stil eines Traumberichts enthält oft wertvolle Hinweise. Der Patient erzählt den Traum zu einem bestimmten Zeitpunkt, wendet sich bewußt oder unbewußt an einen bestimmten Zuhörer in der Gruppe, schließt die anderen oder auch die ganze Gruppe aus, indem er sie nicht anschaut, oder er erzählt den Traum gerade dann, wenn ein bestimmter Teilnehmer nicht anwesend ist. Diese Selektivität wird noch deutlicher, wenn eine kombinierte Behandlung erfolgt oder alternierende Sitzungen stattfinden. Der Traum wird dann zum Beispiel aufgehoben, bis der Träumer mit dem Therapeuten allein ist, oder er wird für die Gruppensitzung, die alternierende Sitzung, einen bestimmten Teilnehmer reserviert, um dort eine Testreaktion zu bekommen, wo es anscheinend am

ungefährlichsten ist. Manche Patienten vermeiden es hartnäckig, überhaupt Träume zu erwähnen.

Der Therapeut hat immer die Möglichkeit, etwa zu sagen: „Warum erzählen Sie Ihre Träume nur mir oder Frau X?“, oder: „Sie haben schon lange keinen Traum mehr erwähnt. Erzählen Sie diesen nun, weil Herr Y. heute nicht da ist?“ Hinweise dieser Art lenken die Aufmerksamkeit auf Traumelemente, die sonst im Verborgenen bleiben würden.

Zwei Beispiele sollen zeigen, wie der Traum freie Assoziationen des Träumers und der Mitpatienten auslöst, mit deren Hilfe ein anfängliches Zögern des Träumers, sich zu „seinem“ Traum zu bekennen, überwunden wird, so daß der Weg zur weiteren Bearbeitung auf den verschiedensten Ebenen freiliegt.

Ein Gruppenpatient erzählte: „Ich fuhr endlos lange in der Untergrundbahn und hatte offenbar gar kein Ziel. Das ist alles. Ich fahre ohnehin täglich mit der U-Bahn, also bitte, wieso sollte ich davon auch noch in der Nacht träumen? Das klingt blöde. Vielleicht bedeutet das Wort etwas anderes?“ Eine Patientin: „Unter-Grund, eine untere Verkehrsebene – Frauen liegen doch meist unter dem Mann. Oder man könnte an das Unter-Bewußtsein denken.“ Der Träumer erwiderte: „Daran habe ich nicht gedacht. Vielleicht meine ich, ich kann jetzt untertauchen. Ich hatte ja nie den Mut, mich mit dem Unter-Bewußtsein zu beschäftigen.“ Ein anderer Patient sagte: „Die Vorstellung des Untertauchens, unter Wasser, unter einer Frau, ins Unterbewußtsein, ist für mich eigentlich schreckenerregend.“ Von da an begannen weitere Teilnehmer sich mit der „Untergrund“-Ebene ihrer Probleme zu beschäftigen.

In einer anderen Gruppe erzählte eine Patientin: „Ich hatte einen merkwürdigen Traum, in dem ich fest entschlossen war, jemanden zu verklagen. Ich ging zu einem Anwalt, obwohl mir schon im Traum klar war, daß ich auf lange Sicht verlieren würde, selbst wenn ich diesen Prozeß gewinne.“ Sie lachte kurz und setzte fort: „Ich möchte niemanden verklagen. Ich kann mir nicht denken, wieso ich so etwas träumen sollte.“ Ein altes Mitglied der Gruppe fragte: „Wer ist Sue?“ (Anm. d. Ü.: to sue = verklagen, Sue = Susanne.) Worauf sie hastig erwiderte: „Weiß ich nicht.“ Er: „Warum antworten Sie so rasch und geben sich keine Zeit zum Überlegen?“ Nach einer Pause sagte sie: „Ich hatte es ganz vergessen, aber Sue ist eine flüchtige Bekanntschaft von mir. Sie ist mit einem

erfolgreichen Künstler verheiratet. Möglich, daß ich sie beneidete. Wenn ich Sue wäre, hätte ich keinen Anlaß, meinen Mann zu verklagen, weil er dann kein Versager wäre.“

Manche Therapeuten, darunter Klein-Lipshutz, glauben, daß die Widerstände des Träumers aufgelockert werden, wenn die anderen Teilnehmer ihre Einfälle zuerst aussprechen⁷. Der Nachteil dabei ist natürlich, daß die Einfälle des Träumers bereits überlagert werden können oder in eine Sackgasse ausweichen, bis er selbst an die Reihe kommt.

Mullan⁸ meint, daß die Assoziationen der Gruppenmitglieder die nicht-teleologischen Aspekte des Traums zerstören. „Der latente Trauminhalt, der noch nicht an Zweckgedanken orientiert ist, gilt als Realität der individuellen Existenz.“

Das Unbeteiligtbleiben der anderen am Traum eines Patienten kann dem Interaktionsprozeß in der Gruppe eine neue Richtung geben. Ein Hauptvorteil der Psychotherapie in Gruppen besteht ja darin, daß jeder Teilnehmer den anderen helfen wie auch Hilfe von ihnen empfangen kann. Daher dienen auch die Assoziationen der Mitpatienten im allgemeinen eher einer Erweiterung als einer Einengung des Verständnisses für die verschiedenen Aspekte eines Traum inhalts.

Die Konflikte und Probleme, die im Traum behandelt werden, haben meist einen universellen Charakter. Geburt und Tod, Liebe und Haß — die individuell verschiedene Art, mit diesen Universalthemen umzugehen, ist eine Bereicherung und Hilfe für alle. Hinter der Vielfalt von Einfällen zu einem Traum wird meist bald das Kernproblem des Träumers sichtbar, seine Bedeutung in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, seine Bearbeitung in der Übertragungssituation mit ihren multiplen Manifestationen. Man kann wohl sagen, daß die Arbeit am Traum in zahllosen kleinen Schritten an die Grundkonflikte aller Gruppenmitglieder heranzuführen pflegt.

Der folgende Traum stammt von einem schwarzen Patienten in einer sonst weißen Gruppe. „Ich habe das Gefühl, daß ich die Welt im Griff habe und bereit bin, mich von Ihnen zu verabschieden. Ich habe mit meiner Frau und meinem Chef reinen Tisch gemacht. Aber da war ein Traum, der mich beunruhigt: Ich liege auf dem Boden, und ein Mann hackt mit einem Beil auf mich ein. Ich bin so unter Schock, daß es nicht weh tut. Eine Frau geht vorüber, und ich flüstere ihr zu: Hilf mir.“

Aber sie ignoriert mich. Dann geht ein Mann vorüber und es geschieht dasselbe. Eine weitere Frau kommt auf mich zu und sagt: Kommen Sie doch mit mir in den vierten Stock, ich gebe Ihnen einen Whisky. Ich ging dann mit ihr.“

Die Ordination des Therapeuten lag im vierten Stock. Ein Gruppenmitglied meinte: „Sie haben uns einmal erzählt, daß Ihr Vater Sie als Kind oft geschlagen hat. Sie machten keinen Versuch, sich zu verteidigen. Auch im Traum haben Sie sich nicht gewehrt. Sie ließen sich ohne Gegenwehr zu Hackfleisch machen.“ Ein anderer Teilnehmer sagte: „Sie begannen den Traumbericht damit, daß Sie die Therapie beenden wollten. Bißchen verfrüht, nicht wahr?“ Andere Kommentare lauteten: „Sie haben sich gegen Schmerz isoliert, deshalb haben Sie nicht gespürt, daß Sie verletzt sind.“ — „Letztes mal sagten Sie, Sie würden sich nicht mehr alles bieten lassen, auch hier nicht. Und nun sieht es aus, als wollten Sie davonlaufen, ehe wir auf Ihnen herumhacken.“ — „Wer ist eigentlich die gute Samariterin im Traum? Soll das Herr Dr. P. sein? Erleben Sie ihn denn als Frau? Sie haben uns doch gesagt, Ihre Großmutter war zärtlich und fürsorglich und gab Ihnen immer Milch zu trinken? Ist das Ihr Whisky im Traum?“ — Alle diese Reaktionen rüttelten an der Abwehr des Patienten.

Der Therapeut hatte zu diesem Zeitpunkt den Eindruck, die Abwehr dieses Patienten sei ziemlich spröde, und er könnte womöglich die Gruppe verlassen oder in eine Depression verfallen. Er sagte nun: „Ich bin froh, daß Sie sich jetzt viel stärker fühlen als zuvor. Sie sind bei alledem nicht in Panik geraten und haben auch den Traum nicht sofort vergessen, sondern ihn deutlich erinnert und mitgebracht. Da Sie damit zu uns kamen, gaben Sie uns eine Chance, Ihnen — bildlich gesprochen — ein Glas Milch oder Whisky zur Stärkung anzubieten.“ Psychodynamisch ausgedrückt: Die Abwehrstruktur und Ichstärke des Patienten wurde beurteilt und so verwendet, daß ihm am besten geholfen war. Es wurde erkennbar, daß seine Identifizierung und Übertragungsbeziehung zum Therapeuten mit seiner Großmutter zusammenhing. Die Gruppe hatte schon in der vorangehenden Sitzung seine Aggressivität diskutiert. Sie wies ihn darauf hin, daß er scheinbar furchtlos explodieren konnte, sich aber in Wirklichkeit vor der Rache der anderen fürchtete. Er leugnete auch, daß man ihm Schmerz zufügen könne, war aber in Wirklich-

keit überempfindlich gegen jede kritische Bemerkung über ihn. Die Mitglieder waren fähig, sich mit den wesentlichen Elementen des Traums zu identifizieren — mit dem Gefühl, es werde auf einem herumgehackt, man sei unter der Wucht des Angriffs wie gelähmt, und man könne sich nicht wehren usw.

Die multiplen Assoziationen der Gruppe machen es dem Träumer oft leichter, zum Kern seines Konflikts vorzustoßen. Ein Patient erzählte, er sei im Traum auf einem Floß gewesen. Das Gefährt schwamm jedoch nicht auf einem Wasser, sondern auf Scheiße. „Was soll das heißen?“ wollte er wissen. „Tun Sie nicht so überrascht“, sagte ein Teilnehmer. „Sie meinen ja immer, sie selbst sind ein Stück Scheiße, ein Niemand ohne Zukunft.“ Eine Patientin warf ein: „John, Sie sagten uns einmal, daß Sie als Kind viele Jahre an Durchfällen litten. Am ersten Schultag trauten Sie sich nicht, nach dem Weg zum Klosett zu fragen, und machten lieber in die Hose. Dann zitterten Sie davor, daß die Lehrerin es entdecken würde. Sie tat es auch, indem sie einfach ihrer Nase nachging. Sie sind aber irgendwie noch immer so ein kleiner Hosenscheißer.“ John dachte nach und antwortete: „Es ist leider wahr. Ich fühle mich nicht nur so, sondern ich fresse auch jeden Dreck, den Sie hier - und meine Familie daheim - mir verpassen wollen.“

In der Therapiegruppe nimmt der Traum oder eine Traumpassage für mehrere Patienten individuelle Bedeutungen an. Sie übersetzen ihn in ihre persönliche Symbolsprache. Dabei kann es vorkommen, daß gerade dann, wenn Reaktion und Interaktion rund um ein Thema in Gang gekommen sind, ein Teilnehmer eifrig ein neues Problem präsentiert. Für den Therapeuten stellt sich dabei die Frage, welche Motive hinter dem Wunsch stehen, das Thema zu ändern.

Wenn Universalthemen wie Geburt, Tod und Sexualität in einem Traum oder in den Einfällen dazu an die Oberfläche kommen, wird es meist einzelne Teilnehmer geben, die sich nicht an der Diskussion beteiligen. Sie versuchen allenfalls, das Thema zu wechseln, zum Beispiel, indem sie eine kritische Situation herbeiführen, belanglose Fragen stellen oder selbst mit Träumen aufwarten, die man nicht gut übergehen kann. Diese Fälle, in denen es sich in der Regel um Patienten handelt, die durch den dargestellten Konflikt vorerst noch überfordert sind und buchstäblich davonlaufen müssen, stellen höchste Ansprüche an das Ge-

schick des Therapeuten, der die Gruppe beim Thema festhalten möchte. Alle Abschweifungen, auch die scheinbar bedeutsamen, müssen auf Eis gelegt werden, bis das Hauptthema bearbeitet ist. In einer Gruppe, die aus Ehepaaren bestand, brachte ein männlicher Teilnehmer einen Traum, den er mit seinen homosexuellen Konflikten in Verbindung brachte. Einige Männer konnten sich in die Diskussion einschalten und sprachen über Kindheitsphantasien und -experimente. Einer der Teilnehmer hatte jedoch homosexuelle Erlebnisse als Erwachsener gehabt, bekam Angst und sagte: „Müssen wir unbedingt hier davon sprechen? Jeder hat doch seinen Kinsey gelesen! Für mich gibt es Dinge, die mich viel mehr bedrücken.“ Die Therapeutin sagte: „Auf diese Dinge wollen wir noch zurückkommen.“ Sie setzte fort: „Ich hoffe, die Frauen hier werden ebenso mutig sein wie die Männer und mit ihren Phantasien und Erlebnissen mit dem gleichen Geschlecht nicht zurückhalten.“ Eine Patientin erzählte eine Schulepisode und mehrere andere – offensichtlich froh, daß der Augenblick der Wahrheit gekommen war – sprachen über ihre Gefühle, Phantasien und Ängste.

Die Unterbrechung oder abrupte Beendigung einer Traumdiskussion ist in der Gruppensituation manchmal unvermeidbar. Aber auch solche Vorkommnisse sind letzten Endes ein Teil des assoziativen Prozesses und können daher dem Therapeuten und der Gruppe helfen, den Sinn des Traums zu verstehen. Therapeut und Patienten finden in der Gruppensituation immer Zeit und Gelegenheit, ihre Intuition und Empathie ins Spiel zu bringen. Sie haben gelernt, nicht nur auf verbale, sondern auch auf nichtsprachliche Äußerungen zu achten. Wenn ein Patient einen Traum bringt, kann die kleinste Geste oder Handlungsveränderung beim Hereinkommen durch die Türe oder bei Beginn der Erzählung bereits zum massiven Selbstverrat werden. Ob der Patient schleicht oder stolziert, herausgeputzt oder vergammelt aussieht, auf der Stuhlkante hockt oder breit über die Couch drapiert dasitzt, seine Beine hinter die Stuhlbeine klemmt oder spreizt, das alles wird in der Gruppe nicht nur registriert, sondern auch mitverwendet. Gespannte Mimik, scheuer Blick, ein falsch wirkendes Lächeln kann zum entscheidenden Hinweis auf die innere Situation des Patienten werden^{9,10}. Man weiß in der Regel auch zu unterscheiden, ob es sich um beherrschte Angst, heimliche Spannung, aggressive Gestimmtheit oder Widerstand gegen die aktuelle Situation handelt.