

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel geht es um die Diskussion einiger Konzepte und Elemente stationärer Psychotherapie, in erster Linie spielt es dabei eine Rolle, wie die Zusammenarbeit verschiedener Mitglieder eines Behandlungsteams konzipiert wird. Stationäre Psychotherapie ist augenscheinlich etwas anderes als die bloße Kumulation verschiedener Behandlungsangebote in Psychotherapie, medizinischer und pflegerischer Versorgung, Ergo- und Kunsttherapie, Physiotherapie und Sozialberatung, sondern die Elemente einer Klinikbehandlung wirken in besonderer Weise zusammen (vgl. Janssen, 1987; 2012; Janta, in Vorb.). Und dabei nehmen sie einen Aspekt der Psychodynamik der stationär behandelten Patienten auf, nämlich deren Neigung zur Inszenierung, d. h. dem In-Szene-Setzen ihrer inneren Welt (was sowohl einen Widerstands- als auch einen kommunikativen Aspekt hat; ► Kap. 3). Eine psychotherapeutische Klinik bietet dem eine Bühne und dies in besonderer Hinsicht, nämlich in Form eines so genannten »Spaltungsangebots« (etwa bei Zwiebel, 1987, S. 128f.) das die Tendenz zu einer »Übertragungsspaltung« (etwa bei Janssen, 1987, S. 56) aufgreift und nutzt, indem professions- und personenspezifisch unterschiedliche Beziehungsangebote gemacht werden, welche unterschiedliche Facetten des Beziehungserlebens und der Beziehungsgestaltung aufnehmen. Insofern diese zusammengeführt werden müssen, um einer Patientin Veränderung zu ermöglichen, bedarf es einer Konzeption der Zusammenarbeit im Verstehen und im therapeutischen Prozess.

2.1 Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft

Die »therapeutische Gemeinschaft« – laut Whiteley und Gordon (1979; zit.n. Kernberg, 1984, S.471) einer der »meist mißbrauchten und mißverstandenen Begriffe[.] der modernen Psychiatrie« – als ein konzeptuelles Modell stationärer Therapie wurde einerseits von Main und andererseits von Jones ab den 1940er/1950er Jahren geprägt (vgl. zum Weiteren auch Storck 2016b, S.277ff.). Allerdings kann mit Schultz-Venrath (2011, S.2) herausgestellt werden, dass bereits Bierers Vorstellungen einer »triadischen Psychotherapie« (die Kombination aus Einzeltherapie, Gruppentherapie und »situationsbezogener« Psychotherapie) aus den 1930er Jahren als ein wichtiger Vorläufer angesehen werden kann. Einen weiteren Grundpfeiler stellt der sozialpsychiatrische Ansatz Sullivans (z.B. 1938/39) dar (bzw. der in Chestnut Lodge im Umfeld Fromm-Reichmanns vertretene Ansatz; vgl. insbesondere Foudraine, 1971).

Hilpert und Schwarz (1981, S.10) bezeichnen die therapeutische Gemeinschaft als einen »konzeptuelle[n] Neuansatz institutioneller Behandlungspraxis« und zugleich als eine »soziale Reformbewegung«, die ihre Wurzeln in der Arbeit in britischen Krankenhäusern während des zweiten Weltkriegs hat und insbesondere ab den 1950er Jahren in Großbritannien eingeführt wurde. Sie ist »interdisziplinär orientiert« und nimmt »Einflüsse aus Psychiatrie, Psychoanalyse, Psychologie, Soziologie und Anthropologie« auf (a.a.O., S.11). Es handelt sich dabei nicht um eine Behandlungsmethode, sondern vielmehr um einen »breit angelegte[n] programmatische[n] Entwurf, der auf die Neustrukturierung des Krankenhauses als einer therapeutischen Institution hinzielt« (a.a.O., S.20).

Dabei trägt Main (1946) erstmals Leitgedanken des Konzepts zusammen, insbesondere das Schaffen einer gemeinschaftlichen, sozialen Struktur im Krankenhaus, welche die Möglichkeiten und Notwendigkeiten der Patienten zur (sozialen) Verantwortungsübernahme ins Zentrum rückt. Ferner argumentiert er für eine nicht-hierarchische, aber verantwortungsvolle (d.h. gemäß seiner Kompetenzen eingesetzten)

Rolle der Psychiaterin und für die nötige Diskussion unter den Behandelnden mit dem Ziel einer »Erweiterung der sozialen Kompetenz des Personals« (a.a.O., S.44). Als therapeutische Ziele formuliert Main: »Die Sozialisierung neurotischer Antriebe, ihre Umformung auf soziale Erfordernisse hin innerhalb eines realistischen Bezugsrahmens, die Stärkung des Ichs, die zunehmende Fähigkeit, echte und selbstverständliche soziale Beziehungen einzugehen, die Umformung von Über-Ich-Forderungen« (a.a.O., S.45). Um diese Ziele zu erreichen, schlägt er die Einrichtung »passender Untersuchungsinstrumente« vor, »z. B. Gruppen, die sich treffen, um Konflikte innerhalb von Gruppen und zwischen den Gruppen besser zu verstehen« (Main, 1977, S.58).

Hilpert und Schwarz (1981, S.13) bezeichnen als das Anliegen Jones', der als zweiter Begründer der »therapeutischen Gemeinschaft« gilt, das Schaffen einer »systematische[n], gemeinsam von Patienten und Mitarbeitern zu entwickelnde[n] Änderung der sozialen Struktur einer psychiatrischen Behandlungseinrichtung, in der die Sozialanalyse [...] wichtigstes Anliegen und Grundlage eines sozialen Lernprozesses ist«. Jones (1968, S.27) hebt hervor, dass die »Fähigkeiten eines gut ausgebildeten und qualifizierten Psychiaters [...] weitgehend unwirksam gemacht werden, wenn die soziale Umgebung, in der die Behandlung erfolgt, unbefriedigend ist«. Die Umsetzung eines Konzepts therapeutischer Gemeinschaft zielt auf das Nutzen des »Potenzials von Personal, Patienten und deren Angehörigen« für den Behandlungsprozess. Dabei ist wichtig, dass nicht einzig auf die Gruppe der Patienten als »Gemeinschaft« (mit einer selbstwirksamen Aufgabe) geblickt wird, sondern dass die gesamte Klinik, einschließlich also der Behandelnden, zum Milieu oder zur sozialen Gruppe wird. Das zieht neben dem nötig und möglich werdenden Blick auf die Beteiligten an der Klinikbehandlung als einer Gesamtgruppe eine zweite Folgerung nach sich, nämlich die erforderliche professionelle Reflexion von Teamprozessen und der eigenen Rolle auf Seiten der Behandelnden. Für diese haben die Klinik und ihre Konzeption die Bedingungen herzustellen. Aus der Sicht von Jones wird »das Leben im Spital« so »zu einer Art von lebendigem Laboratorium, in dem Krisen, statt daß sie als lästig und unnötig empfunden werden, als Lernsituationen ausgewertet werden können« (a.a.O., S.35). In der therapeutischen Gemeinschaft, die

von einer »soziale[n]« und »demokratische[n], egalitäre[n] Struktur« geprägt sei, werde »Autorität« jeweils an den Bereich delegiert, »in dem die Probleme auftauchen« (a.a.O.). Zum einen ergibt sich daraus, dass Krisensituationen nicht (zuallererst) im Rahmen einer Klinikhierarchie bewältigt werden sollen, zum anderen, dass die Krisensituationen selbst zum vorrangigen Material der Diagnostik werden.

Das wiederum ist nur möglich, wenn die Qualifikation der Behandelnden aller Bereiche und die konzeptionelle Struktur der Klinik, insbesondere die Besprechungsstruktur, dafür den Rahmen liefern. Jones formuliert:

»Außerordentlich viel Zeit wird für die Untersuchung der sozialen Struktur des Spitals eingeräumt. Die Rolle des Patienten und jedes einzelnen Mitglieds des Personals bildet Gegenstand einer ständigen, genauen Beobachtung; das selbe gilt für die Rollenbeziehungen zwischen den verschiedenen Untergruppen und Disziplinen. Eine Untersuchung der Rollenbeziehungen ist in einer Großzahl der bereits beschriebenen Gruppensituationen möglich. Dadurch ergibt sich von selbst, daß *in der Rückschau, die auf jede Abteilungssitzung oder therapeutische Gruppe folgt, die Rollenbeziehungen zwischen Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeuten und so fort einer genauen Überprüfung unterzogen werden.*« (a.a.O., S. 36; Hervorh. TS).

Die Funktion der therapeutischen Gemeinschaft geht über so eine »genaue Überprüfung« gleichwohl wesentlich hinaus, denn aufgrund ihrer »flexible[n] Organisation« sind auch »Ausgleichsmöglichkeiten«, also Veränderungen in den Rollenbeziehungen, möglich (a.a.O., S. 43). Rollen werden nicht nur erkannt, sie werden therapeutisch genutzt.

Die Grundsätze der therapeutischen Gemeinschaft beziehen sich folglich, so Janssen (1987, S. 43f.) auf die Struktur des Teams, auf dessen Leitung, auf die therapeutische Haltung gegenüber den Patientinnen und auf die »therapeutischen Funktionen der Patienten selbst«. Er bezeichnet es als einen »wesentliche[n] Beitrag, den Verfechter der therapeutischen Gemeinschaft zur Theorie der Teamarbeit im Krankenhaus geleistet haben«, dass es um die »Idee von der persönlichen Gleichheit im Team und der Differenzierung der therapeutischen Aufgaben« geht.

Hilpert und Schwarz (1981, S. 16ff.; Hervorh. aufgeh. TS) fassen als Grundsätze des Konzepts der therapeutischen Gemeinschaft zusammen:

1. *Auffassung der therapeutischen Institution als sozialer Organismus*, »dessen einzelne Teilbereiche miteinander zusammenhängen, sich gegenseitig beeinflussen, behindern oder aktivieren.« Dazu sei eine »horizontale demokratische Struktur« erforderlich, die auch eine »Reduktion der sozialen Distanz aller Gruppierungen im Krankenhaus« einschließt. Autorität und Entscheidungsbefugnisse können so von verschiedenen Personen übernommen werden, wenn auch eine ärztliche Leitungsverantwortung nicht in Gänze verschwindet.
2. *Konzeption des Krankenhauses als »therapeutisches Feld«*, das über die »therapeutische Zweierbeziehungen« hinausgeht und in dem allen Behandelnden therapeutische Funktionen zukommen. Es gelte das »Prinzip der persönlichen Gleichwertigkeit aller, trotz unterschiedlicher Funktionen«.
3. *Verzicht auf »Affektneutralität«*, d.h. »Öffnung der therapeutischen Beziehung für die Gefühlsgehalte verbaler und nonverbaler Kommunikation«.
4. *Enge Zusammenarbeit der Gruppe der Behandelnden*. Das schließt das »koordinierte[.] therapeutische[.] Vorgehen[.]« ebenso ein wie die Einsicht, dass »emotionale Spannungen innerhalb des Teams« eine »Spiegelung« in der Patientengruppe finden und umgekehrt. Die Kontinuität des Teams sei unerlässlich und der spezifische Beitrag jedes Mitglieds zu würdigen.
5. *Bestätigung und Förderung des »therapeutische[n] Potentials«* der Patientinnen. Diesen sollen dort »Verantwortung und Aktivität« überlassen werden, wo sie »kompetent und selbst betroffen sind«.
6. *Gelegenheit zur freien, »repressionsfreien« Kommunikation* zwischen den Beteiligten, was Spontaneität und Emotionalität in den Blick kommen lässt.
7. *Ein Prinzip »größtmöglicher Toleranz* gegenüber dem Verhalten und den Äußerungen jedes einzelnen Mitglieds der Behandlungsgemeinschaft«. Das erfordere die »offene Anerkennung und Klärung

von Schwierigkeiten« sowie die »prinzipielle Bereitschaft zum Wandel«. Als Beispiel wird der Umgang mit dem Agieren genannt, auf das ich in Kapitel 2.4 noch genauer eingehen werde.

8. *Reflexion aller Vorgänge in der Gemeinschaft* »als Grundlage des »sozialen Lernens«. Der »Schutz der Institution« ermögliche dabei eine Erprobung sozialer Aktivitäten, im Rahmen gemeinsam erarbeiteter »Regeln des Zusammenlebens«.
9. *Einrichtung* »angemessene[r] Untersuchungs- und Interventionsinstrumente« der therapeutischen Institution. Darunter fallen (regelmäßige) Stationsversammlungen und die kontinuierliche Teamarbeit.
10. *Freie Kommunikation der »Behandlungsgemeinschaft zu ihrer Umwelt*«. Damit ist der Einbezug von Angehörigen gemeint, die »offene Tür« der Einrichtung im ganz konkreten Sinn sowie das Prinzip der »Belastungserprobung« und Strukturen der Nachsorge bzw. Anschlussbehandlung.

Anhand dieser Übersicht wird deutlich, dass der soziale Gedanke in der Einrichtungsreform nicht allein ein humanistisches Motiv ist, sondern – das wird weiter zu entwickeln sein – konsequent das Geschehen in einem Krankenhaus als beziehungshaft begreift und daraus professionelle Konzepte ableitet. Für den vorliegenden Zusammenhang sind vor allem die Aspekte relevant, in denen es um die Stellung der Teammitglieder zueinander und um die »Untersuchungs- und Interventionsinstrumente« der Behandelnden als Team geht. So schreiben auch Hilpert und Schwarz (1981, S. 20), »daß das Studium der Dynamik einer Stationsgruppe oder eines einzelnen Patienten nicht vollständig sein kann ohne die Untersuchung der Dynamik der Interaktionen der Mitarbeiter«. Daraus ergebe sich »die Notwendigkeit einer regelmäßigen Teamarbeit, die es erlaubt, Schwierigkeiten innerhalb des Teams, die z. B. durch Rivalitäten, Ehrgeizhaltungen, Opferhaltungen hervorgerufen werden, zu erkennen und eine gleichsinnige therapeutische Einstellung zu gewinnen«. Eine wichtige Weiterführung der Ideen der therapeutischen Gemeinschaft findet sich in Arbeiten zur Milieuthérapie (z. B. Heim, 1985).

Soll nun das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft (zur Bewertung kritischer Einwände, insbesondere die Gefahr der Rollendiffusion, vgl. Hilpert & Schwarz, 1981, S.26ff.; genauer bei Rapoport, 1960²) mehr sein als bloß »ein Schlachtruf, ein Zauber und eine Lösung« (Clark, 1965, S. 947) oder der »schwierige[n] Synthese zwischen den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft und der psychoanalytischen Denkweise« (Hilpert & Schwarz, 1981, S. 33) zuversichtlicher nachgegangen werden, muss geprüft werden, wie die gegenwärtige Praxis, die diesem Grundsatz folgt, aussehen kann und es müssen Vorschläge für eine Integration der Grundsätze in professionelles Arbeiten gemacht werden. Main (1977, S.65) ist der Auffassung, dass das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft eine »Erweiterung Freudscher Erkenntnisse« sei, »denn sie beruht [...] auf dem Studium unbewußter Prozesse«: »Ihr Merkmal ist nicht eine besondere soziale Struktur, sondern die Kultivierung einer auf Klärung und Verständnis ausgerichteten therapeutischen Atmosphäre. Dafür werden Untersuchungsinstrumente benötigt, z. B. verschiedenartige Gruppen, für die Probleme, die auf individueller und zwischenmenschlicher Ebene sowie beim Zusammenwirken der verschiedenen Systeme und beim Studium der Impulse, Widerstände und Beziehungsbildungen sichtbar werden.« Main (1957) selbst legt einen ausführlichen Bericht vor, in dem er die Arbeit einer Teamgruppe in der Diskussion von Behandlungen diskutiert und methodische Grundlagen entwirft, auf die ich später zurückkommen werde.

2 Im Wesentlichen wäre dazu die Frage zu stellen, in welcher Weise Demokratisierung (Mitbeteiligung an Entscheidungsprozessen) oder »absolute« Toleranz der Gesundung der Patienten dienen, gegenüber denen die Einrichtung immerhin einen Versorgungsauftrag hat, wodurch notwendigerweise eine Asymmetrie in der Beziehung entsteht. Insbesondere Rapoport (1960) hebt dabei die Gefahr einer nötig werdenden »Resozialisierung« im *Anschluss* an eine Klinikbehandlung hervor. Hilpert und Schwarz (1981, S.29) fassen das so zusammen: »Unter dem sozialen Druck der Therapiestation können Verhaltensänderungen entstehen, die nach der Entlassung wieder verschwinden.« Weiter unten werde ich diese Problematik aufgreifen, wenn es um die Frage danach geht, ob und wie die Klinik mehr etablieren kann als eine »Hilfs-Ich-Funktion«.

Ein weiterer Strang in der Entwicklung stationärer Behandlungen durch ein Team ist die Entwicklung der Gruppenanalyse, auf die ich hier nur knapp eingehen kann.

Sie ist eng mit den Arbeiten Bions und Foulkes' verbunden (vgl. zu deren Verbindung zur therapeutischen Gemeinschaft z.B. Main, 1977). Bions Arbeiten zur Gruppenanalyse (vgl. a. Sandner, 1986; Haubl, 2014, S.338) beziehen sich im Wesentlichen auf die Unterscheidung zwischen einer »Arbeitsgruppe« und einer Gruppe, deren Dynamik auf »Grundannahmen« beruht (Bion, 1961). Während der erste Gruppentyp »ins Arbeiten kommt«, werden im zweiten Veränderungsbewegungen gestoppt oder verunmöglicht. »Arbeitsgruppe« soll für Bion »eine bestimmte Art psychischer Aktivität« bezeichnen und »nicht die Menschen, die sich ihr widmen«. Diese Aktivität richte sich auf eine Aufgabe (die »Lösung der Probleme«), stehe in Beziehung zur Realität, ihre Methoden seien rational und wissenschaftlich und bei ihr »kooperieren alle miteinander, je nach den Fähigkeiten der Einzelnen« (a.a.O., S. 104). Die Arbeitsgruppe »erkennt sowohl die Notwendigkeit des Verstehens wie die der Entwicklung« (a.a.O., S. 118). Die Arbeitsgruppentätigkeit werde »behindert, abgelenkt und manchmal auch gefördert durch gewisse andere psychische Aktivitäten, die ein Attribut miteinander gemein haben: mächtige emotionale Tendenzen.« (a.a.O., S. 106). Für Bion »erwachsen« diese Tendenzen aus »Grundannahmen [...], die der ganzen Gruppe gemein sind«. Die erste Form der Grundannahmen nennt Bion die der Abhängigkeit, ihr folgend ist »die Gruppe zusammengekommen [...], um von einem Führer betreut zu werden, von dem sie Schutz und Nahrung – materielle und geistige – erhält« (a.a.O., S. 107). Der Führer müsse keine konkrete Person und schon gar nicht der Gruppenleiter sein, sondern es könne auch eine abstrakte Idee (z. B.: die gemeinsame Geschichte der Gruppe) diese Funktion übernehmen. Als zweite beschreibt Bion die Grundannahme der »Paarbildung«: Bion führt dazu aus, wie sich in einer Gruppe die Interaktion zweier Mitglieder von den übrigen isoliert – und diese Paarbildung aber von allen mitgetragen wird, in einer »Atmosphäre hoffnungsvoller Erwartung« oder messianischer Hoffnung, die sich auf eine Zukunft richtet, in der alles besser und angenehmer sein wird (a.a.O., S. 109f.). Diese beruhe darauf, dass der »Führer« der Gruppe

noch »ungeboren« sei und gleichsam aus dem Paar heraus entstehen werde, und diene dem Schutz vor »Haß, Destruktivität und Verzweiflung« (a.a.O., S. 110). Die dritte Art der Grundannahmen ist schließlich die der »Kampf-Flucht-Gruppe«, in welcher diese sich »zusammengefunden habe, um gegen etwas zu kämpfen oder davor zu fliehen« (a.a.O., S. 111). Auch hier gebe es einen Führer, dem allerdings die Aufgabe zukomme, für die Aggression der Gruppe (Kampf) ein äußeres Ziel bereitzustellen oder ihre Flucht zu ermöglichen. Dieser Gruppe fehle »völlig die Fähigkeit, Verstehen als Methode zu begreifen« (a.a.O., S. 117). Grundannahmengruppen unterscheiden sich von Arbeitsgruppen dadurch, dass ihre Struktur »sofort da« sei, »automatisch und triebhaft«, und dass von den Einzelnen »keine Fähigkeit zur Kooperation« gefordert sei (a.a.O., S. 112). Entscheidend, und das ist meiner Auffassung nach mit Bions Bemerkung gemeint, die Arbeitsgruppe werde von den Grundannahmen u. U. auch gefördert, ist dabei, dass das Erkennen, Deuten und Verändern der Grundannahmen als die Aufgabe der Gruppe als Arbeitsgruppe erscheint, nämlich die »Lösung der Probleme« im Sinne eines Verstehens und die dadurch mögliche Veränderung. Anders gesagt: Die Gruppe arbeitet ja gerade am Abbau der Grundannahmen. Die Kooperation der Mitglieder einer Arbeitsgruppe ist sowohl Mittel als auch Ziel.

Aus den gruppenanalytischen Arbeiten von Foulkes (1964) stammt das Konzept der Gruppenmatrix: »Die psychische Matrix der Gruppe als Ganzes, in welcher sich alle intrapsychischen Prozesse abspielen, ist die Basis aller Überlegungen« (a.a.O., S. 9)³. Die »Interaktions-Matrix in der therapeutischen Gruppe«, die vor dem Hintergrund der Annahme begriffen wird, dass der oder die Einzelne immer in Bezug zu »Konflikten und Spannungen seiner Stammgruppe« zu sehen sei, wird von Foulkes explizit als »das Äquivalent der Übertragungsneurose« im

3 Wie bereits bei der Darstellung des Ansatzes Bions übergehe ich hier auch wichtige Teile der Foulkes'schen Auffassung (etwa die Bezüge der Gruppenmatrix zu den psychischen Instanzen oder die Frage der Symbolbildung) und stelle auch nicht die technischen Aspekte dar. Vielmehr geht es mir um Vorbereitungen der konzeptuellen Grundlagen, auf denen eine Teamgruppe in Fallbesprechungen psychodynamisch arbeiten kann.

ambulanten Setting gesehen (a.a.O., S. 33). Die Konstellation einer spezifischen Matrix ist also eines der Ziele der gruppenanalytischen Arbeit, insofern sich hier die Konflikte bzw. Symptome in einem überindividuellen Sinn zeigen und bearbeitbar werden. Foulkes definiert die Matrix als »das hypothetische Gewebe von Kommunikation und Beziehung in einer gegebenen Gruppe. Sie ist die Basis, die letzten Endes Sinn und Bedeutung aller Ereignisse bestimmt, und auf die alle Kommunikationen, ob verbal oder nicht verbal, zurückgehen« (a.a.O., S. 33). Er unterscheidet vier Kommunikationsebenen: aktuelle, projektive, primordiale und Übertragungsebene. Auch psychoanalytische Grundregeln finden sich Foulkes zufolge in der Gruppenanalyse wieder: Er spricht von »freiströmender Diskussion« und von »kollektiver Assoziation« (oder auch »freier[r] Gruppenassoziation«; a.a.O., S. 173f.) in Relation zur Gruppe als Ganzes bzw. der Gruppen-Matrix (a.a.O., S. 141). Er schreibt, durch die Instruktion an die Gruppenmitglieder, frei zu assoziieren, habe er eine Modifikation der Assoziationen durch die Gruppensituation erkannt. Diesem Prozess habe er den Namen »frei fließende Diskussion« gegeben und weiter sei ihm bewusst geworden, »daß man die Äußerungen der Gruppe als ein Äquivalent der freien Assoziation des Individuums betrachten kann, wenn man die Gruppe als Ganzheit sieht.« (a.a.O., S. 173f.). Es gehe darum, »daß die Gruppe als ganzes assoziiert, antwortet und reagiert. Die Gruppe bedient sich zwar einmal des einen Sprechers, einmal des anderen, aber immer ist das transpersonale Netzwerk sensibilisiert, äußert sich und reagiert.« (a.a.O., S. 175). Dafür ist die Gruppenmatrix die »operative Basis aller Beziehungen und Kommunikationen« und in ihr werde das Individuum als »Knotenpunkt« und als ein »offenes System« aufgefasst (a.a.O., S. 174).

Konzepte von unbewusster Gruppenfantasie oder Übertragung »auf« die Gruppe bzw. aus dieser heraus sind dabei entscheidend (bei Foulkes die sogenannte »T-Ebene«). Das Besondere dieser aus psychoanalytischen Einzelbehandlungen erwachsenen Konzepte in Gruppensituationen liegt darin, dass Dynamiken theoretisch beschreib- und klinisch deutbar werden, die sich nicht »am Individuum festmachen« lassen. Argelander (1972) liefert eine systematische Zusammenstellung gruppenanalytischer Prozesse und führt dies in die Konzeption der Ba-