

# **Gruppenanalytische Beobachtungen zur Stationsdynamik in einer forensisch- psychiatrischen Rehabilitationsstation \***

*Erwin Lemche, Dresden*

## ***1. Beschreibung der Institution***

Ausgangspunkt für die vorliegende Arbeit ist die Beobachtung, daß in institutionellem Rahmen offensichtlich Massenphänomene auftreten, die die Beteiligten wie "Hypnotisierte" (Freud 1921c) sich erleben und verhalten lassen. Ein Teil dieser Gruppendynamik läßt sich allein aus der Konstellation des gegebenen institutionellen Rahmens verstehen. Eine Analyse der institutionellen Randbedingungen ermöglicht eine Ableitung des innerhalb dieses Rahmens möglichen Erfahrungsspektrums ("frame analysis", Goffman 1974). Dieser Teil kann vereinfacht als Einflußgröße, die von außen auf die Station wirkt, bezeichnet werden.

Immer wieder auffallend für mich, der die Arbeit auf der Station als belastend erlebte, war das Phänomen, daß Außenstehende (Besucher, Praktikanten, neue Kollegen) das Klima auf der Station als besonders ruhig und wenig ereignisreich beschreiben. So berichtet eine Kollegin, der neue Stationsarzt habe gefragt, was es hier denn an "Arbeit" zu tun gebe. Ich sehe in solcher Verschiedenheit der Wahrnehmungen ein Zeichen für die tiefe Regression des alten therapeutischen Teams. Dieses hingegen empfindet die therapeutische Arbeit als anstrengend und besonders belastend. Nach Bions Begriff (1962, 1963) wurden sie der Container für die übermächtigen, destruktiven Inhalte dieser problematischen Gruppe von Patienten.

Die hier geschilderte forensisch-psychiatrische Rehabilitations- und Entlassungsstation ist eine von fünf Stationen der Gesamtstation. Die forensisch-psychiatrische Abteilung wiederum ist Teil einer ehemals großen Landesnervenklinik, die bis zum Mauerfall die einzige derartige Einrichtung im ehemaligen West-Berlin gewesen ist. Während die anderen vier Stationen in einem postmodernen, architektonisch reizvoll gestalteten Neubau im Sinne eines Sicherheitstraktes untergebracht sind, liegt die Reha-Station in einem der alten, aber restaurierten Gründerzeitpavillons in der grünen Idylle eines riesigen Klinikareals. Diese Tatsache wirkt sich in besonderer Weise auf das Setting der Station aus.

In der forensischen Psychiatrie werden Patienten behandelt, die ausnahmslos schwerste psychische Störungen haben. Es handelt sich dabei um psychotische Erkrankungen und schwere Persönlichkeitsstörungen. Desweiteren haben diese Menschen eine Deliktssymptomatik, d.h. sie haben eine oder mehrere Straftaten begangen, wurden aber vom Strafgericht aufgrund ihrer psychischen Störung von der Schuldfähigkeit exculpiert. Schließlich wurde vom gerichtlichen Gutachter und von der Strafkammer befunden, daß sie für die Allgemeinheit so gefährlich sind, daß sie in einer psychiatrischen Klinik untergebracht werden müssen. Diese Unterbringung ist unbefristet und wird normalerweise jährlich gerichtlich überprüft. Einer möglichen Entlassung müssen nach den Vorschriften der Staatsanwaltschaft schrittweise Erprobungen mit zunehmenden Freizügigkeiten vorausgehen.

Ein anderer Teil der Geschehnisse innerhalb einer Station ist als Teil der vorhandenen gesamten Gruppen-Matrix zu betrachten, das bedeutet, als Funktion der Eigendynamik aller Mitglieder dieser Station, einschließlich des therapeutischen und des Pflgeteams. Dies bedeutet auch, daß sich meines Erachtens bestimmte Faktoren, nämlich die Deliktssymptomatik und die spezifische Art der psychischen Störung, auf die Gruppengeschehnisse auf der Station auswirken.

Diese Dynamik, die sich aus einer besonderen Dynamik von Projektion, projektiver Identifikation und Spaltung ergibt, möchte ich als *Täter-Opfer-Spaltung* bezeichnen.

Vorliegender Bericht stellt den Versuch dar, mein Erleben und meine Reaktionen als Teil dieser Matrix zu systematisieren und für mich deutliche, wiederkehrende Momente der Erlebensdynamik aufzuzeigen. Ich habe über zweieinhalb Jahre als klinischer Psychotherapeut auf dieser forensisch-psychiatrischen Rehabilitationsstation gearbeitet und möchte im folgenden versuchen, das in mir vorgegangene Erleben auf das Gruppengeschehen der Gesamtstation bezogen zu reflektieren.

Das Zustandekommen der Täter-Opfer-Spaltung verstehe ich als Ausdruck einer Häufung charakteristischer Objektbeziehungseinheiten (SOA-Units, Kernberg 1966, 1976) in der transpersonalen Gruppenmatrix der Gesamtstation. Das bedeutet, daß eine Häufung entsprechender primitiver, internalisierter Objektbeziehungen (Volkan 1976) bei Patienten mit psychotischen und Persönlichkeitsstörungen auf Borderline-Niveau gleichermaßen vorkommt, im besonderen mit der Deliktssymptomatik zusammenhängt und in der Gesamtmatrix der Station reexternalisiert wird. Diese primitiv-triangeläre Dynamik geht mit charakteristischer Rollenverteilung einher, die reihum wechseln kann und die von verschiedenen Parteien jeweils als Täter, Opfer oder Retter agiert wird.

Die psychosexuelle Schichtung enthält paranoid-persekutorische Objektbeziehungseinheiten, Erfahrungen analer Überwältigung und Gewalttätigkeit bzw. deren Abwehr in der Beziehung zum Objekt sowie eine primitive, trianguläre Beziehungssituation, die keine Erreichung von oedipalen Beziehungen zuläßt. Vielmehr sind beide elterlichen Objektrepräsentanzen nicht vollständig und integriert aufgrund einer zutiefst empfundenen, schweren Ambivalenz zu beiden, wobei der jeweils eine Elternteil als Fluchtpunkt vor den total bösen Aspekten des anderen fungierte und umgekehrt. Obwohl häufig die Geschlechtsdifferenz gering ausgeprägt und kaum spürbar ist, könnte man pauschal formulieren, daß das Versagen der Funktion des Vaters in leeren, grandiosen Heilsversprechungen, körperlichen Mißhandlungen, im Fehlen einer moralischen ('richtig' vs 'falsch') Richtschnur besteht, während die Mutter häufig eine unsichere Basis darstellte und mit ihr die notwendige Erfahrung von Raumgebung und Grenzsetzung mißlang.

## **2. Zu den Auswirkungen des Stationssettings**

Die separierte lokale Situation der Station abseits vom Sicherheitstrakt und der starke Belegungsdruck bewirken, daß die Station ihrer designierten Aufgabe als Rehabilitations- und Entlassungsstation immer weniger gerecht werden kann, sondern als "Überlaufbecken" (stv. Abteilungsleiter) der Abteilung dient. Dies hängt mit der baulichen Situation zusammen, da der Sicherheitstrakt in einem Neubau aus polizeilichen Gründen nur eine beschränkte Anzahl Patienten aufnehmen darf, während in dem geräumigen Altbau die Zimmer doppelt belegt werden können, und auf diese Weise schon bis zu fünfundvierzig Patienten auf Station waren. Die Nominalbelegung liegt bei vierundzwanzig Patienten, achtzehn Pflegedienst-Mitarbeitern und damals sieben Therapeuten (Oberärztin, Stationsarzt, Ärztin im Praktikum, Psychologe, Halbtagspsychologe, Sozialarbeiter, Ergotherapeutin).

Davon abgesehen ist die Entlassungsstation von einer halbgeschlossenen, allgemeinpsychiatrischen Station nur durch die Maßregel (d.h. Unterbringung zur "Besserung und Sicherung" nach § 63 StGB) als juristischem Faktor und der damit verbundenen Abhängigkeit von der Staatsanwaltschaft zu unterscheiden. Dies bedeutet, daß die Patienten aus disziplinarischen Gründen nicht entlassen werden können und nicht freiwillig in der Forensik sind. Diese Tatsache wird von den Patienten mit Psychosen und Persönlichkeitsstörungen häufig erheblich unterschiedlich verarbeitet. Trotzdem spielt der Sicherheitsaspekt vor allem in den Köpfen eine Rolle, z.B. als Schutzerwartungen der Pfleger von den Therapeuten im Sinne der Basaldynamik der Abhängigkeit (baD, Bion 1961): Die Therapeuten sollten möglichst umfassend verfügbar sein, um

die Pfleger jederzeit vor den Patienten schützen zu können.

Wie in jeder psychiatrischen Einrichtung spielen Stationsregeln und ihre Einhaltung eine besondere Rolle: Kein Alkohol, keine Drogen, keine Entweichungen, etc. Können oder wollen die Patienten die Regeln nicht einhalten, so bleibt Pflegern und Therapeuten als einzige Antwortmöglichkeit die "Sperrung" als Sanktion im Sinne der Rücknahme von Ausgangsmöglichkeit. Die Verhängung ist jedoch ambivalent: Man kann schwer steuerbare, inkompliante, lästige, aggressive Patienten nicht loswerden und das Team muß im Zweifelsfalle entscheiden, ob es schwer erträgliche Patienten ganztags auf Station ertragen will.

Aus meiner Sicht führt dieses Setting zu schwerstem Ohnmacherleben bei allen drei Gruppen, Patienten, Pflegern und Therapeuten. Dieses Ohnmacherleben ist immer und immer wieder gekoppelt an Zustände von Hilflosigkeit, Sinnlosigkeit, Frustration und kann sich in Haßausbrüchen mit persönlicher Abwertung oder Schuldzuweisung (projektive Identifikation) entladen. Dieses Ohnmacherleben ist in seiner Heftigkeit für die Beteiligten rational nicht mehr durchdringbar und führt durch permanente Wiederholungen in intrapsychische Spannungszustände, die nicht mehr anders bewältigt werden können als durch Abwehr in Form von Spaltung. Dieser Spaltungsmechanismus stellt im Grunde eine Regression von einer analen Stufe (hoheitliche Macht und die Sphinkterfunktion des Öffnens und Schließens) auf eine haßaufgeladene, angriffsbereite, orale Stufe (entsprechend der "paranoid-schizoiden Position", Klein 1946) dar. Die orale Seite dieser tiefen Frustration ist körperlich als Ausgehöhltsein, Ausgepumptsein spürbar, das mit Essen (Therapeutenessen, Pflegerfrühstück etc.) entschädigt werden muß.

So führt der beschriebene Spaltungsprozeß z.B. auf Pflegerseite zu primitiven Rache- und Vergeltungsphantasien den Patienten gegenüber, zu Schuldzuschreibungen an Therapeuten als "Versager", da die Bewältigung des "Versagens" der Patienten permanente und tiefe Insuffizienzerlebnisse der Helfer auslöst. Weil die Pfleger meist Leidtragende der abgespaltenen, schädigenden Seiten der Patienten sind, neigt das Pflegeteam häufig dazu, allein die Delinquenz der Patienten zu beachten. Demgegenüber neigt das Therapeutenteam dazu, die Realität der Delinquenz zu verleugnen und bei den Patienten allein die "zu heilende" psychische Krankheit und deren frühkindliche Ursachen zu beachten. Dieser Zerfall des Gesamtteams in zwei Teilteams, die sich in ihrer Arbeit wenig respektieren, ist bereits Resultat einer erfolgten Spaltung: Sie beruht darauf, daß die Patienten zu den Therapeuten aufgrund von Rettungsphantasien 'total gute' Partialobjektbeziehungen aufnehmen, während in den Beziehungen zur Station und den Pflegemitarbeitern die negativen Schädigungstendenzen zum Tragen kommen.

Es ist also nachvollziehbar, daß das Setting der Forensik auch ohne Gitter allen dort lebenden und arbeitenden ein Grundgefühl des Eingesperrtseins vermittelt. Dieses institutionelle Grundgefühl führt m.E. notwendig in eine Basaldynamik von Kampf und Flucht (baF im Sinne von Bion 1961). Daher werden dort psychoanalytisches Verstehen und eine deutende Intervention in der konkreten Arbeit unterdrückt. Ebenso wie Freiheit ist auch Kreativität im Grunde nicht erlaubt und läuft Gefahr, stark beneidet und zerstört zu werden. Allein meine Sonderstellung als halbtags tätiger Psychologe ermöglichte mir es daher, verschiedene Dynamiken nicht mitzuagieren, sondern aufgrund der mir möglichen Distanzierung (Sterba 1934) zu verstehen. Der hohe Preis hierfür war jedoch, daß meine Ansichten häufig negiert wurden und ich aufgrund des Besitzes des dort am meisten beneideten Gutes immer wieder zum Objekt von Haß wurde: der Freiheit.

### **3. Die Deliktsymptomatik und ihre interpersonale Dynamik als Täter-Opfer-Spaltung**

Die differentia specifica in der Psychodynamik von psychisch kranken und persönlichkeitsgestörten Patienten in der Forensik im Vergleich zu allgemeinpsychiatrischen Patienten liegt in in der Begehung eines Deliktes, welches entsprechend der Persönlichkeitsstruktur

Ausdruck des Grundkonfliktes des Patienten ist. Zum Beispiel lassen sich bei Raub und Diebstahl unschwer orale Störungen annehmen, während bei Körperverletzung o.ä. eher anale Grundkonflikte eruierbar sind usf. Allen Deliktssymptomatiken gemeinsam ist m.E. doch eine gewisse aggressive Konfliktdynamik in den aktuellen Objektbeziehungen (cf. Aichhorn 1925). Im Sinne einer Definition dieser Dynamik kann ausgesagt werden, daß sie im Feld bzw. in der Matrix interpersonaler Beziehungen auf dem Versuch der Vertauschung der Urheberschaft von Impulsen, Handlungen und Konflikten beruht. Auf reifer Ebene ist diese Dynamik wohlbekannt als Schuldzuschreibung, Sündenbocksuche und Suche nach einem einzig Verantwortlichen als gemeinschaftlichem Gruppenprozeß. Dies setzt eine Verkenntung der eigenen Destruktivität und die Hoffnung, sich der Destruktivität durch Opferung entledigen zu können voraus.

In diesem Sinne können solche Patienten in gewissen spannungsgeladenen Situationen nicht ihre eigene Verstrickung in die Eskalation von Gewalt erkennen. Werden sie mit ihren delinquenten, schädigenden, aggressiven oder sonstwie konflikthaften Beteiligungen - sachte - konfrontiert, empfinden sie dies als Angriff und unterliegen häufig einer Regression. Diese erinnert an eine Projektion im Zustand einer Verschmelzung im Sinne mangelnder Selbst-Objekt-Differenzierung. Die affektive Antwort besteht dann in einer aggressiven Reaktion (cf. Steiner 1987), die in der Regel begleitet wird von einer Beschreibung der Bösartigkeit und Angriffslust des Gegenübers oder des eigenen Opferseins in der Kindheit. Deutlich spürbar ist die Angst der paranoid-schizoiden Position, die zu einer Haltung des Angriffs, der "ruthlessness" (Winnicott 1965b) führt.

Bei genauerer Beobachtung lassen sich verschiedene entwicklungspsychologische Ebenen erkennen:

1. Ungenügendes Containment: Unlust und Angst können nicht verarbeitet werden, sondern werden ich-defensiv abgewehrt und als Form eines Angriffs oder Vorwurfs vorgetragen.
2. paranoid-schizoide Position: klamme Angstspannung, nur im Erleben als Verfolgter, unbewußte Suche und Anstreben eines Konfliktes.
3. anale Überwältigung mit Identifikation mit dem Aggressor: Wille-brechender Zwang auf das Selbst, Annahme und Akzeptierung der Opferrolle bei abgespaltener, gewalttätiger, sadistischer Täterschaft.
4. Schamreaktionen statt Schuldgefühle, Verstecken des eigenen Scheiterns und Unzureichens.
5. frühzeitige oedipale Triangulierung als Bündnissuche: Komplizenschaft, Wetteifern um Schlitzohrigkeit. Phallisch-narzißtische Größenphantasien im taktischen Sieg, im Triumph, den anderen übers Ohr gehauen zu haben (manische Abwehr eines Objektverlustes).

Im stationären Gruppengeschehen zeigt sich die primitive Triangulation bei Persönlichkeitsstörungen vom narzißtischen Typus als Bündnissuche und Verbündung im Kampf gegen Dritte. Wenn der Therapeut sich als Retter oder als "Kumpel" mißbrauchen läßt, kann dies zu Lasten der Pflegemitarbeiter gehen. Daher ist die Gefahr der Verstrickung für den Therapeuten groß, und die Rollen können schnell umschlagen. Besonders Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typus neigen dazu, die Therapeuten in die Position des Täters zu manipulieren, um ihnen das Übel für ihr eigenes Scheitern aufladen zu können.

Die Täter-Opfer-Dynamik ist auch Unfähigkeit zu einer echten Gruppengemeinsamkeit in gegenseitiger Anerkennung und Schätzung der Teilnahme an einer gemeinsamen Sache, die oedipale Beziehungen voraussetzen würde. Die Patienten selbst gehen spontan keine Gruppe ein, sie gehen sich aus dem Wege und neigen eher zu Isolation. Mein Versuch des Verstehens des Zusammenhangs von Spaltung, projektiver Identifikation, ubw. Provokation und Schuldzuweisung ist noch nicht abgeschlossen. Die Entwicklungslinie der Aggression ist insgesamt auch noch wenig untersucht.

#### **4. Stationäre Psychotherapie in der Forensik: Contradictio in Adjecto?**

Psychoanalyse und Psychotherapie sind Kinder der Freiheit. Jede Einschränkung ihrer Freiheit und Freiwilligkeit kann ihr Funktionieren bis zur Unmöglichkeit beeinträchtigen. Daher will ich aus meinen Praxiserfahrungen die Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung schildern, wie sie sich ergibt, wenn der Therapeut gleichzeitig eine Machtfunktion über den Patienten ausüben muß. Im optimalen Falle kann bei großem Geschick auch unter dieser Prämisse eine psychotherapeutische Beziehung in Gang kommen. Häufig jedoch ist dies gänzlich unmöglich. In der forensischen Psychiatrie gibt es keine Möglichkeit der "disziplinarischen Entlassung" wie in der Allgemeinpsychiatrie, keine "Bedingungen" oder "Anforderungen", die die Patienten erfüllen müssen, um in Behandlung genommen zu werden. Im Gegenteil: Alle Patienten "müssen" behandelt werden, ob der Therapeut will oder nicht, und ob es der Patient will oder nicht.

Durch die hieraus resultierenden Stillstände in den emotionalen Entwicklungsprozessen der Patienten ("stalemate of treatment", Kernberg 1984; "impasse", Rosenfeld 1987) kommt es bei manchen Patienten z.T. zu sehr langjährigen Verläufen. In der stationären Verweildauer beträgt der deliktunabhängige Durchschnitt in dieser Abteilung 4,7 Jahre bis zur Entlassung. Die besten Aussichten haben diejenigen Patienten, die die Unterwerfung unter hoheitliche Macht am wenigsten konflikthaft verarbeiten müssen.

Es dürfte also evident sein, daß die Komponente der hoheitlichen Machtausübung die Arbeitsbeziehung beeinträchtigt, wengleich auch in individuell unterschiedlicher Schwere. Die zurecht bestehende Patientenreaktion besteht mindestens in der Selektion des Materials, manchmal in Desinteresse und zum Teil in offener Therapieverweigerung, die jedoch recht selten ist. Daneben gibt es jedoch auch eine Gruppe von Patienten, die unabhängig von ihrer Krankheitseinsicht eine große Therapiemotivation aufweisen und entsprechend an sich arbeiten wollen. Die Kunst des Psychotherapeuten in der Forensik besteht darin, langsam eine authentische Realbeziehung aufzubauen, und das teilweise mit Patienten, die recht abstoßend (Dissoziale) leben, oder es erforderlich machen, eine negative Über-Ich-Gegenübertragungsreaktion (Kindersexualmörder, Vergewaltiger) zu bewältigen, um nicht einer projektiven Gegenidentifikation ("projective counteridentification", Rosenfeld 1981) zu erliegen. Gleichzeitig trägt er der Öffentlichkeit gegenüber Verantwortung, wenn die Patienten potentiell gefährlich sind.

Hinsichtlich meiner Erfahrung in der Arbeit mit der Beziehung stellen die Absprachen symbolisch in der Dyade das dar, was Gesetze oder Regeln in einer großen Gemeinschaft an Verbindlichkeit einfordern. Die externalisierte Über-Ich-Störung der Patienten bewirkt, daß diese als Übertragungsanteil in der Beziehung zum Psychotherapeuten sich in symbolischer Weise wiederholt im Sinne einer Reinszenierung delinquenter Interaktionsstrukturen. Dies bedeutet, daß das Delikt symbolisch und en miniature dem Psychotherapeuten oder einer anderen Bezugsperson gegenüber in bezug auf Stationsregeln oder Absprachen verübt wird. Meines Erachtens handelt es sich um das Wirken sadistischer Impulse, Über-Ich-Vorläufer, die auf den Tod des internalisierten Vaters abzielen.

Diese Vorgänge erlauben ein in-vivo-Studium dessen, was Bion 1959 in "Attacks on Linking" beschrieben hat, nämlich die Unmöglichkeit für den Patienten, eine gute "hilfreiche Beziehung" (Luborsky 1984) aufrechtzuerhalten und für sich zu nutzen. Gute Beziehungen müssen immer wieder zerstört werden. Aufgabe des Psychotherapeuten ist es, diese symbolische Destruktion der Arbeitsbeziehung immer wieder zu überleben, den destruktiven Inhalt aufzuheben und auszuhalten und ihn in vergeltungsfreier Form mit dem Patienten durchzusprechen. Es besteht dann die Hoffnung, daß diese Einbrüche über die Jahre hin abnehmen, wenn der Patient hinreichend dazu in der Lage ist, die guten Aspekte der therapeutischen Beziehung zu internalisieren und evtl. sogar Introjekte zu bilden.

Die gemeinsame psychotherapeutische Arbeit basiert auf der Zielsetzung der gerichtlichen Entlassung des Patienten. Komplikationen ergeben sich aus der Tatsache, daß ein hoher Prozentsatz der Patienten überhaupt nicht entlassen werden will, da sie es in ihrem meist schwierigen Leben noch nie so gut gehabt haben wie in der Klinik. Ein anderer Teil gehört zu den Persönlichkeiten, die

Rosenfeld 1987 und Kernberg 1984 sehr anschaulich als 'destruktiver bzw. maligner Narzißmus' beschrieben haben, sie neigen aus primitiven Neidreaktionen dazu, die Früchte gemeinsamer Arbeit immer wieder zunichte machen zu müssen. Die in der forensischen Psychiatrie häufig vertretene Gruppe von 'psychopathischen' Patienten, d.h. narzißtischen, schizoiden, paranoiden, erregbaren Persönlichkeitsstörungen im Gegensatz zu den instabilen Borderline-Persönlichkeitsstörungen, neigen in der Regel zur Verleugnung der Tatsache, daß sie ohne die Station häufig nicht existieren könnten oder sich in psychischer Abhängigkeit von der Forensik befinden.

Diese Patientengruppe reagiert auf die Machtausübung mit einer Spaltung bei Projektion des total bösen Partialobjekt-Anteils auf die Forensik. Es entstehen dann Phantasien, sie seien im "Knast", weil dann die Verhältnisse oder Rollen klarer wären, und sie dann nicht "krank" wären. Die Spaltung der Selbst- und der Objektrepräsentanzen erleichtert es, nicht die positiven nährenden und schützenden Aspekte einer psychiatrischen Klinik lieben zu müssen.

Macht und Neid sind nach Bardé & Mattke 1991 die Hauptkonfliktfelder in psychotherapeutischen Teams. Nach meiner Erfahrung beruhen die daraus resultierenden Kämpfe und Konflikte auf den spezifischen Kränkungen der einzelnen Berufsgruppen. So müssen die jungen Ärzte auf einem Gebiet dilletieren, das sie so zunächst nicht gelernt haben. Sie neigen dann zum Überspielen von Unsicherheit und Annehmen einer Omnipotenzrolle mit grandioser Selbstidealisierung, die ihnen zum Teil vom Pflegepersonal zugewiesen wird. Die Psychologen müssen schmerzlich zur Kenntnis nehmen, daß sie nach relativ einschlägigem Studium in einem Medizinbetrieb eine untergeordnete Rolle spielen müssen und in der Klinikhierarchie kaum aufsteigen können. Die Sozialarbeiter, die oft die längste Praxiserfahrung mit Patienten aufweisen, werden in eine Bürokratenrolle abgedrängt. Die Ergotherapeuten, die zeitlich den eingehendsten Patientenkontakt haben, finden das wenigste Gehör. Die Pfleger empfinden Ausgeliefertsein und Ohnmacht gegenüber Patienten und Therapeuten.

Der Kampf um die tonangebende Position, Vorherrschaft und Verfügungsgewalt innerhalb des Therapeutenteams beeinträchtigte die Sicht auf die Spaltung des Gesamtteams. Die oben beschriebene trianguläre Dynamik der Täter-Opfer-Spaltung wurde dann mit verteilten Rollen von Pflorgeteam und Therapeutenteam agiert. So übernahmen die Therapeuten die Funktion von Rettern, während die Pfleger als Opfer der schädigenden Anteile der Patienten den Aspekt der Realität der Öffentlichkeit vertraten. Damit einhergehend ist der Wunsch nach Rache und Vergeltung durch einen gerechten Vater - das Therapeutenteam.

Auf dem Höhepunkt eines Teamkonfliktes entstand im Pflorgeteam der Wunsch nach Vergeltung an den Patienten, den ein Pfleger schließlich durch eine ungesetzliche Fixierung agierte, die bis hin zum Gesundheitssenator hohe Wogen schlug. Damals war die Thematik von Recht und Gerechtigkeit in den Teamdiskussionen dominant. Zutage trat der Neid der Pflegerschaft auf die Patienten, die ungestraft verrückt spielen dürften, und der Neid der Pflegerschaft auf die Therapeuten, die Entscheidungsgewalt ausüben dürften. Deutlich war dabei auch der Zusammenhang von Generationswechsel und Macht, war doch das Pflorgeteam überwiegend mit Mitarbeitern besetzt, die durchschnittlich zwanzig- bis dreißigjährige 'Verläufe' in der Forensik hinter sich haben.

Daher war zu dieser Zeit die Entwicklung eines Klimas für die stationäre Psychotherapie (Becker & Senf 1988, Janssen 1987) unmöglich, da das Verlangen nach Vergeltung als Reaktion auf die Machtproblematik dominierte und keinen Raum für eine Reflexion des eigenen Erlebens mit Patienten und das Nachspüren von deren unbewußten Zügen gab. Am ehesten erfüllte die Stationsversammlung in Ansätzen die Funktion eines demokratischen Forums im Sinne der Therapeutischen Gemeinschaft (Main 1946). Häufig traten in dieser Versammlung jedoch ebenfalls Vergeltungswünsche gegen Pflegemitarbeiter von seiten der Patienten bzw. Wünsche nach oraler Versorgung durch die Therapeuten auf. Durch den passiven Rückzug der Pfleger aus den Gemeinschaftsversammlungen wurden die Bezugstherapeuten zum alleinigen Container für die Patienten. Bevor also ein gemeinsamer Übertragungsraum entstehen kann, müssen

Spaltungsprozesse im Gesamtteam überwunden werden können, was auf dieser Station immer nur punktuell gelang.

## 5. Die Rettungsphantasien in der Übertragungsbeziehung

Die Matrix der Station ist offenkundig geprägt von der *Regression* auf der Station. Die Regression ist einerseits die Folge der hoheitlichen Funktion der juristischen Machtausübung, die die therapeutischen Mitarbeiter ständig überfordert, andererseits durch die Zunahme der Stationsgröße und die damit verbundene Chronifizierung bedingt. Die Folgen bei vielen Patienten sind Empfindungen von Lethargie, Leeregefühlen, Depression und ihre Abwehr durch Rauschgift. Durch dieses Liegenbleiben-im-Bett der Patienten ergibt sich notwendig eine Tendenz zur Strukturierung der Station, wobei alles - zumindest nach allgemeiner Erwartung - vom Therapeuten ausgehen soll.

In der von Bion (1961) beschriebenen Dynamik von Grundannahmen-Gruppe und Arbeitsgruppe zeigt sich hier ein ständiges Zusammenbrechen der Funktionen der Arbeitsgruppen-Ebene. Die von mir wahrgenommene Tendenz zur Abhängigkeitsgruppe beinhaltet als eine Sonderform unausgesprochene Erwartungen von Pflegern *und* Patienten z.B. Schutz vor Gewalt und Delikten etc., Fütterung mit guter und ausreichender Nahrung (die die Klinik nicht immer zur Verfügung stellt) und Aktivitäten und Ideen für Festivitäten. Dabei ist die Erwartung von seiten der Patienten in der baD mit der Phantasie aufgeladen, der Therapeut könne und werde ein *Retter* aus der Misere der forensischen Unterbringung sein und könne die Patienten gegenseitig vor ihren schädigenden und delinquenten Seiten bewahren. Ähnliche Rettungserwartungen bestehen als Schutzbedürfnis auch auf seiten des Pflegepersonals. Soll eine tragfähige therapeutische Beziehung in Gang kommen, muß der Therapeut diesen Rettungswunsch aufnehmen und im Konfliktfalle auch für den Schutz des Pflegepersonals Sorge tragen.

Hingegen verrät die Subgruppenbildung im Gesamt-Team das Wirken der Grundannahme von Kampf und Flucht, im Auseinanderklaffen der Wahrnehmungen, im Streiten um strenge oder milde Sanktionen oder in immer wieder beschlossenen Kampagnen gegen die Antriebsstörung und ihre Therapieresistenz. Offenkundig ist die baF auch in den Teil-Teams vorherrschend: Im Pflege-Team als Desinteresse an Aufdeckung, Beibehaltung bequemer Haltung, Abschieben der Aktivitäten an die Therapeuten, in der Vermeidung interaktionalen Kontaktes mit Patienten. Im Therapeuten-Team um das beste therapeutische Konzept, um die Frage "Wer hat das Sagen?" oder "Wie kann ich mich entziehen?".

Das Gruppenverhalten der Patienten schließlich ist durch gleichgültiges Desinteresse aneinander gekennzeichnet. Darauf angesprochen, kommt die Antwort, man wolle sich nicht miteinander beschäftigen. Der Grund hierfür liegt vermutlich in der Abspaltung der delinquenten und schädigenden Anteile, die bei näherer Beziehung gegenseitig virulent würden. Die Patienten treten gegenseitig als "Ehrenmänner" oder Opfer auf, die falsche Geschichten über die Gründe des Hierseins tradieren und versuchen, ein falsches Selbst zu etablieren.

Potentiell hätte eine Gruppentherapie hier gute Chancen, doch meine Versuche, dies zu initiieren scheiterten bislang am ständigen Verweigerungshaltung der Mitglieder der Gesprächsgruppe. Das wiederkehrende Problem liegt folgerichtig in den Normverstößen der Patienten (Foulkes 1948) untereinander. Es besteht häufig in Klauen von Eigentum, 'Verschwinden' von Inventar, gemeinsamen Lebensmitteln usw., so daß der Therapeut ständig mit der Regelung dieser Konflikte okkupiert wird. Die Abwehr von echter Gemeinschaft besteht in gemeinsamem Alkohol- und Cannabiskonsum und der Herstellung von Pseudobeziehungen in beziehungslosem Nebeneinander in Form von Regressionsphantasien von Verschmelzung in 'Kiff-Cliquen' oder der Planung von gemeinsamen 'Coups' in Bandenform (Duncker 1992).

## 6. Die Containerfunktionen des Therapeuten

Wie ausführlich beschrieben, besteht die Basaldynamik in einem Oszillieren zwischen den Grundannahmen von Abhängigkeit und Kampf-Flucht, wobei im Gesamtteam selten eine Arbeitsgruppenebene etabliert werden kann. Die hieraus resultierende Spaltung macht die Bildung eines stationären Gesamt-Übertragungsraumes (Janssen 1987) meist unmöglich. Obwohl die Station nicht zur totalen Grenzsetzung dienen soll, sondern als "intermediary space" zwischen innen und außen (Winnicott 1971) gedacht ist, ergibt sich durch die vorhandene Regression ein durch aggressive Konflikte verdichteter Innenraum. Die Elemente, die ich als therapeutischer Behälter auffangen muß, lassen sich vor allem als Gefühle der Unerträglichkeit und der Insuffizienz fassen. Sie bestehen aus der inneren Unruhe, dem Gequältsein, den Unlustzuständen und ihren Abwehren, im Teilen der häufig tiefen Scham über das immer wieder offenkundige Unvermögen, Vereinbarungen einzuhalten, oder über den Rückfall in die Sucht.

Die Ausübung der hoheitlichen Machtfunktion ist mit den Anforderungen der Staatsanwaltschaft verbunden. Die Angst vor der Verantwortung von Patientenuntaten und dem Sicherheitsaspekt fördert die Paranoia des ständigen Schlüsseldrehens. Es besteht eine beständige Furcht vor Schuldzuschreibungen sowie davor für Abstürze und Katastrophen der Patienten die Verantwortung zugewiesen zu bekommen. Die subtilen Auswirkungen auf die Teamdynamik bestehen im wechselnden Erleben von Insuffizienz und Omnipotenz. Die reziproken Teameffekte wiederum auf die gesamte Stationsdynamik liegen in der Tendenz zur Steuerung der Patienten, zu Druckausübung und Direktivität. Die Beteiligten erleben sich als ausgeliefert an die Zirkularität dieser Kreisläufe und ihrer Unentrinnbarkeit. Wie Kernberg 1980 sehr nachvollziehbar beschreibt, führt diese stationäre Regression zu Denkstörungen, wobei Distanzierung, Abstraktion und Kreativität nicht erlaubt sind. In der Erfahrung des gemeinsamen Eingesperrtseins erscheint individuelle Freiheit als höchstes Gut. Immer wieder erweist sich, daß die Abwesenheit des Therapeuten Frustration und Haß auf ihn erzeugt.

Im Wechsel der Basaldynamik zwischen baD und baF erscheint die Realisierung der Hoffnung auf Gerechtigkeit für den einzelnen Patienten nicht möglich. Dies erzeugt bei manchen Patienten eine tiefe Feindseligkeit, wenn sie über keine Introspektionsfähigkeit für die Ursachen ihrer Aggressivität verfügen. Die Erfahrung von analer Überwältigung beim Patienten fördert die Wiederkehr von Hilflosigkeit, Ohnmacht und anderen analen Konflikten in der therapeutischen Beziehung. Im Resultat führt ihre Abwehr beim Therapeuten zu Omnipotenzbestreben, wenn er sich seine eigene Hilflosigkeit nicht eingestehen kann.

Hingegen führt die Grundannahme der Abhängigkeit auf den Stationsversammlungen zu einer Dyadisierung der Interaktion mit dem Gruppenleiter und beim einzelnen Patienten zu Lethargie und Antriebsstörungen mit unterliegenden Depressionen. Es ist verblüffend zu sehen, wie ausgeprägt sich bei den Patienten mit den größten Antriebsstörungen die Heilerwartungen durch magische Rettungsphantasien gestalten. Im Team führt dies zum Phänomen der Hierarchisierung der positiven Übertragung, zuoberst Oberärztin, usw. (Schindler 1958).

## 7. Die Suche nach dem Gesetz des Vaters

Wesentlich auf der Station ist der Unwille zur spontanen Gruppenbildung. Das Charakteristikum der forensischen Patienten ist eine gewisse Tendenz zu schizoider Isolation. Völlig anders als in der Allgemeinpsychiatrie, wo Gruppenbildungen nicht so problematisch erscheinen. Die Patienten in der Forensik gehen sich aus dem Wege, zeigen soziales Desinteresse, wenn man von beziehungsloser Kumpelei (Duncker 1992) absieht. Die Ursache dafür liegt m.E. in einer Angst vor gegenseitiger Schädigung. Wiederkehrendes Thema der Stationsversammlungen ist das delinquente Verhalten der Patienten untereinander. Die Normschwäche in der Gruppe basiert auf dem gemeinsamen Merkmal einer Über-Ich-Störung, deren Folge ja auch das Delikt als



Symptom ist, weswegen sich die Patienten in Behandlung befinden.

Die Erfahrungen, die ich aus der Durchführung einer ambulanten Psychotherapie (dreieinhalb Jahre zweimal wöchentlich) mit einem schizoiden Privatpatienten mit delinquentem Verhalten in der Vorgeschichte gewonnen habe, hatten einen wesentlichen Einfluß auf meine Arbeit in der Klinik. Die Über-Ich-Störung dieses Patienten manifestierte sich in dem von ihm sehr quälend erlebten Wunsch, ich solle ihm eine Richtschnur geben, sagen, was zu tun richtig oder falsch ist. Der Patient befand sich in tiefer Verunsicherung mit quälender Angst, etwas falsch zu machen. Hier wurde mir deutlich, wie wichtig die Suche nach dem Gesetz des Vaters als klare Richtlinie in der entsprechenden Entwicklungsphase ist. In meiner Arbeit auf Station erlebte ich das Rütteln am Gesetz des Vaters (symbolisch als Stationsregeln, Ausgangsrahmen, Absprachen) als Ausdruck der konflikthafter Einschränkung, mit dem Gesetz klarzukommen, und als Haß auf den Vater und Autorität. Erst die Überwindung dieses Hasses ermöglicht die Entwicklung von Sozialkompetenz in Offenheit und die Besprechung der anstehenden Probleme, also von Kooperationsfähigkeit.

In seiner Arbeit "Schizoid Factors in the Personality" beschrieb Fairbairn 1940 folgende Kennzeichen schizoider Persönlichkeiten: Vorwiegende Beschäftigung mit innerer Realität, Überbewertung des Denkprozesses, Allmachtshaltung, Isolation und Bindungslosigkeit ("detachment"), diffuse Symptomatologie, Abspaltung der negativen Objektrepräsentanzen, eine Dynamik von unbewußtem Schuldgefühl und verfolgerischen Objekten sowie das Gefühl, nicht als Person angenommen zu sein. Der o.g. Patient, der vor Aufnahme der Therapie fast sechs Jahre in völliger sozialer Isolation gelebt hatte, lebte in einer Aura teilnahmsloser, gleichgültiger Umwöltheit, die Folge und zugleich Abwehr einer bestimmten intrapsychischen Konstellation ist. Die Entwicklungsreihe führt entlang den folgenden Momenten: Nicht-Kümmern-Wollen, Vernachlässigung, Schädigung, Provokation, Angriff.

Ähnlich wie bei Winnicott (1984) stellten sich im Laufe der Arbeit Zusammenhänge zwischen a. Verlassenheit und Aggression; b. Delinquenz, Einsamkeit und Vernachlässigung; c. Hintergehen, Betrug, paranoide Angst und Argwohn heraus. Hinsichtlich der Beziehung zum intrapsychischen Objekt dominierte eine Projektionsneigung von aggressiv geladenen Verschmelzungsimpulsen bei starker Angst vor Nähe. Schließlich erwies sich der Abwehrcharakter seiner Phantasie, von einem grenzüberschreitenden, verfolgerischen Objekt angegriffen zu werden, in seiner Tendenz zur Provokation im Rahmen einer Täter-Opfer-Spaltung. Er beharrte darauf, seine angriffslustige Feindseligkeit seinen Gegenübern anzulasten und sich selbst als unschuldiges, mißhandeltes Opfer zu sehen. In diesem Kontext erscheint seine Delinquenz letztlich als selbstschädigendes Verhalten. Es kommt bei ihm zur Herabsetzung des Selbstwertgefühles durch den vorbewußten Verstoß gegen die geltenden Normen. Aufgrund der zwingend nach sich gezogenen Sanktionen bekommt das delinquente Verhalten Ähnlichkeit mit einem masochistischem Akt bzw. süchtigem Verhalten hinsichtlich der Selbstschädigung. Sekundär führt dann der Teufelskreis aus ständigen unbewußten Schuldgefühlen zu neuen Provokationen und Normverstößen.

Aus den schamvollen und peinlichen Erzählungen des Patienten über die Beziehung zum Vater wurde deutlich, daß dieser ihn neben schwersten Mißhandlungen, auf die ich hier nicht eingehen kann, in völlig unberechenbarer Weise willkürlichen Bestrafungen unterwarf. Die Folge hiervon war, daß der Patient kein "Gesetz" oder eine Norm ableiten konnte, wann er etwas richtig oder falsch gemacht hatte.

Schizoidie als Vermeidung sozialer Beziehungen beruht auf einer konfliktbedingten Einschränkung der Beziehungsfähigkeit und der bezogenen Verbindlichkeit mit der Folge einer Verantwortungslosigkeit. Im Kern basiert sie auf der Abwehr eines oralen Abhängigkeitskonfliktes durch haßaufgeladene Beziehungen und der Neigung zur projektiven Identifikation mit Neigung zu Schädigung des Objekts und Zerstörung der Beziehung. Das Phänomen der Kälte ist eine Widerspiegelung der Erbarmungslosigkeit durch eine extrem rigide, unnachgiebige, sadistische

Haltung der Eltern im Umgang mit dem Kind. Die Neigung zur Zerstörung von Bindung (Bion 1959) ist die Folge einer konfliktbedingten Unmöglichkeit von liebevoller Beziehung, da diese in den Primärbeziehungen und als Familienstil nicht möglich waren.

## 8. Die Rolle des Gefühls der Hoffnung und der Weg hinaus

Es ist evident, daß bei allen Beteiligten eine extreme Erwartungsspannung hinsichtlich eines Therapiefortschrittes besteht, daß jedoch aufgrund der beschriebenen spezifischen Qualität der auftauchenden Konflikte meist nur minimale Schritte für den Patienten möglich sind. Je stabiler die Patienten hinsichtlich des Organisationsgrades ihrer Psychopathologie sind, desto größer ist auch die "Reibung" und Auseinandersetzung in ihrem psychischen Wachstumsprozeß. Bei psychotischen Patienten mit größeren Basisdefiziten ist dagegen regelmäßig eine Abwehr von Depression und Resignation zu finden. Auch hier kann es relativ lange dauern, bis ein Patient in der Tiefe seiner Depression anlangt, um danach einer adaequateren Bewältigung seiner Lebenssituation entgegenarbeiten zu können.

Im Sinne von Bions Grundannahmen betrachtet, ist in der beschriebenen Dynamik ein auffallendes Fehlen von der Grundannahme der Paarung (baP, Bion 1961), die die Gruppenaffektivität mit einer Hoffnungsstimmung verknüpft, zu konstatieren. Dies scheint eine entscheidende Lücke in der Förderung einer für die Patienten gedeihlichen Atmosphäre zu sein, die die gesamte Arbeit im Team bisweilen ernsthaft lähmen kann. Das Resultat einer langjährigen Chronifizierung im Pflorgeteam kann dann in einen zynischen Pessimismus münden, der ebenso antitherapeutisch wirkt wie die negative therapeutische Reaktion mancher Patienten. Aufgabe des Therapeuten ist daher auch die Schaffung einer neugierigen und von den häufig interessanten Persönlichkeiten der Patienten faszinierten Atmosphäre (ohne natürlich ihre Gefährlichkeit zu mißachten), ohne die nichts zu bewegen ist.

Meiner Beobachtung nach entwickeln sich Patienten dann am besten, wenn zwei Therapeuten sich zu einem "Bündnis" zusammenschließen, ein Paar bildet, das von Interesse geleitet, kooperiert. Dies kann, aber muß nicht eine gemischtgeschlechtliche Verbindung sein, z.B. zwischen Ärztin und Sozialarbeiter oder Psychologe und Ergotherapeutin etc., die einen Patienten in den Mittelpunkt ihres Interesses rücken und sich über und mit ihm austauschen. Es scheint, daß die Bildung einer Situation der Triangulation für das Entstehen einer Hoffnungsstimmung besonders förderlich ist. Für die Einleitung eines psychischen Entwicklungsprozesses scheint diese Kooperation und die Hoffnung besonders entscheidend zu sein.

Freud bezeichnet in seinem Vorwort zu Aichhorns "Verwahrloste Jugend" (1925) das Studium der delinquenten Phänomene als ebenso wichtig wie das der Neurosen. Diejenigen Psychoanalytiker, die sich damit ernsthaft beschäftigt haben, lassen sich jedoch an einer Hand abzählen. Wie deutlich geworden sein dürfte, liegt dies an der Schwierigkeit, die diese Arbeit mit sich bringt. Tatsächlich ist der Gewinn durch das Lernen an dieser Gruppe psychischer Störungen sehr bereichernd.

## 9. Bibliographie

Abraham K 1924 "Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido aufgrund der Psychoanalyse seelischer Störungen". In: *Abraham Psychoanalytische Studien* Band I. FrankfurtM 1971 S.Fischer

Abraham K 1925 "Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung". In: *APS I*

Aichhorn A 1925 *Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung*. Wien 1931 Internationaler Psychoanalytischer Verlag

Bardé B & Mattke D 1991 "Das Problem der Macht in psychoanalytisch-therapeutischen Teams".

*Gr Ther Gr Dyn* 27: 120-140

Becker H & Senf W 1988 *Praxis der stationären Psychotherapie*. Stuttgart 1988 Thieme

Bion WR 1959 "Attacks on Linking". In: Bion WR 1967 *Second Thoughts. Selected Papers on Psycho-Analysis*. London 1967 Heinemann

Bion WR 1961 *Experiences in Groups*. London 1961 Tavistock.

Bion WR 1962 *Learning from Experience*. London 1962 Heinemann

Bion WR 1963 *Elements of Psycho-Analysis*. London 1961 Heinemann

Bion WR 1970 *Attention and Interpretation. A Scientific Approach to Insight in Psycho-Analysis and Groups*. London 1970 Tavistock

Duncker H 1992 *Beziehungen in Banden und Cliquen*. Unpubliziertes Manuskript

Eissler KR 1949 *Searchlights on Delinquency*. New York NY 1949 International Universities Press

Fairbairn WRD 1940 "Schizoid Factors in the Personality". In: Fairbairn WRD 1952

Fairbairn WRD 1952 *Psycho-Analytic Studies of the Personality*. London 1952 Tavistock with Routledge & Kegan Paul

Foulkes SH 1948 *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy*. London 1948 Heinemann

Foulkes SH 1975 *Group Analytic Psychotherapy. Methods and Principles*. London 1975 Gordon & Breach

Foulkes SH & Anthony EJ 1957 *Group Psychotherapy - The Psychoanalytic Approach*. Harmondsworth 1965 Penguin

Freud S 1905d "Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie". In: *SA V*. FrankfurtM 1975 S. Fischer

Freud S 1908b "Charakter und Analerotik". In: *SA VII*. FrankfurtM 1975 S. Fischer

Freud S 1921c "Massenpsychologie und Ich-Analyse". In: *SA IX*. FrankfurtM 1975 S. Fischer

Glover E 1956 "Psycho-Analysis and Delinquency". *IntJ Psa* 37: 311-318

Goffman E 1974 *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*. New York NY 1974 Harper & Row

Grinberg L Langer M Rodrigué E 1957 *Psicoterapie del Grupo. Su Enfoque Psychoanalytico*. Buenos Aires 1957 Paidós. Dt.: *Psychoanalytische Gruppentherapie. Praxis und theoretische Grundlagen*. Stuttgart 1960 Klett

Janssen PL 1987 *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Stuttgart 1987 Klett-Cotta

Kernberg OF 1966 "Structural Derivates of Object Relationships". *Int J Psa* 47: 236-253

Kernberg OF 1975b *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York NY 1975 Jason Aronson.

Kernberg OF 1975c "A Systems Approach to Priority Setting of Interventions in Groups". *Int J Gr Psyther* 25: 251-275

Kernberg OF 1976 *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York NY 1976 Jason Aronson

Kernberg OF 1980 "Regression in Groups". In: Kernberg OF 1980 *Internal World and External Reality. Object Relations Theory Applied*. New York NY 1985 Jason Aronson

Kernberg OF 1984 *Severe Personality Disorders. Psychotherapeutic Strategies*. New Haven Cnt 1984 Yale University Press.

Klein M 1930 "The Formation of Symbol-Formation in the Development of the Ego". In: *The*

- Writings of Melanie Klein. Vol 1. Love, Guilt and Reparation and other Works 1921-1945.* New York NY 1984 The Free Press
- Klein M 1946 "Notes on some Schizoid Mechanisms". In: *The Writings of Melanie Klein. Vol 3. Envy and Gratitude and other Works 1946-1963.* New York NY 1984 The Free Press
- Kreeger LC ed 1975 *The Large Group.* London 1975 Constable.
- Lohmer M 1988 *Stationäre Psychotherapie bei Borderlinepatienten.* Berlin 1988 Springer
- Luborsky L 1984 *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy. A Manual for Supportive-Expressive Treatment.* New York NY 1984 Basic Books
- Main TF 1946 "The Hospital as a Therapeutic Institution". *Bulletin of the Menninger Clinic* 10: 66-70
- Mentzos S 1976 *Interpersonale und institutionelle Abwehr.* FrankfurtM 1989 Suhrkamp
- Miller EJ & Rice AK 1967 *Systems of Organization.* London 1967 Tavistock
- Ogden TH 1979 "On Projective Identification". *Int J Psa* 60: 357-373
- Ogden TH 1980 "The Nature of Schizophrenic Conflict". *Int J Psa* 61: 513-533
- Rosenfeld HA 1965 *Psychotic States. A Psychoanalytic Approach.* New York NY 1966 International Universities Press
- Rosenfeld HA 1987 *Impasse and Interpretation. Therapeutic and Anti-Therapeutic Factors in the Psychoanalytical Treatment of Psychotic, Borderline and Neurotic Patients.* London 1987 Tavistock
- Schindler R 1957-58 "Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe". *Psyche* 11: 308-314
- Searles HF 1979 *Countertransference and Related Subjects. Selected Papers.* New York NY 1979 International Universities Press
- Steiner J 1987 "The Interplay between Pathological Organizations and the Paranoid-Schizoid and Depressive Positions". *Int J Psa* 68: 69-80
- Sterba RF 1934 "The Fate of the Ego in Analytic Therapy". *Int J Psa* 15: 117-126
- Turquet PM 1975 "Threats to Identity in the Large Group". In: Kreeger LC ed 1975
- Volkan VE 1976 *Primitive Internalized Object-Relations.* New York NY 1976 International Universities Press
- Whitaker DS & Liebermann MA 1965 *Psychotherapy through the Group Process.* London 1965 Tavistock
- Winnicott DW 1965b *The Maturational Processes and the Facilitating Environment.* New York NY 1965 International Universities Press
- Winnicott DW 1971 *Playing and Reality.* New York NY 1971 Basic Books
- Winnicott DW 1984 *Deprivation and Delinquency.* London 1984 Tavistock Publications
- Zillboorg G 1956 "The Contributions of Psycho-Analysis to Forensic Psychiatry". *Int J Psa* 37: 318-324

---

\* Der Verfasser dankt Frau Dipl.-Psych. Ute Kathrin Pirn und Frau Dr. phil. Gesine Zeller-Martin für die Durchsicht des Manuskriptes und für wertvolle Hinweise in der Diskussion des Materials.