

Möller, Christoph

Gruppentherapie im Jugendalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007) 7, S. 589-603

urn:nbn:de:bsz-psydok-47594

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Gruppentherapie im Jugendalter

Christoph Möller

Summary

Group therapy and adolescence

The problematic of young patients who look for help within an in- or outpatient framework often expresses itself primarily in inter-human inter-actional parameters. The difficulties in interpersonal behaviour within the framework of an inpatient setting or an outpatient group become, relatively quickly, obvious. Problematic behaviour is then no longer only told life stories but, in the actual relationship, liveable and therefore changeable. The Group corresponds to a social micro-cosmos. A part of the group represents the whole of the social life experience of the patient. Within the here and now of the group attitude can be experienced, understood and changed. The indispensable condition for a successful therapy within the group, is a stable and supportable therapeutic relationship. The quality of the relationship develops independently from the therapeutic direction and is dependent on the attitude and approach of the therapist. No technical consideration is more important than the attitude, approach and method used in building the relationship. Furthermore it is decisive that the patient feels sufficient protection and understanding from the therapist. The focusing of interpersonal processes and changes is also necessary at the start of both psychoanalytic orientated and behaviour therapy.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 56/2007, 589-603

Keywords

Group therapy – adolescence – inpatient – outpatient

Zusammenfassung

Die Problematik jugendlicher Patienten, die im stationären oder ambulanten Rahmen Hilfe suchen, äußert sich häufig primär im zwischenmenschlichen, interaktionellen Bereich. Die Schwierigkeiten im interpersonellen Verhalten werden im Rahmen eines stationären Settings oder einer ambulanten Gruppe relativ schnell deutlich. Damit ist das problematische Verhalten nicht mehr nur erzählte Lebensgeschichte, sondern in der aktuellen Beziehung erlebbar und damit veränderbar. Die Gruppe entspricht einem sozialen Mikrokosmos. Ein Teil, die Gruppe, steht für das Ganze, die bisherige soziale Lebenserfahrung des Patienten. Im Hier und Jetzt der Gruppe kann Verhalten erlebt, verstanden und verändert werden. Die *conditio sine qua non* für eine erfolgreiche Therapie in der Gruppe ist, wie auch in der Einzeltherapie, eine stabile, tragfähige therapeutische Beziehung. Die Qualität der Beziehung entwickelt sich unabhängig von der therapeutischen Richtung und abhängig von der Haltung und Einstellung des Therapeuten. Keine technische Überlegung ist wichtiger als die Einstellung, Haltung und die Art und Weise der Beziehungsgestaltung. Entscheidend ist

weiter, ob sich der Patient durch den Therapeuten ausreichen geschützt und gesehen erlebt. Auch für symptomorientierte und verhaltenstherapeutische Ansätze ist die Fokussierung auf interpersonelle Prozesse und Veränderung notwendig.

Schlagwörter

Gruppentherapie – Jugendalter – stationär – ambulant

1 Das therapeutische Arbeiten im Hier und Jetzt

Patienten neigen dazu, über Ereignisse aus der Vergangenheit zu berichten. Vor allem initial kann es bedeutsam und ermutigend sein, schmerzliche Erlebnisse (mit-) zu teilen, zu erleben, dass auch Andere Ängste und Befürchtungen haben, oder die Erfahrung zu machen, für Andere wichtig zu sein. Die Arbeit im Hier und Jetzt ist primär ahistorisch und konzentriert sich auf die Interaktion und das soziale Miteinander in der Gruppe. Es liegt die Annahme zugrunde, dass sich die Problematik, auf Grund derer der Patient Hilfe sucht, in der Gruppe darstellt, sich die Krankheit gleichsam im sozialen Miteinander der Gruppenmitglieder offenbart.

Ein Beispiel: Ein 16-jähriger Patient berichtet, dass sein Vater immer wieder auf ihn einrede, ihm sage, was er zu machen habe, er sich nicht ernst genommen fühle und ihn dies sehr wütend mache. Er berichtet dies in der Haltung und mit der Stimme eines trotziges Kindes und verfängt sich in Argumenten, die wenig Eigenständigkeit und Verantwortungsübernahme erkennen lassen. Nach kurzer Zeit beginnen die Gruppenmitglieder auf den Patienten einzureden und Verhaltensvorschläge zu machen. Dies verstärkt das trotzige Verhalten des Patienten, er wird wütend und fühlt sich von der Gruppe nicht ernst genommen. Innerhalb kürzester Zeit hat der Patient die von ihm selbst beklagte Situation in der Gruppe hergestellt und damit in der aktuellen Beziehung erlebbar gemacht. Als dies dem Patient bewusst wird und er erkennt, welchen Anteil sein Verhalten an der konflikthafter Situation hat, kann er sein trotziges Verhalten aufgeben und auch dem Vater anders begegnen.

Zweierlei wird hier deutlich: Die Gruppenmitglieder beschäftigen sich nicht mit dem als dominant und bevormundend beschriebenen Vater, sondern mit dem in der Gruppe im Hier und Jetzt erlebbaren sozialen Miteinander. Hier wird die beschriebene Problematik reinszeniert und erlebbar. Die zweite Ebene ist die Klärung des Prozesses, die Kommunikation über das Erlebte und das Bewusstmachen der eigenen Anteile an der sozialen Interaktion. Die Erlebnisebene und das Verstehen des Prozesses sind zwei sich im Therapieprozess befruchtende Ebenen, die „duale emotional-intellektuelle Komponente des psychotherapeutischen Prozesses“ (Yalom, 2005a). Wenn der Patient erkennt, dass er selbst Schöpfer seiner sozialen Beziehungswelt ist, zum Beispiel durch Spiegelung und Konfrontation des eigenen Verhaltens, kann er seine Beziehungsgestaltung verändern. Um die Arbeit im Hier und Jetzt zu befruchten, ist eine möglichst spontane Interaktion

und offene Rückmeldung zwischen den Teilnehmern wünschenswert. Im alltäglichen Leben gibt es praktisch keine Räume, in denen Rückmeldungen und Kommentare über das soziale Verhalten erlaubt und sogar erwünscht sind. Derartige Bemerkungen gelten unter Erwachsenen als unverschämt und beschämend. Somit ist die Therapiegruppe ein wichtiger Ort, sein eigenes Verhalten im Spiegel der Gruppe zu erleben und zu verstehen. Die Freiheit und Aufforderung, alles ohne den Filter der Alltagszensur mitzuteilen, sollte gepaart sein mit Verantwortung dem Du, dem Anderen gegenüber. Konflikte sind für Wachstum und Entwicklung unerlässlich. Nicht die totale Selbstoffenbarung, sondern Verantwortung sollte das oberste Prinzip sein. Hierauf hat der Gruppenleiter vor allem in der Anfangszeit sein Augenmerk zu richten. Der Leiter gleicht einer Hebamme, indem er einen Prozess in Gang setzt und darauf achten muss, dass er nicht entgleist und zerstörerische Folgen hat. Hilfreich kann hierbei ein „Konfrontationsvertrag“ sein, indem man sich als Leiter vor der Rückmeldung mit der Frage an sein Gegenüber wendet: Ich würde Ihnen gerne eine Rückmeldung geben, bin mir aber nicht sicher, ob Sie dies hören wollen, oder wie Sie darauf reagieren werden.

2 Gruppenarbeit im stationären Alltag

Methoden der Gruppenarbeit haben sich in vielen stationären Settings als nützlich erwiesen. Im ambulanten wie im stationären Rahmen gibt es eine Vielzahl von Gruppenangeboten, von Selbsthilfegruppen, Elterngruppen, Gruppenangeboten für spezifische Krankheitsbilder (wie Essstörungen) offene und geschlossene Therapiegruppen, themenzentrierte Gruppen, Selbsterfahrungsgruppen bis zu Angeboten einzelner Therapieschulen, wie z. B. Verhaltenstherapie, Psychoanalyse oder Psychodrama. Gemeinsam ist allen das Bewusstwerden und Verändern interpersonellen Verhaltens und das Nutzen der Gruppe als Mikrokosmos, in dem sich die Problematik des Einzelnen zeigt. Die gruppentherapeutische Arbeit im stationären Alltag zu nutzen, ist sinnvoll und effektiv, denn stationäre Patienten leben mit jeder Minute in einem sozialen Kontext, der therapeutisch genutzt werden kann. Konflikte äußern sich häufig im interpersonellen Bereich und können für alle gewinnbringend in der Gruppe bearbeitet werden. Die Bearbeitung von interpersonellen Konflikten sollte nicht nur an den „Therapeuten“ delegiert werden. Indem auch Pflegepersonal und andere Berufsfelder Gruppen anbieten, erfahren diese Berufsgruppen eine Aufwertung. Außerdem wird der in der Klinikstruktur verankerten antitherapeutischen Trennung zwischen Pflege- und Erziehungsdienst und Ärzte-Therapeutenbereich entgegengewirkt. Wollen die Stationsmitarbeiter eine empathische therapeutische Beziehung zu den Patienten aufbauen, müssen sie auf die zwischenmenschlichen Probleme eingehen. Die Gruppe ist die Arena par excellence, um unangepasstes, interpersonelles Verhalten zu erkennen und zu verändern. Die Gruppe fördert die Fähigkeit der Patienten, miteinander in Beziehung zu treten. Auch in Zeiten personeller und wirtschaftlicher Knappheit ermöglicht Gruppenarbeit eine effektive und

gute Patientenversorgung. Dies setzt allerdings voraus, dass der Wert der Gruppentherapie von allen Beteiligten, von der Leitung bis zur Basis, anerkannt wird und die Anwender von der Wirksamkeit überzeugt sind, da dies die Ergebnisse der Therapie entscheidend beeinflusst. Als Beispiel für Gruppenarbeit im stationären Alltag sollen einige Angebote der Therapiestation für drogenabhängige Kinder und Jugendliche Teen Spirit Island (TSI) am Kinderkrankenhaus auf der Bult in Hannover dargestellt werden (eine ausführliche Beschreibung des Konzeptes siehe Möller, 2007, 2006). Die Gruppenangebote sind Teil eines multimodalen Therapiekonzeptes, das neben Gruppen auch Einzel- und Familientherapie, medikamentöse Therapie und anderes beinhaltet.

- *Der Tagesablauf* auf TSI ist klar strukturiert. Täglich wechselnd ist einer der Jugendlichen „Weckminister“ und verantwortlich dafür, dass seine Mitpatienten aufstehen und das Frühstück vorbereitet wird. Zu erwartendem oppositionellem Verhalten gegenüber den Erwachsenen wird begegnet durch Übertragen von Verantwortung an die Patienten; eine Verbündung gegen den „Weckminister“ ist sinnlos, da durch den täglichen Wechsel jeder das Amt ausübt. Auftretende Konflikte können in der anschließenden Morgenrunde geklärt werden, die von den Stationsmitarbeitern und Sozialarbeitern geleitet wird.
- *Das Putzen findet unter Anleitung einer Haushaltsfachkraft in der Gruppe statt.* Gemeinsam Verantwortung für Sauberkeit und Ordnung zu übernehmen, gegenseitige Unterstützung und Rücksichtnahme sind Inhalte dieser Gruppe.
- *Themenzentrierte Gruppen* nach Ruth Cohen (Cohen, 2004). Geschlechtsspezifisch und gemischtgeschlechtlich werden Themen wie Gewalt, Sexualität, psychische und physische Krankheiten behandelt, wobei ein vorgegebenes oder von den Teilnehmern gewünschtes Thema im Mittelpunkt steht.
- *Projekte am Vormittag und Nachmittag* mit allen Patienten. Inhalte umfassen ein Spektrum von Gesellschaftsspielen, sportlichen Aktivitäten wie Beachvolleyball oder Basketball, künstlerische Aktivitäten und Basteln bis hin zu Projektwochen, wie z. B. Gartengestaltung oder Graffiti-Projekte. Auch hier gilt es, soziale Regeln und Normen, interpersonelles Verhalten und Teamgeist zu erlernen, aber auch gemeinsam etwas Schönes zu erleben und sich in der Gruppe der Gleichaltrigen angenommen und akzeptiert zu wissen.
- *Freizeitpädagogische Gruppenangebote* wie Hallen- und Felsenklettern. Das Klettern am Felsen erfordert gegenseitiges Vertrauen und Zusammenhalt in der Gruppe. Gemeinsame Erfolgserlebnisse und das abendliche am Lagerfeuer Beisammensitzen fördern die Gruppenkohäsion und das Vertrauen. Die Patientengruppe wächst bei derartigen Aktivitäten häufig über sich hinaus, Schwierigkeiten des stationären Alltags treten vorübergehend in den Hintergrund und die Gesamtgruppe kommt gestärkt wieder.
- *Kunsttherapie.* Jugendliche sind im sprachlichen Ausdruck noch ungeübt, viele traumatische Erlebnisse wurden auf einer präverbalen Ebene erfahren und sind der Sprache nicht zugänglich. Frühkindliche Beziehungserfahrungen und trau-

matisches Erleben werden auf der Bühne des stationären Beziehungsgefüges in Szene gesetzt, nicht verbalisierbare Inhalte in Handlung ausagiert (Streeck-Fischer, 2000). Die Kunst- oder auch Musiktherapie fördert nicht sprachliche Ausdruckformen, fördert die kreativen Potentiale der Gruppe und die Erfahrung, dass gemeinsames Gestalten eine Veränderung im sozialen Miteinander zur Folge haben kann. Übungen wie das Malen eines Bildes als Gruppe sprechen die Gruppeninteraktion unmittelbar an.

- *Gruppentherapie.* Zu Beginn der Behandlung nimmt jeder Patient dreimal wöchentlich für 45 Minuten, bei fortgeschrittener Therapie zweimal wöchentlich für 90 Minuten, an einer tiefenpsychologisch interaktionellen Gruppenpsychotherapie teil. Schwerpunkt ist das interaktionelle Moment der im Hier und Jetzt erlebbaren Interaktionen der Gruppenteilnehmer. Das eigene soziale Handeln im Spiegel der Gruppe zu erleben, sich bewusst zu machen und erste Schritte in Richtung Veränderung in der Gruppe zu wagen, sind Ziele der Gruppentherapie.

3 Stationäre versus ambulante Therapiegruppen

An ambulanten Therapiegruppen nehmen die Patienten in der Regel freiwillig teil und bringen eine ausreichende Motivation und Veränderungsbereitschaft mit. Der Wunsch, problematisches Verhalten verändern zu wollen, ist vorhanden, andernfalls wird der Besuch der Gruppe längerfristig eingestellt. Im stationären Bereich, vor allem in der Akutpsychiatrie, sind die Patienten fremdmotiviert, besonders im Kindes- und Jugendalter. Die strukturellen Störungen sind ausgeprägter und eine Selektion der Patienten ist nur bedingt möglich. Dies erfordert einige Modifikationen für die gruppentherapeutische Arbeit im stationären Setting:

- Auf Grund der oft kurzen Verweildauer ist eine Betonung der Interaktion bezüglich Stärken und das Erkennen interpersoneller Schwierigkeiten sinnvoller als das Durcharbeiten von Problemen.
- Besonders akut erkrankte und strukturell stark beeinträchtigte Patienten verlangen primär unterstützendes und konstruktives Feedback.
- Vor allem in der Anfangs- und Akutzeit ist die rasche Auflösung von Konflikten, und nicht deren Provokation das Ziel.
- Die Konzentration auf die Interaktion im Hier und Jetzt ist in der stationären Gruppe genauso wichtig, wie die Erlebnis- und die Verständnisebene zu fördern, um erste Schritte in Richtung Veränderung in der Gruppe wagen zu können.
- Manche Patienten, z. B. psychotische, können bei den Mitpatienten viele Ängste, Verunsicherung, Wut und andere Gefühle auslösen, die zu Rückzug und Ausgrenzung führen können. Die Gruppe ist ein Medium, dieses destruktive Verhalten bewusst zu machen und zu verändern. Für die Mitarbeiter ist die Gruppe der Ort, die Gruppendynamik zu steuern und in den Griff zu bekommen. So führt zum Beispiel Verständnis für das Verhalten von Mitpatienten zu Angstreduktion.

- Einiges spricht dafür, Patienten je nach Struktur oder Diagnose in Gruppen zusammen zu fassen. Motivierte und besser strukturierte Patienten profitieren von solchen Ansätzen. Andererseits werden Ausgrenzung und Spaltung im stationären Alltag verstärkt.
- Zielsetzungen müssen realistisch und in begrenzter Zeit erreichbar sein, wie Einsicht und Erkennen von sozial unangemessenem Verhalten und die Motivation, dies auch nachstationär verändern zu wollen. Hier ist eine gute Verzahnung mit Nachsorgegruppen notwendig. Ein Beispiel: Ein 15-jähriger Patient ist bereits in der Vorgeschichte wiederholt Außenseiter und Prügelknabe gewesen. Diese Situation wiederholt sich nach kurzer Zeit in der stationären Therapiegruppe. Der Patient lässt keine Gelegenheit aus, seine Mitpatienten zu verprellen. Die negative Aufmerksamkeit scheint er zu genießen. Seine Eltern hatten wenig Zeit für ihn und durch negatives Verhalten hat er Aufmerksamkeit gewinnen können. Als dem Patienten sein eigener Anteil an der Interaktion bewusst wird, indem er erlebt und rückgemeldet bekommt, dass er durch Zurückhaltung seinen Stand in der Gruppe verbessert, kann er sein Verhalten verändern. Eine Fortführung und Festigung dieses Prozesses in ambulanter Form nach Entlassung ist dringend erforderlich. Die stationäre Therapie kann den Prozess der Veränderung nur anstoßen.
- Eine klare, verlässliche und verbindliche äußere Struktur in einem Stationssetting zu erleben, ist für unsichere Patienten ein erster Schritt zu innerer Struktur.
- In der Gruppentherapie gilt es abzuwägen zwischen Strukturvorgabe und freilassender Zurückhaltung. Gerade unsichere, schwer kranke Patienten wünschen Vorgabe und Leitung. In der ambulanten Therapie wird dies von einigen Patienten zwar geschätzt, korreliert aber nicht in gleichem Maße mit positiven Therapieergebnissen. Ebenso weist eine Gruppe ohne Vorgabe und Struktur keine besseren Ergebnisse auf. Der Königsweg scheint ein Abwägen zwischen Strukturierung und freilassender Zurückhaltung zu sein. Besonders auf akutpsychiatrischen Stationen ist im Gegensatz zu ambulanten Gruppen äußere Formgebung verstärkt notwendig, um Sicherheit, Halt und Angstreduktion zu gewährleisten.
- Im stationären Alltag unterliegen wir der Versuchung von unseren Patienten zu erwarten, dass sie ihre Themen und Konflikte ansprechen und klären. Wenn Angehörige psychotherapeutischer Disziplinen selbst oft nicht in der Lage sind Konflikte offen anzugehen, sollten wir dies gerade von schwer gestörten Patienten nicht verlangen.
- Die Gruppentherapie lehrt, wie man enge, andauernde Beziehungen entwickelt, liefert diese aber nicht. Paarbeziehungen, die sich im stationären Alltag entwickeln, sind selten beständig. Sie können die konstruktive Arbeit in der Gruppe verunmöglichen, wenn nicht offen über Emotionen und Affekte, wie dem Wunsch nach Nähe, die Angst vor dem Verlassen werden, Neid und Missgunst gesprochen werden kann. Häufig werden diese Themen in Form eines kollektiven Gruppengeheimnisses abgewehrt, das auch die Arbeit in anderen Bereichen verunmöglicht.

- Auf Station neigen Patienten dazu, sich auch außerhalb der Therapiegruppen gegenseitig zu „therapieren“. Dies ist für die Patienten ermüdend und wenig konstruktiv. So versuchen Patienten dem Therapeuten zu verkaufen, sie hätten die Konflikte außerhalb der Gruppe bereits geklärt. In der Interaktion in der Gruppe zeigt sich nicht selten ein anderes Bild (Yalom, 2005b).

4 Die Gruppe als heilendes Element

Patienten, die eine stationäre Therapie aufsuchen, haben in der Vorgeschichte oft erhebliche Verunsicherung erfahren und Vieles in ihrem Leben als nicht verstehbar, handhabbar und sinnvoll erlebt. Neben dem Erleben der Zugehörigkeit, des Akzeptiertwerdens und dem Erfahren der Universalität des Leidens, kann in der Gruppe das Erleben und Verstehen des eigenen Beteiligtseins am Zustandekommen sozialer Interaktionen bedeutsam sein. Auf dieser Grundlage kann die eigene Lebensgestaltung zukünftig als sinnvoller erlebt werden. Anteilnahme und Sinngebung korrelieren mit einem positiven Therapieergebnis, wobei der Prozess der Sinngebung und Erklärung entscheidend ist und nicht der ideologische Erklärungsansatz (Yalom, 2005a).

Häufig haben Patienten die Erfahrung gemacht, dass Wut und andere basale Gefühle vernichtend sind. Entsprechend groß ist die Angst, derartiges in der Gruppe zu thematisieren. Zu sehen, dass die Mitteilung von Wut und Hass von der Gruppe ausgehalten wird, ich selbst nicht vernichtend wirke und selbst nicht zerstört werde, kann für alle Beteiligten wichtig sein. Ein Beispiel: Ein 17-jähriger Patient fiel durch anhaltende Verschlossenheit und Misstrauen auf, alles wurde schlecht geredet und er hat sich seine Mitmenschen sprichwörtlich vom Hals gehalten. Als er in der Gruppe ansprechen konnte, dass er in der Kindheit wiederholt missbraucht wurde, seine Hilferufe verhallten und ihm niemand glaubte, veränderte sich vieles. Der Patient erntete nicht Unglauben, sondern Mitgefühl. Die Mitpatienten entwickelten Verständnis für sein Verhalten und er konnte Schritt für Schritt Beziehungen und Nähe zulassen und sein Misstrauen durch andersartige Erlebnisse reduzieren. Wiederkehrende dysfunktionaler Muster können zu einem früheren Zeitpunkt sinnvoll oder überlebensnotwendig gewesen sein. So kann das Mitteilen von Traurigkeit oder Weinen nicht akzeptiert gewesen sein und hat verletzlich und berührbar gemacht, Aggression hingegen hat Distanz und Schutz geschaffen. Im Prozess ist es für den Patienten wichtig zu erkennen, dass was damals seine Berechtigung hatte, heute eine adäquate Kontaktaufnahme verunmöglicht, das „Lebensskript“ von damals sollte durch neue Erfahrungen ergänzt und erweitert werden (Ligabue u. Sambin, 2001).

Ziel und Lohn der Gruppenpsychotherapie, gerade bei schwer beeinträchtigten Patienten, kann nicht nur die „Heilung“ sein, sondern Veränderung und Weiterentwicklung, mit dem Ziel im sozialen Miteinander besser zurecht zu kommen.

5 Der jugendliche Patient im Spannungsfeld von Autonomie und Abhängigkeit

Kinder und Jugendliche sind keine kleinen Erwachsenen. Vielmehr hat dieser Lebensabschnitt seine eigenen Aufgaben und Gesetzmäßigkeiten, deren Bewältigung für die weitere Lebensgestaltung entscheidend ist (Lehmkuhl, 2001). Eine Aufgabe in der Jugend ist die Lösung von den Eltern und anderen erwachsenen Bezugspersonen und die Bewältigung eines damit verbundenen Autonomie- und Abhängigkeitskonflikts. Im stationären Alltag und gegenüber dem Gruppenleiter begibt sich der Jugendliche in erneute „Vormundschaft und Abhängigkeit“. Viele Jugendliche sind im sprachlichen Ausdruck und Umgang noch ungeübt, so dass es häufig zu szenischem Ausagieren kommt, manchmal mit destruktiven, Beziehung zerstörenden Zügen. Um dies aufzulösen ist eine aktive Bearbeitung der Thematik notwendig. Ein Beispiel: Ein 16-jähriger Patient erlebt einen Betreuer als nicht einfühlsam und ihm gegenüber als nicht zugewandt. Kraft seiner Amtsautorität fällt der Betreuer Entscheidungen, die für den Patienten zwischenmenschlich nicht nachvollziehbar sind. Mit seiner Wut fühlt sich der Patient alleine gelassen. Erst nachdem der Patient seine Wut auf dem Betreuer an einer Fensterscheibe auslässt, kann die zugrunde liegende Problematik mit dem Patienten bearbeitet werden. Dabei wird Folgendes deutlich: Als der Patient zwei Jahre alt war, hat der Vater die Mutter verlassen und ist mit seinem Sohn nach Deutschland gekommen. Hier hat sich der Vater nicht um den Sohn gekümmert, regelmäßig getrunken und geschlagen. Ein Dialog mit dem Vater war nicht möglich. Früh hat sich der Patient selbst um eine vorübergehende Heimunterbringung gekümmert und lebte zwischenzeitlich auf der Straße. In der Begegnung mit dem Betreuer erlebte der Jugendliche den vernichtenden, nicht gesprächsbereiten Vater und die anfangs nicht aussprechbare Wut hat sich im Bruch einer Scheibe entladen.

Die Chance der Jugendlichen ist, in der Begegnung und Auseinandersetzung mit einem nicht vernichtenden, sondern wertschätzenden, achtenden und erwachsenen Gegenüber sich selbst zu spüren, zu erleben und daran zu wachsen und sich zu entwickeln. Eine Aufgabe ist die Identitätsentwicklung und die Suche nach einem eigenen Weg, auch in Richtung Ausbildung, Aufbau gleichaltriger Kontakte und Partnerschaft und das Finden eigener Ideale. Die zwischenmenschlichen Beziehungen sind von Anfang an dialogisch-spielerisch angelegt. Am Gegenüber, am Du entwickelt sich das Ich, die eigene Persönlichkeit. Die Begegnung und Auseinandersetzung in der Gruppen- und Einzeltherapie, letztlich die heilende therapeutische Beziehung, sind für die Genese und Entwicklung entscheidend (Schiffer, 2001; Omer u. von Schlippe, 2004).

6 Aufgaben des Gruppenleiters

Der Gruppenleiter ist für die Zusammenstellung und Einberufung der Gruppe verantwortlich. Sein fachmännisches Angebot ist der Grund für die Zusammenkunft

aller Beteiligten. Verlässliche und verbindliche Absprachen über Teilnahme, Ort, Zeit und Umgangsformen sind die Grundlage für eine gelingende Arbeit. Die Interaktion im Hier und Jetzt, das Erleben und Bewusstwerden eigener Verhaltensweisen sind die Basis für einen erfolgreichen Gruppenprozess. Aufgabe des Gruppentherapeuten ist es, eine Gruppenkultur zu schaffen, die eine effiziente Gruppeninteraktion fördert. Aufrichtigkeit und Spontaneität des Ausdrucks unter den Gruppenteilnehmern müssen verstärkt werden. Regeln und Normen in der Gruppe dürfen einer aufrichtigen und spontanen Interaktion nicht entgegenwirken. Der Gruppenleiter kann es nicht umgehen, Normen zu beeinflussen. Sein Verhalten kann vor allem in der Anfangszeit als Vorbild dienen, er kann zum Modell für interpersonelle Ehrlichkeit und Spontaneität werden, im Sinne eines beispielgebenden Teilnehmers am Gruppengeschehen. Seine eigene Wahrnehmung und die eigenen Gefühle selektiv und partiell zur Verfügung zu stellen, auf Prozesse und Interaktionen aufmerksam zu machen und als Gegenüber für Auseinandersetzung und konstruktive Begegnung zur Verfügung zu stehen, sind weitere Aufgaben des Gruppentherapeuten. Der Therapeut muss auch Schutz gewähren, um Freiraum für Interaktion zu schaffen.

Wir unterschätzen die Bedeutung des Lebenserfahrungshorizonts und der Person des Gruppenleiters im Kontrast zur Bedeutung, die wir der Therapieschule und Konzepten beimessen. Die Grenze des therapeutischen Prozesses liegt auch in der Person des Therapeuten begründet. Nur wenn er bereit und fähig ist, sich mit seinen eigenen „psychischen Höhen und Tiefen“ auseinander zu setzen, kann er dem Patienten ein Gegenüber und Begleiter sein (Möller, 1997). So sagt der Schriftsteller Fernando Pessoa: „Was wir sehen ist nicht das was wir sehen, sondern das was wir sind“.

7 Der psychoanalytisch interaktionelle Ansatz

Die psychoanalytisch interaktionelle Therapie ist ein seit vielen Jahren in der klinisch-psychotherapeutischen Praxis bewährtes Behandlungsverfahren auch für Patienten mit basalen Entwicklungsstörungen (strukturellen Störungen, Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, frühe Störungen). Auch für andere komplexe Beeinträchtigungen, die sich vor allem in interpersonellen, zwischenmenschlichen Schwierigkeiten manifestieren, ist das Verfahren geeignet. Die psychoanalytisch interaktionelle Methode wurde ursprünglich überwiegend in der Gruppe angewandt, wird aber seit einigen Jahren zunehmend auch in der Einzeltherapie eingesetzt. Es liegen Erfahrungen mit der Methode vor im Bereich der therapeutischen Versorgung von Patienten in psychiatrischen Einrichtungen, in der Behandlung von Suchtkranken, von Kranken in forensischen Kliniken und von Klienten im Strafvollzug. Die psychoanalytisch interaktionelle Therapie dürfte zu den am weitesten verbreiteten gruppentherapeutischen Verfahren der genannten Patientengruppen gehören. Sie greift auf eine langen Erfahrung und Tradition zurück (Ardjomandi, 1994; Heigl-Evers u. Ott, 2001; Streeck, 2002). Patienten mit basalen Entwicklungsstörungen waren in ihrer Entwicklung

ungünstigen, traumatisierenden und vernachlässigenden Entwicklungsbedingungen ausgesetzt. Die Beeinträchtigungen manifestieren sich überwiegend in der Interaktion mit Anderen, da das Gegenüber gebraucht wird, um seelische Funktionen regulieren zu können, da reifere Regulationsmechanismen und sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten aufgrund der ungünstigen Entwicklungsbedingungen nicht entwickelt werden konnten. Das Beziehungserleben wird häufig auf einer nicht sprachlichen Ebene in der Gruppe gleichsam in Szene gesetzt oder wie Moser (2001) es ausdrückt: „Worte sind in der therapeutischen Beziehung eher Aktionen“.

Ein Beispiel: Eine 17-jährige Patientin, die sich immer um andere kümmert und ihre eigenen Grenzen und Bedürfnisse nicht geachtet und akzeptiert erlebt, macht in der Gruppe überwiegend männlicher Mitpatienten wiederholt Andeutungen und Ansätze etwas mitzuteilen, bricht dies aber abrupt ab und verharret in einer klein-kindhaft, schmollenden Haltung. Daraufhin wird sie von den anderen Gruppenmitgliedern bedrängt, mehr zu erzählen und regt bei den anderen Phantasien darüber an, was sie wohl sagen wolle. Die Patientin fühlt ihr inneres Erleben bestätigt, dass man ihre Grenzen und Bedürfnisse nicht achtet und respektiert. Das, was die Patientin mit Worten mitteilen will, aber nicht verbalisiert, wird in der Interaktion deutlich, gleichsam inszeniert.

Mit dem interaktionellen Ansatz kann man der Angst vor zu großer Nähe und dem sich häufig pathologisch manifestierenden Wunsch nach Symbiose und Regression im Sinne einer totalen Verschmelzung konstruktiv begegnen, indem sich die Angst durch die Aufspaltung der Übertragung auf verschiedene Gruppenmitglieder reduziert und der Therapeut im hier und jetzt als reales Gegenüber erlebbar ist.

Mit der Bezeichnung „psychoanalytisch interaktionell“ wird zum Ausdruck gebracht, dass hier zwei Schwerpunkte zusammengeführt werden: die auf unbewusste psychische Prozesse eingestellte Perspektive der Psychoanalyse und eine therapeutische Einstellung, die auf Interaktion und Interpersonalität, auf die Schnittstelle vergangener Beziehungserfahrungen und gegenwärtiger Interaktion mit Anderen ausgerichtet ist (Streeck, 2002).

8 Wiederkehrende Themen in der analytisch interaktionellen Gruppentherapie

Patienten mit frühen Störungen zeigen in Gruppen wiederholt Schwierigkeiten, die bearbeitet werden müssen, damit sie angemessen mit anderen in Kontakt treten können.

- Vor allem in den ersten Sitzungen ist die Frage, wie und ob man überhaupt Kontakt zur Gruppe aufnehmen möchte, von Bedeutung. Ängste, beurteilt und kritisiert zu werden, vor der Gruppe nicht gut da zu stehen, Angst vor Zurückweisung und aggressiven und antipathischen Gefühlen, können die Kontaktinitiative hemmen oder diese Impulse werden von der Gruppe kollektiv auf einen

„Außenfeind“ projiziert. Implizite und explizite Normen fordern wechselseitige Zustimmung in der Gruppe mit der versteckten Androhung von Ausgrenzung im Falle der Normabweichung. Mit fortschreitender Therapie, gegebenenfalls angestoßen durch den Therapeuten, sollte hier ein Prozess des Verhandelns von Normen und Regeln einsetzen mit dem Ziel, auch die Realität des Anderen, beispielsweise dessen Verletzlichkeit, in den Blick nehmen zu dürfen. Gleichzeitig kann empfohlen werden, die eigenen und die Toleranzgrenzen des Anderen im Auge zu behalten, um allzu destruktivem Ausagieren vorzubeugen.

- Die Unsicherheit im Umgang mit Kränkungen, sei es die Gefahr selbst gekränkt zu werden oder andere zu kränken und damit die Reaktion nicht abschätzen zu können, ist vor allem in der Anfangszeit groß. Zeigen Patienten Erstarrung, Fluchtverhalten oder gehen zum wütenden Gegenangriff über, ist die Toleranzgrenze meist überschritten. Weitere Bereiche sind das Aushalten von Ängsten, das Zulassen emotionaler Nähe und die manchmal damit verbundene Angst vor Distanzierung und Trennung. Die Gruppe kann der Verführung unterliegen, im Sinne der Angstabwehr das Recht des Schwächeren zur sozialen Norm zu erheben. Ziel ist es, sozialere, reifere Objektbeziehungen zulassende Normen zu entwickeln.
- Regelmäßig muss eine Antwort auf die Frage gefunden werden, wie viel und welche Art von Intimität und sozialer Nähe untereinander möglich ist und realisiert werden soll. Scheinbar offenes, nicht auf das Hier und Jetzt und das anwesende Gegenüber bezogenes Sprechen über Intimität und Sexualität dient der Vermeidung von Nähe. Wenn es um die Anwesenden im Hier und Jetzt geht, machen sich rasch Unsicherheit und Angst bemerkbar. Besonders schwierig ist der Umgang mit Trennung und Abschied. Jugendliche neigen dazu gegen Ende einer Therapie in alte Verhaltensweisen zurückzufallen. Sich nochmals richtig als „sozialer Kotzbrocken“ zu zeigen oder gar einen disziplinarischen Verweis zu provozieren, kann helfen, eigene Ängste und Unsicherheit im Umgang mit Trennung und Abschied abzuwehren. Nicht selten wird hier reinszeniert, was in der Vergangenheit erlebt wurde, dass Trennung wiederholt destruktiv gestaltet wurde. Rituelle Aktivitäten, wie eine Abschiedsrunde, oder eine Abschiedsaktivität mit Bezugsperson und Therapeut, können hier helfen diese Klippe konstruktiv zu meistern (Streeck, 2002).

9 Behandlungstechnik in der psychoanalytisch interaktionellen Gruppentherapie

Klare, verbindliche Rahmenvereinbarungen, die vorab mit den Patienten besprochen werden, sind die Voraussetzung für eine konstruktive gemeinsame Arbeit. Sinn und Zweck der Empfehlung, beziehungsweise Regel der freien Interaktion und des sich uneingeschränkt und unzensiert Äußerns, unter Beachtung der eigenen und der Belastbarkeitsgrenzen von Mitpatienten, müssen erläutert werden. Im the-

therapeutischen Fokus ist die Interaktion im Hier und Jetzt, bei der sich die interpersonellen Schwierigkeiten darstellen und erlebbar sind und damit im Hier und Jetzt auch verändert werden können. Wenn die therapeutische Arbeit in der Gruppe als Therapie von Einzelnen, als Einüben von Verhaltensweisen oder allzu standardisiert verstanden wird, wie der regelmäßige Beginn mit einer rituellen Eingangsrunde, in der jeder seine Befindlichkeit und Anliegen schildert, weicht die Interaktion weit von „naturalistischen“ Bedingungen ab. Die Interaktion in der Gruppe ist dann allenfalls Randbedingung, aber nicht Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit selbst. Die psychoanalytisch interaktionelle Therapie ist auf Progression und Entwicklung von Fähigkeiten hin orientiert, um im sozialen Miteinander besser zurecht zu kommen (Streeck, 2002). Die wichtigsten therapeutischen Techniken sind:

- *Antworten* meint, dass der Therapeut sein eigenes Erleben und seine eigenen Handlungsimpulse, die sich bei ihm reaktiv „in Antwort“ auf das Verhalten des Patienten einstellen, selektiv mitteilt. Mit Antworten gibt sich der Gruppenleiter partiell und selektiv immer auch als Subjekt, als Person mit eigenen Gefühlen und Bedürfnissen und Grenzen zu erkennen. Die Empfindungen und Wünsche des Patienten werden verstanden, aber durch die Eigenständigkeit des Leiters, die in seinen Antworten erlebbar wird, unter Berücksichtigung der Toleranzgrenzen des Patienten, auch frustriert. Der Interventionsmodus des authentischen, selektiven Antwortens hat mehrere Funktionen: Er nimmt Bezug auf unvermeidliche Differenzen zwischen Selbst und Objekt. Er macht deutlich, welche Wirkung das Verhalten des Einzelnen oder der Gruppe auf den Leiter hat und bringt damit zum Ausdruck, wie sich die in der Gruppe vertretenen Normen auf das Erleben und die Handlungsbereitschaft des Therapeuten auswirken. Dabei kann er dem Einzelnen deutlich machen, wie sein Verhalten an der dysfunktionalen Beziehungsgestaltung beteiligt ist und führt vor Augen, dass sich der Leiter nicht in destruktives, ausagierendes Verhalten verstricken lässt, sondern seine Grenzen und Bedürfnisse deutlich machen kann.
- *Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen* kann passager bei Einzelnen oder der Gruppe notwendig sein, wenn diese nicht zur Verfügung stehen oder deren Ausübung angeregt werden soll. Interventionen wie „ich an Ihrer Stelle würde mich so oder so fühlen oder verhalten ...“ kann den Wahrnehmungsfokus verändern und zu anderen Verhaltensweisen anregen und ermutigen. Auch im Aushandeln von Normen muss der Therapeut häufiger Hilfs-Ich-Funktionen wahrnehmen, wenn die Abwehr von Ängsten und Nähe bestimmend ist und das Etablieren von reiferen, die soziale Entwicklung fördernden Normen behindert wird.
- *Erklären und Verstehen interpersoneller Beziehungen* ist notwendig, um das eigene Beteiligtseins am sozialen Miteinander verstehen zu können. So kann es hilfreich sein, aufzuzeigen, wie die Wirkung eines Verhaltens auf den Anderen weitgehend unabhängig von dem Beweggrund des Patienten sein kann. Nach und nach kann es dem Patienten möglich sein, sich ein differenziertes Bild seines Gegenübers zu machen, das neben Schwarz und Weiß auch Graufacetten

und Farben zulässt. Wichtig ist es auch, die nichtsprachlichen Äußerungen wie Gestik, Mimik und Körperhaltung zu berücksichtigen.

- *Der Umgang mit Affekten und Emotionen* ist oft mit Ängsten verbunden und bei Jugendlichen noch ungeübt. Der Leiter kann zur Wahrnehmung von Gefühlen und deren Differenzierung anregen. Die Patienten können lernen, sich deren Signalfunktion bewusst zu werden und im Hier und Jetzt wahrnehmen, wann bestimmte Gefühle besonders intensiv oder gar nicht vorhanden sind. Ein wichtiges Erlebnis ist es zu erfahren, dass die Anderen nicht nur wie ich erleben und wahrnehmen und damit als Andere, als eigenständiges Gegenüber erlebbar sind. Dies sind wichtige Schritte hin zu einer differenzierten und reifen Selbst- und Objekt- Wahrnehmung.
- *Die Haltung des Therapeuten* in der psychoanalytisch interaktionellen Gruppentherapie ist die der wachen Präsenz, des Hinhörens auf das, was sich manifest mit Worten und im nichtsprachlichen Verhalten im sozialen Miteinander ausdrückt. Der Leiter ist ein reales, erreichbares Gegenüber, er ist zugewandt und „berührbar“, dabei aber eine eigenständige Person, die nicht vorrangig Objekt von Projektionen und Fantasien der Gruppenteilnehmer ist, indem er selektiv eigene Wahrnehmung mitteilt. Damit ermutigt der Therapeut zu interaktivem Austausch. Wichtig ist die Authentizität des Therapeuten, was voraussetzt, dass auch schwer erträgliche Gefühle, die sich als Antwort auf das Gruppengeschehen einstellen, zugelassen werden und Grundlage für ein tieferes Verständnis dysfunktionaler Beziehungsgestaltung der Gruppenmitglieder werden können. Gefühle, die antwortend mitgeteilt werden, sollten auch tatsächlich erlebt und im Kontext des Beziehungs- und Übertragungsgeschehens verstanden werden, ehe sie selektiv und partiell zur Verfügung gestellt werden. Der Leiter ist nie nur Experte, sondern immer auch Gegenüber und subjektiv erlebender Mitspieler in dem Beziehungsgeschehen, das die Patienten anbieten. Eine Haltung emotionaler Akzeptanz aufrecht zu erhalten, kann erleichtert werden, wenn sich der Leiter vor Augen hält, dass insbesondere jenes Verhalten des Patienten, welches zu heftigen aversiven Reaktionen und Affekten Anlass gibt, meist Ausdruck für den Bewältigungsversuch von traumatisierenden Lebensumständen ist und in früheren Zeiten überlebenswichtig gewesen sein könnte. Heigl-Evers und Heigl (1993) haben in diesem Zusammenhang von „Schicksalsrespekt“ gesprochen.

10 Ausblick

Es ist wünschenswert, dass Ärzte und Therapeuten bereits während ihrer Ausbildung in Gruppenleitung und Führung unterwiesen werden. Bei Einzeltherapiesitzungen wird regelmäßige Supervision gefordert und ist vielerorts auch üblich, während unerfahrene Therapeuten mit der Leitung diverser Gruppen beauftragt werden, ohne Unterrichtung in Gruppendynamik und begleitender Supervision. Gleiches gilt für

den Pflege und Erziehungsdienst. Nicht nur die Verantwortlichen im ärztlichen und pflegerischen Bereich haben Ängste und Reserviertheit gegenüber dem interaktionellen Ansatz, da der Fokus im Alltag auf medizinische und formaljuristische Belange gerichtet wird und mit Interaktion im Hier und Jetzt überwiegend Konfrontation, Konflikt und „heißer Stuhl“ assoziiert wird. Die Chancen des interaktionellen Ansatzes zu erkennen und Gruppenangebote zu fördern, ist wünschenswert. Auch in Zeiten knapper Ressourcen wird dadurch eine Fortführung qualitativ hochwertiger und effektiver Therapie im stationären und ambulanten Bereich ermöglicht. Fundierte Ausbildungsangebote in diesem Bereich sind notwendig. In Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für die Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen in Göttingen wird ein Ausbildungskurrikulum angeboten, welches sich speziell an Ärzte, Therapeuten und andere Berufsgruppen wendet, die mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Gruppen arbeiten (siehe hierzu: www.psychoanalyse-in-gruppen.de).

Literatur

- Ardjomandi, M. (1994). Arbeitsgemeinschaft für die Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen e.V. Geschichte und Arbeitsweise. *Gruppenanalyse*, 4, 105-117.
- Cohen, R. (2004). Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion. 14. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. (1993). Das Interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppentherapie. *Zeitschr Psychosom Med*, 29,1-14.
- Heigl-Evers, A., Ott, J. (2001). Entwicklung und Konzept der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke (2001), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (S. 328-334). Stuttgart: Thieme.
- Lehmkuhl, G. (2001). Gruppenpsychotherapie mit Kinder und Jugendlichen. In V. Tschuschke (2001), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (S. 306-311). Stuttgart: Thieme.
- Ligabue, S., Sambin, M. (2001). Transaktionsanalytische Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke (2001), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (S. 377-383). Stuttgart: Thieme.
- Möller, C. (2007). JUGEND SUCHT. Ehemals Drogenabhängige berichten (2 Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Möller, C. (2006). Stationäre und ambulante Therapieangebote für drogenabhängige Jugendliche. In C. Möller (Hrsg.), *Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen* (2. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Möller, L. (1997). Gruppen-Supervision in der Weiterbildung zum Gruppenanalytiker. Vortrag auf den Lindauer Psychotherapietagen.
- Moser, U. (2001). „What is a Bongaloo, Daddy?“ Übertragung, Gegenübertragung, therapeutische Situation. Allgemein und am Beispiel „früher Störungen“. *Psyche*, 55, 97-136.
- Omer, H., von Schlippe, A. (2004). Autorität ohne Gewalt. Coaching für Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen. Elterliche Präsenz als systemisches Konzept. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schiffer, E. (2001). Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung. Weinheim: Beltz.

- Streeck, U. (2002). Gestörte Verhältnisse – zur psychanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. *Persönlichkeitsstörungen*, 2, 109-125.
- Streeck-Fischer, A. (2000). Jugendliche mit Grenzstörungen – Selbst und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 497-510.
- Tschuschke, V. (2001). *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Thieme.
- Yalom, I (2005a). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Ein Lehrbuch. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Yalom, I (2005b). *Im Hier und Jetzt. Richtlinien der Gruppenpsychotherapie*. Augustin Wiesbeck, Btb Verlag.

Korrespondenzadresse: Dr. Christoph Möller, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Janusz Korczak Allee 12, 30173 Hannover. E-Mail: moeller@hka.de