

Die Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie im ambulanten und stationären Rahmen

In der stationären Psychotherapie ist die Gruppenpsychotherapie von zentraler Bedeutung. Zum einen werden in den meisten Kliniken die Patienten in Gruppen behandelt, zum anderen leben sie **in** Gruppen: in der Gruppe der Mitpatienten, die meisten Therapien finden in Gruppen statt und schließlich tritt ihnen das Therapeutenteam als Gruppe entgegen. Im Grunde genommen ist stationäre Psychotherapie immer Gruppentherapie. Ohne Kenntnisse und Kompetenzen in der Gruppenpsychotherapie, ohne die Fähigkeit, in Gruppenzusammenhängen denken zu können, ist eine angemessene stationäre Behandlung nicht möglich.

Die analytische Gruppenpsychotherapie hat uns Konzepte bereit gestellt, das vielfältige Übertragungsgeschehen in der Gruppe, die damit verbundenen unbewussten Konflikte und den resultierende interpersonellen Schwierigkeiten zu verstehen. Allerdings besteht dabei die Gefahr, rasch über die gegenwärtigen Interaktionen hinwegzugehen und sich ausschließlich mit den dahinter liegenden unbewussten Konflikten zu befassen. Dies brächte die Gruppenteilnehmer um die wichtige Einsicht, auf welche Weise sie mit anderen in Interaktion treten und wie sie sich wechselseitig „behandeln“. Dies gilt besonders bei Patienten mit sogenannten strukturellen Störungen, deren Fähigkeit zur Selbstreflexion eingeschränkt ist und die stattdessen innere Unverträglichkeiten handelnd zum Ausdruck bringen und versuchen, ihr Gegenüber zu veranlassen, sich in einer für sie zuträglichen Weise zu verhalten. Hier reicht es nicht aus, dass wir in einer vertikalen Dimension die unbewussten Hintergründe verstehen, sondern wir bedürfen einer horizontalen Dimension, die uns ermöglicht, das soziale Miteinander in den Blick zu nehmen (Streeck 2002). Hierbei erweisen sich psychoanalytische Begriffe nur bedingt als tauglich. Sie müssen durch soziologische Begriffe wie beispielsweise den der „sozialen Norm“, „der Rolle“ und der „sozialen Situation“ ergänzt werden. Diese Erweiterungen wurden in der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie vorgenommen, um die gegenwärtigen Interaktionen zu erfassen und therapeutisch zu nutzen (Heigl-Evers et. al. 1995). Diese Konzeption ermöglicht uns, zum einen die fortlaufenden Interaktionen nicht nur in der Gruppentherapie sondern überhaupt im sozialen Feld der Klinik zu erfassen. Erst wenn wir verstehen, auf welche Weise der Patient seine Interaktionen gestaltet und wie wir daran immer beteiligt sind, können wir seine Beziehungsstörungen sichtbar und für ihn erlebbar machen. Indem wir uns aber nicht auf die Position des deutenden Beobachters zurückziehen, sondern Anerkennen,

dass wir immer Mitspieler auf dem Feld der sozialen Interaktion sind, eröffnen sich uns Chancen, durch unser Verhalten und unsere emotionalen Antworten, dem Patienten einen Zugang zu sich selbst wie zu seinem Verhalten zu ermöglichen.

Anmerkungen zu den strukturellen Störungen

G.H. SEIDLER (2000) hat in seinen Arbeiten zur stationären Gruppenpsychotherapie das Konstrukt des „Selbstbezuges“ entwickelt. Er geht dabei davon aus, dass die Fähigkeit, sich selbst zum Gegenstand der Wahrnehmung, Beobachtung und Beurteilung zu nehmen allmählich entwickelt wird. Dabei hängt die Bildung von Selbstbildern und Selbstdefinitionen eng zusammen, ebenso wie die Fähigkeit, sich aus dem affektiven Erleben wieder herauszulösen und sich mit einer gewissen Distanz zu beobachten und zu beurteilen.

SEIDLER unterscheidet drei Reifestufen: Der **unreflektierten** Stufe, in der der Betreffende weder sich selbst noch die anderen als Objekte der Reflexion erkennt, sondern ganz im Hier-und-Jetzt lebt und erlebt. Vorherrschend ist die Phantasie der Übereinstimmung. Die Eigenheiten des Anderen werden allenfalls als störend wahrgenommen. Auf der **mittleren, der außen-reflektierten**, Stufe werden die Anderen zwar als eigenständig wahrgenommen, sie stehen allerdings überwiegend im Dienst der Selbstdefinition des Betreffenden. Dieser bleibt in seiner Selbstwahrnehmung, seinem Selbstwerterleben usw. auf sie angewiesen. Deshalb entsteht ein Kampf um diese Eigenständigkeit des Anderen. Diese wird als etwas Widerständiges erlebt, das den eigenen Bedürfnissen entgegensteht. Zugleich ist der Andere aber lebensnotwendig und kann nicht einfach aufgegeben werden. Dieser Kampf manifestiert sich überwiegend in interpersonellen Konflikten. Schließlich hat sich auf der **selbstreflexiven** Stufe die psychische Fähigkeit zur Selbstreflexion etabliert. M.E. geht es nicht darum festzulegen, auf welcher Stufe jemand „stehen geblieben“ ist, sondern zu erfassen, wie jemand z.B. unter dem Einfluss heftiger Affekte mental funktioniert.

Menschen mit strukturellen Störungen haben keine zusammenhängenden inneren Selbst- und Objektbilder entwickelt, widersprüchliche Aspekte stehen unverbunden nebeneinander. Die Entwicklung der Ich-Funktionen wie die Selbstwertregulation, die Spannungs- und Affekttoleranz, die Impulskontrolle, um nur einige zu nennen, ist beeinträchtigt. Da sich aber keine Repräsentanzen entwickelt haben, die kohärente Selbst- und Objektbilder mit den unterschiedlichen Facetten enthalten, werden in den manifesten Beziehungen ausgeprägte interpersonelle Störungen deutlich. Der Andere wird nur in bestimmten Aspekten wahrgenommen, anderen Seiten werden ausgeblendet. Ihm werden Funktionen und

Rollenerwartungen zugeschrieben, die dem entsprechen, was der Betreffende in diesem Selbstzustand benötigt. Erfüllt das Gegenüber diese Erwartungen nicht, gerät er in einen inneren Notstand, weil seine Möglichkeiten begrenzt sind, Bedürfnisse aufzuschieben oder andere Lösungen in Betracht zu ziehen. Oft bestehen nur zwei Möglichkeiten, entweder werden die Anstrengungen verstärkt, um das Gegenüber doch noch dazu zu veranlassen, sich in entsprechender Weise zu verhalten oder die Beziehung wird abrupt abgebrochen, weil sie als unzutraglich erlebt wird. Dies wird oft von heftigen Affekten begleitet; Wut und Enttäuschung, die in heftige Anklagen münden können oder massive Scham- und Schuldgefühle, die mit Attacken auf das eigene Selbst verbunden sind und zu selbstschädigenden Verhaltensweisen führen können.

Die klinische Erfahrung hat gezeigt, dass diese Patienten oft nicht von den Deutungen des Therapeuten profitieren können. Zum einen fällt ihnen die therapeutisch sinnvolle Trennung in ein beobachtendes und in ein erlebendes Ich schwer und zum anderen nehmen sie Deutungen als Bedrohung wahr. Diese Patienten profitieren eher von neuen Beziehungserfahrungen, in denen sie ihre Wünsche ausdrücken, um damit wahrgenommen und anerkannt zu werden. Solche Beziehungserfahrungen sind mit dem Erleben von Gehaltensein verbunden.

Unter diesem Gesichtspunkt kommt der Gestaltung der therapeutischen Beziehung eine besondere Bedeutung zu. Sie sollte ermöglichen, dass der Patient sich mit seinen Beziehungswünschen zeigen kann und die Welt seiner Selbst- und Objektbilder entfalten kann und ihm gleichzeitig ermöglichen, den Therapeuten als ein reales Gegenüber zu erfahren, mit dem er neue, seine bisherigen Repräsentanzen korrigierende Beziehungserfahrungen machen kann. Auf diese Weise kann er seine inneren Bilder von sich und anderen modifizieren und differenzieren, seine Ich-Fähigkeiten entwickeln und neue Kompetenzen ausbilden.

Die therapeutische Kleingruppe bietet hierzu ein besonders geeignetes Setting. In den vielfältigen Interaktionen und den sich daraus entwickelnden Übertragungen werden die Beziehungsstörungen für den Betreffenden erlebbar und für die anderen sichtbar, so dass sie sich dazu verhalten können. Ihre geäußerten Reaktionen ermöglichen es, den Sinn und die Auswirkungen des Verhaltens zu verstehen. Insbesondere die Momente in der Gruppentherapie, in denen erlebbar wird, dass das Gegenüber anders ist, als es die ihm zugeschriebenen Erwartungen und inneren Bilder haben erwarten lassen, rufen ein Erstaunen und Stutzen hervor, dem häufig Neugier und Interesse für den anderen folgen und somit einen Anreiz bieten, die eigenen Vorstellungen zu modifizieren.

Zur Indikation für die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie

Da bei Patienten mit strukturellen Störungsanteilen die Beziehungsschwierigkeiten im Vordergrund stehen und von ihnen häufig als sehr belastend erlebt werden, liegt es nahe, dass die Gruppentherapie, bei der der Schwerpunkt auf den Interaktionen liegt, besonders geeignet ist. In diesem Rahmen können die Patienten ihr Erleben und Verhalten in Gegenwart Anderer untersuchen. Sie können allmählich einen Zusammenhang erkennen zwischen ihrem Erleben und Verhalten im Kontakt mit anderen Menschen und ihren früheren Erfahrungen mit anderen wichtigen Personen. Durch die vielfältigen Reaktionen und Antworten der Gruppenteilnehmer beginnen sie eine Vorstellung davon zu bekommen, wie ihr Verhalten auf die Anderen wirkt. Oft gehen strukturell gestörte Patienten davon aus, dass ihr Gegenüber die Intentionen ihres Verhaltens doch richtig verstehen müsste, weil sie selbst doch von ihren guten Absichten wissen, die sie mit ihrem Verhalten verbinden. Dabei übersehen sie oft, dass nicht ihre guten Absichten erkennbar sind, sondern lediglich ihr Verhalten im Angesicht des Anderen, der eher auf die Art und Weise der Interaktionen reagiert, besonders dann, wenn sie ihm Anforderungen zuschreibt, die ihm nicht entsprechen. Die Gruppentherapie bietet vielfältige Möglichkeiten zu erfahren, wie man auf den anderen wirkt und eingewirkt hat und ob das eigene Bild, das man von seinem Verhalten hatte, damit übereinstimmt. Gerade Menschen mit strukturellen Störungen erleben ihre Umwelt und die vielfältigen Interaktionen mit anderen Menschen als etwas, das ihnen zustößt, auf das sie wenig Einfluss haben und dem sie ausgeliefert sind.

Allerdings sind auch einige Einschränkungen zu beachten, die die Teilnahme an einer Gruppentherapie beeinträchtigen oder unmöglich machen können. In den Vorgesprächen ist beispielsweise zu untersuchen, inwieweit der Betreffende in der Lage ist, den Anderen als eigenständig wahrzunehmen. Wie bedrohlich erlebt er eine Teilnahme vor dem Hintergrund ausgeprägter Autonomieansprüche? Verträgt seine narzisstische Regulation überhaupt Rückmeldungen von anderen oder fühlt er sich unerträglich gekränkt und muss alles zunichte machen? Oder werden die Grenzen zwischen sich und dem Anderen in belastenden Situationen brüchig oder lösen sich gar auf, so dass der Gruppenteilnehmer in ausgeprägte regressive Zustände geriete, die seine noch erhaltene Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen verloren ginge? Schließlich sollte bedacht werden, dass nicht wenige dieser Patienten unter heftigen Schamgefühlen leiden, weil sie sich von den anderen beobachtet und in einer Weise bewertet sehen, denen sie von sich aus, in ihrer Vorstellung eines „defektiven“ Selbst, nichts entgegen setzen können. Sie werden in der öffentlichen Situation der Gruppe von

Schamgefühlen überflutet, so dass sie die Gruppe verlassen müssen oder sich aus dem Geschehen weitgehend zurückziehen und deshalb nicht mehr profitieren können. Hier bedarf es oft einer längeren, vorbereitenden Klärung, um gemeinsam mit dem Patienten auszuloten, ob er von einer Gruppenteilnahme profitieren kann. Dies ist im ambulanten Rahmen nur bedingt möglich. Als nützlich hat es sich erwiesen, wenn diese Patienten zur Einleitung einer längeren psychotherapeutischen Behandlung zunächst in einer Klinik gruppenpsychotherapeutisch behandelt wurden, um dann an die gemachten Erfahrungen anknüpfen zu können.

Einleitung der Gruppentherapie

Patienten mit strukturellen Störungen können sich häufig eine therapeutisch hilfreiche Gruppenteilnahme nicht vorstellen. Sie haben oft nur sehr vage Vorstellungen darüber, was in einer Gruppentherapie geschieht und was für sie nützlich sein könnte. Dabei hilft die interaktionelle Vorgehensweise, in dem sie den Blick auf die aktuelle Beziehungsgestaltung und die beobachtbaren Ich-Funktionseinschränkungen fokussiert. Der Gruppenleiter kann gemeinsam mit dem Patienten untersuchen, ob dieser von einer Gruppenteilnahme profitieren könnte.

Besonders aufmerksam werden die Behandlungsziele besprochen. Oft fällt es diesen Patienten schwer, realistische und konkrete Behandlungsziele zu formulieren. Dies erfordert oft eine längere, klärende, gemeinsame Arbeit, bei der es hilfreich ist, sich auf die aktuellen Schwierigkeiten im Alltag, besonders den Beziehungsstörungen, zu konzentrieren. Als nützlich erweist sich, gemeinsam zu überlegen, was am Ende der Gruppentherapie anders sein sollte und woran der Patient diese Veränderungen konkret erkennen wird. In der stationären Psychotherapie verbinden wir die Behandlungsziele mit dem zu Beginn der Therapie erarbeiteten Fokus des Gesamtbehandlungsplans.

Neben den für alle Gruppenteilnehmer verbindlichen Rahmenbedingungen (regelmäßige Teilnahme, Verschwiegenheitsgebot) wird bei Patienten mit strukturellen Störungen auch verabredet, wie der Umgang mit selbstschädigenden Verhaltensweisen oder aggressiven Handlungsbereitschaften sein soll. Dabei kommt dem Therapeuten häufig zu Beginn die Aufgabe zu, in einer Art „Hilfs-Ich-Funktion“ zu antizipieren, welche Schwierigkeiten sich für den Patienten ergeben könnten. Es wird erläutert, auf welche Weise der Patient sich daran beteiligen sollte, damit die Gruppentherapie erfolgreich verläuft. Ebenso wird der Therapeut erklären, worin seine Aufgaben in der Gruppe bestehen. Oft ist es notwendig, dass der

Gruppenleiter sich aktiv darum bemüht, dass der Patient in dieser Weise kooperiert. Diese Kooperationsvereinbarungen (Streeck 2002) fördern nicht nur den Einstieg in die Gruppentherapie, sondern haben auch eine haltende Funktion i.S. Winnicotts (1958). Zu Beginn der Gruppentherapie wird die Regel der freien Interaktion erläutert, allerdings verbunden mit der Empfehlung, die eigenen Belastungsgrenzen ebenso im Auge zu behalten wie die der Mitpatienten. Die Regel der freien Interaktion soll durch die Empfehlung, sich uneingeschränkt und möglichst unzensiert zu äußern, den „natürlichen“ Ablauf der Interaktionen ermöglichen, damit sich die Beziehungsstörungen zeigen und einer Bearbeitung zugänglich werden. Durch die Einschränkung soll allerdings gleichzeitig verhindert werden, dass die Gruppe zur ausschließlichen, störungsspezifischen Bedürfnisbefriedigung missbraucht wird. Natürlich wird diese Empfehlung häufig „missverstanden“, entweder als Aufforderung niemanden zu belasten und deshalb aggressive Äußerungen zurückzuhalten oder als Möglichkeit, doch uneingeschränkt seinen Bedürfnissen zu folgen.

Zum Gruppenprozess

Im Terminus „psychoanalytisch-interaktionell“ soll zum Ausdruck gebracht werden, dass hier zwei Konzepte in Verbindung gebracht werden. Zum einen die psychoanalytische Perspektive, die die unbewussten psychischen Prozesse mit Trieb-Abwehr-Konflikten, den Ich-Funktionen, den verinnerlichten Objektbeziehungen und das Erleben des Selbst untersucht (Pine 1990). Zum anderen eine interaktionelle Perspektive, die untersucht, wie und mit welchen kommunikativen Mitteln Beziehungen im Hier-und-Jetzt hergestellt und reguliert werden. Der Blick des Gruppenleiters richtet sich auf die Verbindung zwischen den verinnerlichten Beziehungserfahrungen und den gegenwärtigen Interaktionen.

In der Gruppentherapie aktualisieren sich die Teilobjektbeziehungen als Übertragungen auf die anderen und auf die Gruppe. Gleichzeitig beginnt ein fortwährender Prozess des sich wechselseitigen „Be-handelns“, der darauf abzielt, den andern dazu zu veranlassen, sich in einer der Übertragung entsprechender Weise zu verhalten. Die unterschiedlichen Übertragungen führen dazu, dass miteinander ausgehandelt werden muss, wie die aktualisierten Wünsche und Bedürfnisse verwirklicht werden können. Auf der Ebene der manifesten Interaktion werden diese Beziehungsregulationen als implizite und explizite soziale Normen erkennbar. In diesem Zusammenhang lässt sich auch erfassen, wie die Gruppenteilnehmer die aktuelle Situation in der Gruppe verstehen. Jede Interaktion setzt eine Verständigung darüber voraus, wie die Beteiligten die soziale Situation, in der sie sich

befinden, definieren wollen. Diese Situationsdefinition bestimmt, welches Verhalten als angemessen gelten soll, wer welche Rollen übernimmt und wie die Beiträge gestaltet werden sollen. Üblicherweise geschieht die Situationsdefinition im Vollzug, d.h. ausgehend von einem Situationsverständnis, das noch recht vieldeutig sein kann, kommen die Interaktionspartner schrittweise zu einer präziseren Auffassung, indem sie im Angesicht des anderen handeln, durch seine Reaktionen korrigiert oder bestätigt werden und ihrerseits erneut reagieren (Weymann 2001). Durch diese Stellungnahmen zum Verhalten des anderen entwickeln sich die sozialen Normen. Dabei wird oft übersehen, dass jegliches Verhalten im Angesicht des anderen eine Stellungnahme bedeutet, Schweigen oder Nichtbeachtung ist unter Umständen viel wirksamer als lautstarker Protest (Streeck 2002). Dieser Prozess des interpersonellen Verhalten und der Beziehungsgestaltung steht in einem Spannungsverhältnis zu den aktualisierten Beziehungswünschen. Diese sind von den verinnerlichten Objektbeziehungen geprägt und werden als sehr drängend und unaufschiebbar erlebt, weil die damit verbundenen Ich-Funktionen, beispielsweise die Impulskontrolle oder die Frustrationstoleranz, eingeschränkt sind. Ebenso sind die Fähigkeiten eingeschränkt, den Anderen und die bestehende Beziehungen angemessen wahrzunehmen, weil beispielsweise die Affekte nicht differenziert gespürt werden können und dadurch das Verhalten des Gegenüber schwer verständlich wird. So besteht immer wieder die Tendenz, ausgehandelte Normen in Frage zu stellen und dyadische oder pseudodyadische Beziehungen herzustellen, von denen erwartet wird, dass sie die Bedürfnisse befriedigen.

Streeck (2002) hat eine Reihe von wiederkehrenden Themen und Problemen in den psychoanalytisch-interaktionellen Gruppen herausgearbeitet. Zunächst stellt sich die Frage, ob und wie zu einander Kontakt aufgenommen werden soll. Besonders häufig leiden Patienten mit strukturellen Störungen unter der Angst, abgelehnt, zurückgewiesen und beschämt zu werden, meist verbunden mit der Vorstellung das Gegenüber hege feindliche und entwertende Absichten. Umgekehrt kann aber auch völlig übersehen werden, dass man einem Fremden gegenüber steht, den man erst kennen lernen sollte. Dann werden in blindem Vertrauen, gleich zu Beginn ohne jeden Vorbehalt intime Details preisgegeben, die erst recht Zurückweisung hervorrufen können. Damit verknüpft ist das Problem, wie intime Nähe und Distanz miteinander geregelt werden können. Insbesondere inwieweit es gelingt, den Anderen als eigenständige Person wahrzunehmen und ihn nicht als Substitut für eigene Bedürfnisse zu verwenden. Wie erarbeitet die Gruppe es für sich, dass Unterschiede bestehen dürfen oder wie beunruhigend bleiben diese und werden durch die Illusion verdeckt, dass alle gleich sind. Auch muss in der Gruppe das Problem angegangen werden, wie mit Kritik oder Aggressivität

umgegangen werden soll. Dazu gehört auch, inwieweit die Toleranzgrenzen beachtet werden, also ob es um Kritik um jeden Preis geht, ob Grenzen beachtet werden oder ob gar eine Atmosphäre der Schonung entsteht, in der überhaupt nicht kritisiert werden darf. Schließlich steht jede Gruppe vor der Frage, wie sie mit Trennung und Abschied umgehen möchte. Dies alles sind natürlich Probleme, die in jeder Gruppe behandelt werden. In einer Gruppenpsychotherapie mit strukturell gestörten Patienten haben diese Themen aber eine besondere Brisanz. So reagieren Patienten mit einer Borderline-Störung auf einen drohenden Objektverlust mit heftigen Gefühlen, sie versuchen um jeden Preis den anderen zu halten, geraten in schwer erträgliche Affektzustände, in denen sie sich selbst schädigen oder die Beziehung ihrerseits abbrechen. Dadurch bekommt das Thema der Nähe und Distanz eine ganz besondere Bedeutung und es wird für die Beteiligten viel schwieriger, einen Kompromiss auszuhandeln, der auch den Bedürfnissen des Gegenübers gerecht wird.

Zur Behandlungstechnik

Der Gruppenleiter richtet seine Wahrnehmung auf das Hier und Jetzt der manifesten Interaktion, um die gegenwärtigen interpersonellen Beziehungen zu erfassen. Sein Augenmerk gilt dabei auch, auf welche Weise diese Beziehungen untereinander reguliert werden. Gleichzeitig registriert er aufmerksam, welche Einfälle und Assoziationen sich bei ihm einstellen und mit welchen Gefühlen er auf das Gruppengeschehen reagiert. Aus beiden Beobachtungen kann er die aktuelle Situationsdefinition erschließen und beobachten, durch welches Verhalten die geltenden sozialen Normen vertreten werden. Auf dem Hintergrund psychoanalytischer Konzepte versucht der Gruppenleiter, die aktualisierten Objekt- oder Teilobjektbeziehungen zu erfassen, sie mit den gezeigten oder vermuteten Affekten und den erkennbaren Ich-Funktionseinschränkungen zu verbinden.

Der Gruppentherapeut in der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppe arbeitet progressionsorientiert. Es hat sich m.E. in der Arbeit mit strukturell gestörten Patienten nicht bewährt, regressive Prozesse zu fördern, weil dadurch die Ich-Fähigkeiten des Patienten weiter beeinträchtigt und labilisiert werden. Stattdessen wird der Gruppenleiter die Entwicklung der eingeschränkten Ich-Funktionen anregen, Ressourcen fördern und neue Erfahrungen unterstützen. Hierzu ist es auch erforderlich, dass er seine psychoanalytische Haltung modifiziert. Die Haltung der frei schwebenden Aufmerksamkeit wird ergänzt durch eine **wache Präsenz**, in der er sich neugierig und interessiert den Gruppenteilnehmern und ihren Interaktionen ebenso zuwendet wie seinen eigenen Einfällen und Gefühlen, so dass

allmählich emotional unterschiedlich besetzte Vorstellungen vom Anderen bei jedem entstehen können (Ott 2001). Zu einer modifizierten Haltung gehört auch die Bereitschaft, in sich selbst **Respekt für das Schicksal des Anderen** zu entwickeln. Aber er wird auch das Bemühen jedes Einzelnen und der Gruppe anerkennen, das Leben zu meistern und zu bewältigen, gerade auch dann, wenn die Symptome und Verhaltensweisen, die auch Bewältigungsversuche sind, unter Umständen in ihm heftige emotionale Reaktionen wie Ablehnung und Entwertung hervorrufen. Mit der Grundeinstellung der **emotionale Akzeptanz** ist die Bereitschaft des Leiters gemeint, alle auftauchenden Gefühle, bei sich selbst und bei den Gruppenteilnehmern, wahrzunehmen und sie unvoreingenommen gemeinsam zu explorieren. Schließlich wird vom interaktionell arbeitenden Gruppenleiter erwartet, **authentisch** zu sein, d.h. bereit zu sein, alle Gefühle, und seien sie auch schwer erträglich, in sich zu zulassen und sie mitzuteilen, wenn er den Eindruck hat, dadurch den therapeutischen Prozess zu fördern. In der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie ist der Leiter nicht nur beobachtender Teilnehmer, sondern er ist immer auch ein erlebendes Gegenüber im Beziehungsgeschehen der Gruppe. Er wird beispielsweise seine emotionale Reaktionen, wenngleich auch ausgewählt, mitteilen, aber eben nur solche, die er authentisch in sich gespürt hat.

Aus dieser Haltung heraus werden auch andere therapeutische Techniken als die Deutung eingesetzt. Durch die aktualisierten Teilobjektbeziehungen verhalten sich die Patienten ihrem Gegenüber auf eine Weise, dass diesem eine bestimmte Rolle und Funktion zugewiesen wird. Das Gegenüber soll durch sein Verhalten dem Betreffenden dabei helfen, schwer erträgliche innere Zustände zu regulieren. Beispielsweise ist jemand darauf angewiesen von seinem Gegenüber uneingeschränkt bewundert zu werden, weil er sich sonst sehr minderwertig fühlt und dies kaum ertragen kann. In aller Regel führt eine solche Beziehungskonstellation im Alltag zu Konflikten unter den Beteiligten und zu Beziehungsabbrüchen, weil das Gegenüber seinerseits nur schwer ertragen kann, auf diese Funktion reduziert zu werden. In der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie geht es nun darum, dass der Therapeut sich als Gegenüber zur Verfügung stellt, sich auf diese Beziehungsgestaltung einlässt, um in geeigneter Form, indem er die Toleranzgrenzen des Patienten beachtet, diesem mitteilt, welche Gefühle in ihm entstehen, wenn er auf diese Weise behandelt wird. In seiner **authentischen Antwort** vermittelt der Therapeut die Wirkung der Beziehungsinzenierung auf ihn und auf die anderen Gruppenmitglieder und macht deutlich, dass er sich als Realperson vom übertragenen Objekt unterscheidet. Er kann sich zwar in den Patienten einfühlen und dessen Beweggründe nachempfinden, gleichwohl ist er als Gegenüber eine

reale Person mit eigenen Wünschen und Bedürfnissen. In dem der Patient diese Erfahrung mit seinem Gegenüber macht, das ihm zugewandt und dennoch getrennt von ihm bleibt, entsteht in ihm ein Staunen und Stutzen, so dass er angeregt wird, über seine Beziehungserfahrungen nachzusinnen. Dies ist für Patienten mit einer strukturellen Störung bedeutsam, weil sie in ihren Beziehungen oft kein klar konturiertes Bild vom Anderen hatten, sondern oft sehr widersprüchliche inneren Bildern, die zwischen einem „Entweder-Oder“ hin und her wechselten. Diese Intervention der **Antwort** wird unterstützt durch die **Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen** durch den Therapeuten und durch die **Arbeit mit den Affekten**. Der Gruppenleiter übernimmt in der Gruppe Hilfs-Ich-Funktionen, wenn er beobachtet, dass bestimmte Ich-Funktionen bei einem Patienten im Moment nicht zur Verfügung stehen und der Patient dadurch eingeschränkt ist. Recht häufig ist unter anderem, dass ein Gruppenmitglied nicht einzuschätzen vermag, welche Auswirkungen sein Tun beim Anderen haben wird. Indem der Gruppenleiter anregt, über die Folgen dieses Verhalten nachzudenken und seinen Eindruck mitteilt, regt er die Gruppenmitglieder an, sich damit auseinander zu setzen. Patienten mit strukturellen Störungen gelingt es oft nicht, ihre Gefühle selbstreflexiv wahrzunehmen und zu benennen, ihre Affekte zu kontrollieren und auszudrücken und die emotionalen Mitteilungen des anderen zu erkennen. Besonders deutlich wird diese Einschränkung in der Gruppentherapie bei den beziehungsregulierende Affekten wie Fürsorge, Schuld, Trauer und Verantwortung, aber auch in Bezug auf die Informationsverarbeitung und der Umgang mit sich selbst (Ott 2001). In der Gruppe kann das eingeschränkte Affekterleben erkannt und in seinen Auswirkungen, insbesondere in den Interaktionen gemeinsam erkundet werden und angemessenere Erlebens- und Ausdrucksmöglichkeiten gefunden werden. Der Leiter wird die Patienten darin unterstützen, die Affekte zu identifizieren, zu differenzieren, sie zu benennen und den Kontext herausarbeiten, in dem sie hervorgerufen wurden. Außerdem werden gemeinsam Möglichkeiten erarbeitet, wie schwer erträgliche Gefühle reguliert werden. Durch die Arbeit an den Affekten können die Gruppenteilnehmer besser verstehen, auf welche Weise sie Beziehungen aufnehmen und regulieren können. Indem die Patienten ihre Gefühle differenzierter wahrnehmen, können sie auch besser damit verbundene Impulse kontrollieren und müssen sie nicht mehr abreagieren. Wenn die Patienten wahrnehmen, dass der Andere in der Gruppe ganz andere Gefühle in einer ähnlichen Situation verspürt, so ist das oft eine wichtige Erfahrung, die zu einer weiteren Differenzierung zwischen sich selbst und dem anderen führt. Dabei können die Patienten, die oft unter einem eher diffusen, körpernahen Unbehagen litten, nun den Signalcharakter der Affekte nutzen und sich ein angemesseneres

Bild von anderen und den Interaktionen verschaffen. Besonders wichtig ist für Patienten mit strukturellen Störungen auch, dass ein Zusammenhang mit der jeweiligen Situation hergestellt wird, in der das Gefühl erlebt wurde, um zu verdeutlichen, dass die affektiven Reaktionen sinnvoll sind und nicht den Betroffenen einfach so und „wie aus heiterem Himmel“ befallen. Im Gruppenprozess spielen die sozialen Normen, die in der Gruppe ausgehandelt werden, eine bedeutsame Rolle. Abhängig von der Situationsdefinition und den damit verbundenen aktualisierten Objektbeziehungen können allerdings Normen etabliert sein, die dazu dienen, schwierige Situationen in der Gruppe zu vermeiden, wodurch allerdings die weitere Entwicklung gehemmt wird. Solche einschränkende Normen, beispielsweise dass in einer Gruppe keine Kritik geäußert werden darf, sollte der Gruppenleiter ansprechen und mit den Teilnehmer allmählich progressionsorientierte und förderliche Normen entwickeln. Um den Patienten ein hilfreiches Verständnis zu ermöglichen, auf welche Weise sie an der Gestaltung ihrer interpersonellen Beziehungen beteiligt sind, kann es nützlich sein, wenn der Gruppentherapeut erläutert, wie die Interaktionen miteinander verschränkt sind (Streeck 2002). So können die Gruppenteilnehmer erfahren, wie ihr Verhalten auf die anderen wirkt, welche Reaktionen es hervorruft und wie sie ihrerseits auf diese Reaktionen antworten. Dabei ist es für Patienten mit strukturellen Störungen oft überraschend, dass das Gegenüber auf ihr Verhalten ganz anders reagiert als von ihnen beabsichtigt. Da sie zu Beginn der Therapie noch über kein ausreichend differenziertes Bild vom anderen verfügen, glauben sie, dass dieser genauso empfindet wie sie selbst und folglich auch über ihre Beweggründe Bescheid wüsste, ohne dass sie sich darüber geäußert hätten. Solange dies nicht deutlich wird, kommt es rasch zu interpersonellen Verstrickungen in der Gruppe, die mit heftigen Affekten ausgetragen werden und zu einem Therapieabbruch führen können.

Resümee

Seit der Entwicklung der Methode Ende der 60iger Jahre hat sich klinisch ein breites Anwendungsfeld ergeben. In der Behandlung von Menschen mit struktureller Störung hat sich die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie bewährt. Sie hat sicherlich einen Schwerpunkt in der stationären Behandlung bei Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, bei Suchtkranken, bei psychosomatisch Kranken, besonders bei jenen, denen es schwer fällt, ihre Affekte wahrzunehmen, bei Menschen, die unter den Folgen aggressiver und sexueller Traumatisierung leiden. Besonders Menschen, die aufgrund ihrer eingeschränkten Fähigkeit, ihre Impulse zu kontrollieren und die immer wieder in kaum erträgliche Affektzustände geraten, die sie durch selbstschädigende Handlungen unterbrechen

können, scheinen von dieser Methode zu profitieren. Schließlich ist sie hilfreich, vorzugsweise als Gruppentherapie, wenn ausgeprägte soziale Ängste die Patienten daran hindern, Kontakt und Beziehung zu anderen aufzunehmen. Nach unseren Erfahrungen können diese Patienten von einer psychoanalytischen Gruppentherapie nicht so gut profitieren, weil sie häufig die damit verbundenen Anforderungen an Selbstreflexion, Frustrationstoleranz und Bedürfnisaufschub besonders in sehr affektiven Zuständen noch nicht leisten können und deshalb entweder die Therapie abbrechen, in selbst- oder fremddestruktiver Weise agieren oder in therapeutisch kaum beeinflussbare regressive Zustände geraten.

Zunächst wurde diese Gruppentherapiemethode überwiegend in der Klinik eingesetzt.

Inzwischen hat sich der Anwendungsbereich auf psychiatrisch-psychotherapeutische Praxen, Beratungsstellen und auf die Suchtbehandlung in den unterschiedlichen Settings ausgedehnt. Gerade hier suchen Menschen mit strukturellen Störungen Hilfe und Therapie, die sie oft in psychotherapeutischen Praxen nur begrenzt finden. Nach meinem Eindruck scheuen viele niedergelassene Kollegen die therapeutische Arbeit mit diesen Patienten, die als schwierig und sehr belastend eingeschätzt werden. Diese große Patientengruppe bedarf zwar eines modifizierten Zuganges, der ihren Bedürfnissen und Einschränkungen gerecht wird, kann aber durchaus erfolgreich behandelt werden. Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie wird diesen Erfordernissen besonders gerecht, weil sie die Interaktionen im Hier – und – Jetzt aufgreift und mit dem arbeitet, was der Patient bietet und zur Verfügung hat. Hier sehe ich die klinische Erfahrung bestätigt, dass die therapeutische Arbeit mit diesen Patienten in Gruppen einfacher ist, weil die belastenden Verstrickungen sich auf die Gruppe verteilen und die aktiveren Interventionsmöglichkeiten dabei helfen, den Gruppenprozess zu steuern.

Gerade solche Erfahrungen sollten die analytischen Gruppentherapeuten ermutigen, Anwendungsformen zu entwickeln, die sowohl den verschiedenen Patientengruppen als auch den jeweiligen Settings angemessen sind. Sonst geraten wir m.E. in Gefahr, zwar sehr differenzierte Gruppenkonzepte zu haben, uns aber immer weiter von den Belangen der Praxis zu entfernen.

Literatur:

Heigl-Evers A, Ott J (Hrsg. 1995) Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode: Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht.

Kernberg O F (1988). Innere Welt und äußere Realität. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.

Ott J (2001) Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie- ein Behandlungsangebot für Patienten mit strukturellen Störungen. Psychother Dialog 2:51-8

Pine F (1990). Drive, Ego, Object & Self. Basic Books.

Seidler G H (2000) Die empirische Prüfung des Konstruktes vom Selbstbezug im Beobachtungsfeld stationärer Psychotherapie. In: Tress W, Wöller W, Horn E. (Hrsg) Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus – State of the Art. Frankfurt:VAS

Streeck U (2002) Gestörte Verhältnisse – zur psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie von Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Persönlichkeitsstörungen 2002; 2:109-25

Weymann A (2001) Interaktion, Sozialstruktur und Gesellschaft. In. Joas H (Hg) (2001) Lehrbuch der Soziologie. Frankfurt. Campus Verlag.

Winnicott D W (1958) Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag (1983)

Zusammenfassung:

Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie hat sich klinisch in der Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen bewährt. Neben Indikation und Vorgespräch wird die Vorbereitung auf die Gruppentherapie vorgestellt, die den Erfordernissen dieser Patienten gerecht wird. Es wird der Gruppenprozess dargestellt und aufgezeigt, worin die spezifischen behandlungstechnischen Möglichkeiten der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie bestehen und auf welche Weise die Patienten in der Gruppe davon profitieren können.

Angaben zur Person:

Andreas Dally, Facharzt f. Psychiatrie u. Psychotherapie, Facharzt f. Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker (DPG; DGPT, Sektion AG im DAGG); Leitender Arzt des Funktionsbereichs „Klinische Psychotherapie Erwachsener“ im Krankenhaus Tiefenbrunn bei Göttingen. Arbeitsschwerpunkte: Behandlung struktureller Störungen, Gruppentherapie, soziale Ängste.