

Gruppenpsychotherapie in der Klinik

Paul L. Janssen

1. Vorbemerkung

Das mir gestellte und sehr weit gefasste Thema „Gruppenpsychotherapie in der Klinik“ habe ich reduziert auf die psychodynamische bzw. analytische Gruppenpsychotherapie, die ein Baustein stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie ist. Das gesamte Leitthema des Kongresses „Unterschiedliche Anwendungen psychodynamischer Gruppenpsychotherapie“ legt weiterhin nahe, dass es seine Vielzahl von Anwendungen in der Klinik gibt. Es werden jedoch nur zwei in der Programmankündigung genannt: Die tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie und die analytische Gruppenpsychotherapie. Sind dies die Gruppenpsychotherapie, die auch im stationären Rahmen ihre Anwendung finden oder sind sie nur für den ambulanten Bereich konzipiert? Wie beeinflussen die stationären Anwendungen der analytischen Gruppenpsychotherapie die ambulanten und umgekehrt? Diese sehr spannenden Fragen, kann ich sicher in meinem Vortrag nur annähernd beantworten. Zunächst befasse ich mich mit Definitionen und den Ergebnissen der Gruppenpsychotherapieforschung, bevor ich zu meinen persönlichen Erfahrungen komme und einige Schlussfolgerungen ziehe, die mir für die Zukunft der stationären Gruppenpsychotherapie, möglicherweise aber auch der ambulanten bedeutsam erscheinen.

2. **Definition der psychoanalytisch begründeten Gruppenpsychotherapie nach den Psychotherapie-Richtlinien.**

Psychoanalytische Gruppenpsychotherapie ist eine Anwendungsform der psychoanalytischen Therapie. Psychoanalytische Therapie gründet auf der Psychoanalyse, die im klinischen Kontext sowohl als Persönlichkeits- und Krankheitslehre wie als Behandlungstheorie zu verstehen ist. Eine zentrale Stellung in allen psychoanalytischen Therapien hat damit das

Unbewusste in den Funktionsweisen der gesunden wie der psychisch kranken Persönlichkeit. Da Gruppenpsychotherapie der Behandlung psychisch und/oder psychosomatisch gestörter Patienten dient, wird ihr zu ihrer psychoanalytischen Begründung eine Konzeption von unbewussten Entwicklungsstörungen zugrunde gelegt, beschreibbar als Konflikt zwischen triebhaften Impulsen und internalisierten Normen (Triebkonfliktmodell) oder als Ausdruck von Entwicklungsdefiziten aufgrund mangelnder empathischer Funktionen primärer Bezugspersonen (Entwicklungsdefizitmodell).

Psychoanalytische Behandlungen untersuchen nun die der Symptomarbeit zugrunde liegenden unbewussten innerseelischen Konflikte und Strukturen der Persönlichkeit. Dazu setzen sie auch psychoanalytische Therapie der Analyse der Übertragung, der Gegenübertragung und des Widerstands auf der Basis einer therapeutischen Allianz oder hilfreichen therapeutischen Beziehung ein. Auch psychoanalytisch begründete Gruppenpsychotherapie gründet auf dieser Behandlungsstrategie.

Gemäß den Psychotherapie-Richtlinien sind die psychoanalytisch begründeten Psychotherapien differenziert in tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Gruppenbehandlung und analytische Psychotherapie als Gruppenbehandlung. Da jedes Konzept der psychoanalytischen Gruppentherapie sich auf die oben kurz skizzierte Krankheitslehre und Behandlungstheorie gründet, ist die Frage, wie wirkt sich dies auf die Darstellung der Gruppenpsychotherapie aus. Konflikte äußern sich in Form von Symptomen, Charaktermerkmalen und in interpersonellen Beziehungsmustern. Da in der Gruppe das interpersonelle Geschehen, in der Mehr-Personen-Beziehungen im Vordergrund steht, lassen sich wie im dualen Setting auch die Analyse von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand einsetzen, wenn die multidimensionale Übertragungsszene wahrgenommen und analysiert wird.

Ein Ziel in der „analytischen Psychotherapie als Gruppenbehandlung“ ist die Bearbeitung der multidimensionalen Übertragungsszene in dem interpersonellen Geschehen in der Gruppe. Ein anderes Ziel liegt in der Analyse der Gruppe als Ganzes, als Verbundenheit über eine unbewusste Phantasie. Die Wahrnehmungseinstellungen des Gruppentherapeuten soll in dieser Gruppentherapie ähnlich wie in der Einzeltherapie die gleich wirkende Aufmerksamkeit sein. In der Gruppe spielen darüber hinaus interpersonelle

Abwehrmechanismen und psychosoziale Kompromissbildungen, wie unbewusste Gruppenphantasien eine Rolle (vgl. Brandl et. al. 2004).

In der „tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als Gruppenbehandlung“ hingegen geht es weniger um regressive Prozesse und Deutungen der multidimensionalen Übertragungsszene, sondern um die Arbeit an den interpersonellen Konflikten in der Gruppe oder um Rollenkonflikte im Leben der Gruppenteilnehmer, die sich in der Gruppe widerspiegeln. Heigl-Evers und Heigl (1982) haben hierfür das interaktionelle Prinzip formuliert, d.h. nicht Deuten ist das zentrale Interventionsprinzip, sondern Antwort-Geben mit dem Ziel, die gestörten interpersonellen Beziehungen der Patienten in der Gruppe nicht nur durch die Deutung einsichtig zu machen, sondern durch die Antwort eine korrigierende Erfahrung einzuleiten.

3. Definition der stationären psychodynamischen Psychotherapie

Die obigen Definitionen der psychoanalytisch begründeten Psychotherapien als Gruppenbehandlungen sind für die ambulante Psychotherapie zutreffend. Ob sie für die stationäre Psychotherapie anwendbar sind, werde ich erst gegen Ende beantworten können. Zunächst möchte ich klarstellen, dass beide Gruppenformen nicht das gesamte der stationären psychodynamischen Psychotherapie ausmachen. Wir haben als Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM) die stationäre psychodynamische Psychotherapie als multimodale Therapie definiert. Sie hat folgende Bausteine:

Abbildung 1

Stationäre Psychotherapie ist - gleich welche Psychotherapierichtung sie vertritt - immer eine multimodale, multipersonale, mehr dimensionale Behandlung unter Berücksichtigung des therapeutischen Milieus auf der Station. Sie wendet Formen der Kurz- und Fokalthherapie an, der Krisenintervention sowie anderer psychoanalytisch begründeter Verfahren, wie z.B. Mal- und Gestaltungstherapie, Musik- und Bewegungs- oder Tanztherapie. Die

Gruppenpsychotherapie ist ein Baustein in der stationären Psychotherapie als Gesamtbehandlung, aber nie der einzige (vgl. Janssen 2004).

4. Ergebnisse der Gruppenpsychotherapie-Forschung

Die Ergebnisse der Gruppenpsychotherapie-Forschung sollen herangezogen werden, um zu klären, ob sie zu unserer Fragestellung einen Beitrag leisten können. Hinsichtlich der Gruppenpsychotherapie-Forschungsergebnisse beziehe ich mich auf Strauß (2001) und Tschuschke (2001, 2004). Aus den zusammenfassenden Überblicken lassen sich folgende Forschungsergebnisse festhalten:

1. Nach Studien unter Kontrollbedingungen ist Gruppenpsychotherapie effektiv.
2. Die Ergebnisse der Gruppenpsychotherapie sind den der Einzelpsychotherapie gleichwertig.
3. Menschen mit spezifischen Problemen können in Gruppen nicht effektiv behandelt werden.
4. Die Leitung nach dem Konzept, die Gruppe als Ganzes zu verstehen, ist kaum effektiv.
5. Die Abbruchraten in Gruppen sind hoch.
6. Die verschiedenen Formen von Gruppenpsychotherapien zeigen keine unterschiedlichen Ergebnisse.

Die Wirkfaktoren der Gruppe sollen nach Tschuschke auf der Rekapitulation familiärer Erfahrung, der Selbstöffnung und des Feedbacks in der Gruppe gründen. Strauß und Burgmeier-Lohse (1994) finden als Wirkfaktor die Theorie des Therapeuten und die Passung mit den Erwartungen des Patienten. In anderen Studien wird aber auch das Leben in der therapeutischen Gemeinschaft, die soziometrische Position in der Gruppe, das Selbsterleben im Verlauf, das Erleben des Gruppenmilieus und die Beziehung zum Gruppentherapeuten als Wirkfaktor beschrieben. Patienten mit hoher interpersoneller Sensitivität profitieren eher von Gruppentherapien als Patienten ohne diese Sensitivität.

Diese Ergebnisse zeigen, dass Gruppenpsychotherapien effektiv sind und bestimmte Wirkfaktoren haben, die über die Einzeltherapien nicht erreicht werden können. Dennoch ist zurzeit seitens der Gruppenpsychotherapie-Forschung eine Aussage über differentielle Wirksamkeit der Methoden nicht möglich. Es liegt ein erhebliches Forschungsdefizit vor, obwohl wir insbesondere im deutschsprachigen Raum genügend Chancen zur Forschung hätten, da wir in 158 psychosomatischen Rehabilitationskliniken und 75 Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an Krankenhäusern genügend Möglichkeiten haben, gruppenpsychotherapeutische Forschungen im psychodynamisch-tiefenpsychologischen Bereich durchzuführen.

5. Persönliche Erfahrungen in 35 Jahren Praxis klinischer Gruppenpsychotherapie

Im Laufe meiner beruflichen Tätigkeit habe ich an drei verschiedenen Universitätskliniken Psychotherapien durchgeführt: Bonn, Essen und Bochum (bzw. Dortmund). Darüber hinaus habe ich regelmäßig seit 30 Jahren ambulante kontinuierliche analytische Gruppenpsychotherapien durchgeführt, wie auch in dem Training für Gruppenanalyse in dem Modell von Altaussee mich beteiligt. Des Weiteren habe ich mich schriftlich wie in Vorträgen der wissenschaftlichen Diskussion über Gruppenpsychotherapie gestellt. Heute kann ich feststellen, dass die Durchführung ambulanter Gruppenpsychotherapien relativ einheitlich gesehen wird, während die Stellung der Gruppenpsychotherapie in der stationären Behandlung sich verändert hat. Die Veränderung kann ich unter dem Schlagwort zusammenfassen „Von der Gruppenpsychotherapie in der Klinik zur Komplexleistung stationärer Psychotherapie“.

5.1 In dem Bonner Modell praktizierte ich von 1970 bis 1976 (vergl. Janssen und Quint 1977, Janssen 1987). Die stationäre therapeutische Arbeit wurde in der analytischen Gruppenpsychotherapie zentriert. Dieser gruppentherapeutische Bereich wurde gemäß dem bipolaren Modell (siehe Janssen 1987) getrennt von dem Bereich der Patienten auf der Station mit Stationsarzt und Pflegepersonal. Dieser Bereich wurde als Realitätsraum definiert, weil er für die Patienten eine reale Situation sein sollte, die von der analytisch-therapeutischen Arbeit

in der Gruppe getrennt sein sollte. Die Patienten kamen in geschlossenen Gruppen von 8 Personen zur Therapie. Die stationäre Therapie dauerte 3,5 bis 4 Monate. Anschließend wurde die Gruppe vom gleichen Therapeuten mit einer Doppelstunde pro Woche über ein Jahr fortgeführt.

Die stationäre Gruppenpsychotherapie wurde 5 mal pro Woche 60 Minuten durchgeführt. Sie wurde von einem Therapeuten geleitet, der in klinischer Weiterbildung war und Erfahrungen in Psychotherapie und Gruppenpsychotherapie hatte. Ein Gruppenbeobachter saß außerhalb der Gruppe. Anschließend wurde die Gruppen zwischen Leiter und Beobachter besprochen. Der Leiter folgte in der Regel dem psychoanalytischen Gruppenkonzept von Argelander oder auch Foulkes: Die Gruppe, bestehend aus einzelnen Individuen, entwickelt eine Übertragungsbeziehung zum Gruppenleiter, die die Basis der therapeutischen Arbeit an Konflikten ist.

Diese analytische Gruppenpsychotherapie wurde ergänzt durch 4 mal in der Woche stattfindende Gruppenpsychotherapien mit gestalterischen Mitteln (Gestaltungstherapie), die Gruppenbewegungstherapie (5 mal pro Woche) und die somatischen und organisatorischen Aufgaben des Stationsarztes und die soziotherapeutischen supportiven des Pflegepersonals.

Das Schwergewicht dieses Therapiekonzeptes lag also bei der Gruppenpsychotherapie . Einzeltherapien wurden kaum durchgeführt, allenfalls in Krisensituationen. Die Erfahrung wie auch die Evaluation dieses Modells führte vom bipolaren Modell zum integrativen Modell, d.h. die Trennung von Therapiebereich und Realitätsbereich wurde aufgehoben und eine Einzeltherapie wurde neben der Gruppentherapie eingeführt, nicht zuletzt deswegen, weil die Behandlungsergebnisse für die strukturell Ich-gestörten Patienten in dieser gruppenzentrierten Behandlung nicht so günstig waren wie in einer integrierten Behandlung (vgl. Janssen 1987).

5.2 Das Essener Modell – ich praktizierte es von 1977 bis 1986 – ist ein integratives Modell (vgl. Janssen, 1987, 2004). Integrative Modelle sind Modelle, in denen die Behandlung der Patientengruppe durch eine Therapeutengruppe stattfindet. Die verschiedenen Beziehungsfelder aller therapeutisch Tätigen auf der Station werden in ein Gesamtkonzept integriert. Integrierte Konzepte nutzen dem multipersonalen Beziehungsfeld in der

Gruppensituation im Krankenhaus als Netzwerk von therapeutischen Beziehungen, in denen die dispergierenden Übertragungsprozesse sich entfalten können. Die Grundidee der integrativen Modelle ist, die vielfältigen Interaktionen der verschiedenen Berufsgruppen in ein Setting einzubinden und im Umgang mit den Patienten psychotherapeutisch zu begründen.

Hier soll nur die Stellung der Kleingruppe beschrieben werden. Die stationäre psychoanalytische Gruppentherapie mit 8 bis 10 Patienten in halboffenen Gruppen wurde 4 mal in der Woche für 1 Stunde durchgeführt. Eine Schwester war als Co-Therapeutin in der Gruppe tätig. Das Konzept des Gruppentherapeuten war an dem mehrdimensionalen Konzept von Foulkes orientiert und umfasste die verschiedenen Ebenen der Psychodynamik in der Kleingruppe: Reflexiv-interaktionell ödipal und prä-ödipal (vgl. Heigl-Evers und Heigl 1973, Kutter 1976, Sandner 1978). Die Kleingruppe war die Gruppe in der Klinik, in der auch die Großgruppenprozesse auf der gesamten Station analysiert wurden. Die Schwester als Co-Therapeutin in der Gruppe repräsentierte die Station, sie brachte Stationsereignisse in die Gruppe ein.

Neben der psychoanalytischen Gruppentherapie gab es eine analytische Einzeltherapie durch einen anderen Therapeuten, soweit dies möglich war. Er übernahm auch die ambulanten Voruntersuchungen vor der Aufnahme und die stationären Nachbehandlungen als Einzeltherapien. Des Weiteren gab es Schwesternvisiten, Stationsarzt-Sprechstunden und Mal-, Musik-, Bewegungstherapien in einem einzel- und gruppentherapeutischen Setting (Einzelheiten siehe in Janssen 1987).

In diesem Essener Modell ist erkennbar, dass das einzeltherapeutische Element neben dem gruppentherapeutischen wieder stärker akzentuiert wurde. Das duale Setting wurde für die Psychotherapie, die Musiktherapie, die Gestaltungstherapie und auch die Schwesternkontakte erneut notwendig, da insbesondere die schwer gestörten Patienten im Sinne von frühgestörten Persönlichkeitsstörungen, Ich-strukturellen Störungen, psychosomatischen Störungen damit besser erreichbar waren.

5.3 Das Dortmunder Modell praktizierte ich von 1987 bis 2002. Es war eine Weiterentwicklung des Essener Modells, insbesondere eine Verstärkung der Einzeltherapie, der Wiedereinführung einer Chefarztvisite, eine Akzentuierung der therapeutischen

Gemeinschaft und störungsorientierter verhaltenstherapeutischer Gruppen für Essstörung, Angststörung und Borderline-Störung. Nach wie vor blieb jedoch die analytische Gruppenpsychotherapie mit 5 Sitzungen pro Woche à 60 Minuten der Schwerpunkt der Behandlung. Der Gruppentherapeut war aber zugleich der Einzeltherapeut und eine Co-Therapie durch das Pflegepersonal fand nicht statt.

Alle drei Modelle wurden evaluiert (vgl. Janssen 1987, Janssen, Martin und Tetzlaff in Vorbereitung). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass alle drei Modelle wirksam waren, jedoch unklar bleibt, welche Wirksamkeit dabei die Gruppenpsychotherapie hat. Das stärkste gruppenzentrierte 1. Modell hatte nicht so gute Ergebnisse für strukturell Ich-gestörte, das stärker an der Einzeltherapie orientierte Modell 2 und 3 erreichte jedoch Ich-gestörte Patienten besser. Es ließ sich auch durch Katamnesen bestätigen. Hier jedoch erlaubt der Forschungsstand noch nicht hinreichende Schlussfolgerungen über die Standards für eine stationäre psychosomatische Behandlung. Dennoch haben wir seitens der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Standards formuliert, die der klinischen Erfahrung und dem Austausch mit vielen Kliniken entsprach (vgl. Janssen 2004).

6. Schlussfolgerungen für die klinische Gruppenpsychotherapie

Aus den vorliegenden Erfahrungen und der Literatur möchte ich einige Schlussfolgerungen für die Zukunft der klinischen Gruppenpsychotherapie treffen und dabei auf die Fragestellungen des Kongresses Bezug nehmen.

6.1 Die Gruppentherapie kann für die meisten Patienten heute nicht mehr die Monotherapie sein.

Früher herrschte die Auffassung, man müsse eine differentielle Indikation für Patienten erarbeiten, die von der Gruppenpsychotherapie profitieren im Unterschied zu denen, die von einer Einzeltherapie profitieren. Heute sprechen die meisten Experten von einem Gesamtbehandlungsplan mit adaptiver und Patienten orientierter Indikationsstellung, in der die Gruppenpsychotherapie wie Einzeltherapie wie eine Kombination von beiden oder

Kombination mit Soziotherapie und Pharmakotherapie je nach Störung Anwendung findet. Die stationäre Psychotherapie hat sich von der methodischen Einseitigkeit gelöst und ist eine multimodale geworden und nimmt damit stärker Rücksicht auf die Störungsbilder. Kombinationsbehandlungen von Gruppen- und Einzeltherapien wurden so selbstverständlich. Nach meiner Auffassung müsste dies auch für die ambulante Gruppenpsychotherapie gelten.

6.2 Methoden und Zielsetzungen der Gruppenpsychotherapie müssen sich im klinischen Rahmen an die jeweiligen Rahmenbedingungen und Störungsbilder orientieren.

Stationäre Gruppenpsychotherapie wird nicht nur in dem multimodalen stationären Psychotherapiesystem in Kombination mit anderen therapeutischen Interventionen angeboten und muss daher immer den integrativen Gesichtspunkt berücksichtigen, sondern wird auch in sehr unterschiedlichen organisatorischen Zusammenhängen angewandt. So werden Gruppenpsychotherapien in kleineren Abteilungen, größeren überregional arbeitenden psychotherapeutisch-psychosomatischen Fachkliniken, psychosomatischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, psychosomatische Rehabilitationskliniken und psychotherapeutische Abteilungen in psychiatrischen Kliniken durchgeführt. Die unterschiedlichen Rahmenbedingungen und auch die dort vorhandenen Störungsbilder der Patienten haben einen Einfluss auf die Stellung der Gruppenpsychotherapie: Die meisten klinischen Gruppenpsychotherapie werden 4 bis 5mal pro Woche durchgeführt und sind damit von hoher Intensität. Die meisten Gruppen sind nicht geschlossene, sondern halboffene Gruppen, insbesondere wenn der Belegungsdruck der Abteilung groß ist. Nur große Abteilungen können geschlossene Gruppen durchführen, so z.B. Rehabilitationskliniken. Schon dadurch ist im Vergleich zur ambulanten Gruppenpsychotherapie eine Begrenzung des Prozesses anzunehmen.

Darüber hinaus dürfte nach jüngsten Erhebungen das Diagnosespektrum und die Verweildauern von Abteilung zu Abteilung sehr verschieden sein. Es gibt Verweildauern, die auf 4 bis 6 Wochen festgelegt sind, es gibt Verweildauern, die immer wieder neu bei den Krankenkassen verhandelt werden müssen. Die durchschnittlichen Verweildauern in Krankenhäusern liegen zurzeit bei 55 Tagen.

Zu den Einflüssen der einzelnen Anwendungsbereiche je nach Klinik und Zielsetzung der Gruppenpsychotherapie seien einige Beispiele aufgeführt:

Lindner et. al. (2001) führen eine modifizierte psychodynamische Gruppentherapie in der stationären psychosomatischen Rehabilitation durch und orientieren sich dabei an dem Rehabilitationsauftrag, der Auswirkungen von Krankheiten und Behinderungen durch das Erwerbsleben entgegenzuwirken. Insofern haben die Gruppenpsychotherapien eine andere Zielsetzung als Symptombehebung und Strukturveränderung in der Krankenhausbehandlung. Die Zielsetzung der Behandlung ist stärker orientiert an den Krankheitsfolgen als an ätiologischen Gesichtspunkten. Dies bedeutet, auf der einen Seite die Psychodynamik der Störung zu bearbeiten und auf der anderen Seite, die sozioökonomischen Realitäten zu berücksichtigen. Für die strukturell Ich-gestörten Patienten werden in diesem rehabilitativen Konzept z.B. eine geschlossene psychoanalytische-orientierte Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie mit rehabilitationsbezogenem Fokus angeboten.

Eine psychosomatische Abteilung an einem internistischen Krankenhaus muss sich in der Gruppenpsychotherapie methodisch anders ausrichten. Keller et.al. (2001) entwickelten z.B. das Konzept der krankheitsorientierten Gruppenpsychotherapie bei Morbus-Crohn-Patienten. Patienten mit organischen Erkrankungen, die Probleme in der Krankheitsverarbeitung haben und oft keinen psychischen Leidensdruck haben, halten in der Regel eine Therapie nicht für notwendig. Um die Patienten aber dennoch an die Störung in der Krankheitsverarbeitung heranzuführen, wurde ein krankheitsorientiertes Gruppentherapiekonzept entwickelt. Die Krankheitsorientierung der Gruppenpsychotherapie wird folgendermaßen beschrieben: Die Gruppe beginnt mit einer motivierenden initialen Einzeltherapie, die meistens Ich-stützend ist. Am Anfang ist der Therapeut ganz am Körpersymptom orientiert und informiert auch über die Krankheit (edukatives Element). Dann gibt es ein Gesundheitstraining in der Gruppe und zwar in homogenen Gruppen. Untereinander wird ein Erfahrungsaustausch auf dieser psychoedukativen Ebene eingeleitet. Erst in einem späteren Schritt gibt es psychodynamisch-orientierte Interventionen. Die Gruppenpsychotherapien werden, wie dies in beiden Beispielen deutlich ist, an dem jeweiligen Versorgungsauftrag orientiert. Gruppenpsychotherapie ist damit eingebettet in einen Gesamtbehandlungsplan.

Auf andere Beispiele patientenorientierter Behandlungen in der Gruppenpsychotherapie sei hier nur hingewiesen, z.B. Patienten mit schizophrenen Störungen, mit onkologischen Störungen, mit Essstörungen, mit somatoformen Schmerzstörungen u.a. (vgl. Zusammenstellung in Tschuschke 2001). Ein eindrucksvolles Beispiel ist die Gruppenpsychotherapie mit Schmerz-Patienten (Nickel und Egle 1999). Eigene Erfahrungen liegen in der Gruppenpsychotherapie bei Borderline-Patienten in der stationären Behandlung vor (Janssen und Martin 2000). Alle Beispiele zeigen, dass die

Gruppenpsychotherapie zunehmend an dem jeweiligen Störungsbild orientiert wird und dass sie in einem ambulant-stationären Gesamtbehandlungsplan eingebettet ist. Die Rahmenbedingungen für diese Behandlungskonzepte erfordern flexible Abrechnungsmöglichkeiten für die stationären wie ambulanten Leistungen und zunehmende Möglichkeiten, an den Krankenhäusern auch ambulant tätig zu werden oder Versorgungszentren zu schaffen, über die ambulante Möglichkeiten entstehen. Hier können auch die neuen Versorgungsstrukturen, wie z.B. integrierte Gesundheitsversorgungskonzepte Möglichkeiten bieten.

6.3 Gibt es eine psychoanalytisch begründete Gruppenpsychotherapie oder viele?

Auch wenn es viele verschiedene Anwendungsfelder von psychodynamischer Gruppenpsychotherapie gibt, gibt es nach meinem Verständnis bei allen Gruppenpsychotherapie-Formen aus psychoanalytischer Sicht folgendes Gemeinsame: Patienten werden im Zusammentreffen mit anderen Patienten in einer Gruppe von 8 bis 10 Patienten auf verinnerlichte Interaktionserfahrungen in einer personifizierten, interpersonellen Auseinandersetzung in der Gruppe wiederholen. Diese interaktiven Wiederholungsaktionen frühkindlicher Beziehungsmuster in der Gruppe sind Inszenierungen. Das Gemeinsame aller psychoanalytisch begründeter Gruppenpsychotherapien ist die interaktionelle Re-Inszenierung unbewusster Beziehungsmuster zu signifikanten anderen. Dieser Inszenierungsprozess ist der basale Prozess in allen Gruppen, auch wenn die Ebenen verschieden sind. In dem Gruppenprozess gibt es neben der kognitiv, edukativen Ebene oder reflexiv-interaktionellen Ebene, die ödipale Ebene, die prä-ödipale und die narzisstisch fusionäre (Sandner 1978). Ich habe die Erfahrung gemacht, dass die verschiedenen Ebenen nicht isoliert sind, sondern ineinander greifen und in jedem Gruppenprozess einmal mehr die reflexiv-interaktionelle Ebene manifest wird und einmal mehr die anderen Ebenen. Dies hängt weitgehend von der Zielsetzung der Gruppenpsychotherapie ab und davon, inwieweit der Leiter der Gruppe durch sein Verhalten und seine Intervention den Prozess auf den verschiedenen Ebenen mit-inszeniert..

Auf der interaktionellen Ebene sind Interventionen eher Klärungen, Konfrontationen und auch Antworten im Sinne der interaktionellen Gruppenpsychotherapie. Bei multidimensionalen Übertragungs-Gegenübertragungsprozessen in den Interaktionen, also in regressiven Gruppen, müssen die Interventionen an der ödipalen oder prä-ödipalen Ebene bzw. narzisstisch-fusionären Ebene orientiert sein und sind eher Deutungen. Der Gruppentherapeut hat also je nach Verhalten und Intervention einen großen Einfluss auf das,

was im Gruppenprozess manifest wird. In diesem Sinne ist der Gruppenpsychotherapeut auch immer ein „Mitspieler“ (Haubl 1999). Sein Verständnis der Inszenierung gewinnt er über die Familienszene, über kulturelle Szenen, aber auch aus dem Vergleich mit anderen Fällen und mit seiner eigenen analysierten Lebensgeschichte. Über seine Interventionen strukturiert er den Prozess gemäß dem Ebenenkonzept.

6.4 Unterschiede und Gemeinsamkeiten ambulanter und stationärer psychoanalytisch begründeter Gruppenpsychotherapie.

Das Gemeinsame aller stationären wie ambulanten Modelle ist das Verständnis von interaktioneller Re-Inszenierung. Die Unterschiede sind schon mehrfach herausgestellt worden. Sie liegen in unterschiedlichen Zielsetzungen, unterschiedlichen Interventionsebenen und unterschiedlichen Einbindung in einen Gesamtbehandlungsplan.

Der größte Unterschied liegt jedoch in der Multipersonalität des Beziehungsangebotes in dem stationären Setting. Daraus entwickelt sich schon vom Beziehungsangebot her eine dispergierende, multidimensionale Übertragung auf unterschiedliche Personen des stationären Behandlungsteams. Dieses Phänomen wurde in zahlreichen Untersuchungen gefunden. Der Gruppentherapeut muss daher seine Wahrnehmung nicht nur auf die Interaktion innerhalb der Kleingruppe richten, wie in der ambulanten Praxis, sondern auch auf alle anderen Beziehung, wie sie sich im Rahmen der Station einer Großgruppe ereignen. Dazu bieten sich folgende grafische Darstellungen zur Verdeutlichung dieser unterschiedlichen Wahrnehmungseinstellung an:

Abbildung 2

Für die stationäre Psychotherapie und dem Verhalten des Therapeuten bedeutet dies, dass er als Gruppenpsychotherapeut versuchen muss, auch die Interaktion der übrigen Therapeuten mit dem Patienten innerhalb der dafür vorgesehenen Teamsitzungen zu erfassen und die unbewussten Anteile der Interaktion zu verstehen und diese auf seinem Erfahrungshintergrund aus der Gruppe zu reflektieren. Manchmal braucht es längere Teamprozesse, bis die verborgene Übertragungsgestalt sich heraus kristallisiert (Beispiele siehe bei Janssen 1987).

Unter dem Gesichtspunkt von Inszenierung geschieht also auch das interaktionale Wiederholen von Objektbeziehungsmustern in der Großgruppensituation des

Krankenhauses wie in der Kleingruppe. Diese Wiederholungen werden aber in der Kleingruppensituation bearbeitet. Dies ist sicher der eklatanteste Unterschied zwischen ambulanter und stationärer Gruppenpsychotherapie.

Zusammenfassung:

1. Das Gemeinsame aller ambulanten und stationären psychoanalytisch begründeten Gruppenpsychotherapien ist die Orientierung an der interpersonellen Inszenierung von Objektbeziehungen in der Gruppe. Gemeinsam ist auch, dass je nach Zielsetzung der Therapeut unterschiedliche Interventionen benutzt, um die jeweiligen Ebene des Gruppenprozesses – der reflexiv-interaktionellen, der ödipalen, der prä-ödipalen und der narzisstisch-fusionären Übertragungsinszenierung zu bearbeiten.
2. Unterschiedlich ist, dass die Gruppenpsychotherapie in der Klinik ein Baustein in der Komplexleistung „stationärer Psychotherapie“ ist. Unterschiedlich ist auch, dass die klinische Gruppenpsychotherapie sich stärker an einem ambulanten-stationären Gesamtbehandlungsplan für unterschiedliche Patientengruppen orientiert, mehr störungsbezogen ist und den Großgruppenprozess in der Klinik berücksichtigt.

Literatur:

- Brandl, I., Bruns, G., Gerlach, A., Hau, S., Janssen, P.L., Kächele, H., Leichsenring, F., Leuzinger-Bohleber, M., Mertens, W., Rudolf, G., Schlässer, A.M., Springer, A., Stuhr, U., Windans, E.:
Psychoanalytische Therapie
Forum, Psychoanal. 20 (2004): 2013-125
- Haubl, R.
Die Hermeneutik des Szenischen in der Einzel- und Gruppenan. Gruppendynamik 37 (2001): 229-253
- Haubl, R.
Die Hermeneutik des Szenischen in der Einzel- und Gruppenanalyse
Gruppenpsychoth. Gruppendynamik 35 (1999): 17-53
- Heigl-Evers, A. und Heigl, F.
Gruppentherapie: Interaktionell - tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert – psychoanalytisch)
Gruppenpsychother. Gruppendynamik 7 (1973): 132-157
- Heigl-Evers, A. und Heigl, F.:
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Eigenart und Interventionsstil
Z. Psychosom.Med.Psychoanal. 28 (1982): 160-175
- Janssen, P.L.
Psychoanalytische Therapie in der Klinik
Stuttgart Klett-Cotta 1987
- Janssen, P.L., Martin, K.
Stationäre analytische Borderline-Therapie in Einzel- und Gruppentherapie
In: Tschuschke (Hrsg.), Praxis in der Gruppenpsychotherapie
Thieme Stuttgart, New York 2001: 230-232
- Janssen, P.L., Quint, H.
Stationäre analytische Gruppenpsychotherapie im Rahmen einer neuropsychiatrischen Klinik
Gruppenpsychother. Gruppendynamik 11 (1977);: 221-243
- Janssen, P.L.:
Berufsgruppen- und methoden-integrierende Teamarbeit in der stationären psychodynamischen Psychotherapie
Psychotherapeut 49 (2004): 217-226
- Keller, W., Deter, H.-Ch., Studt, H.-H.
Das Konzept der krankheitsorientierten Gruppentherapie am Beispiel von Morbus Crohn-Patienten
Gruppenpsychoth. Gruppendynamik 37 (2001): 229-253
- Kutter, P.
Elemente der Gruppentherapie
Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 1976
- Lindner, J., Günther, U., Deckert, B.
Psychoanalytisch begründete Gruppenpsychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation
In: Tschuschke (Hrsg.), Praxis in der Gruppenpsychotherapie
Thieme Stuttgart, New York 2001: 247-255

Nickel, R., Egle, U.T.
Therapie somatoformer Schmerzstörungen
Stuttgart 1999

Praxis in der Gruppenpsychotherapie
Thieme Stuttgart, New York 2001

Sandner, D.
Psychodynamik in Kleingruppen
Minden, E. Reinhardt 1978

Strauß, B.
Behandlungseffekte in therapeutischen Gruppen
In: Tschuschke, V. (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie, Thieme Stuttgart, New York
(2001): 180-187

Strauß, B., Burgmeier-Lohse, M.
Stationäre Langzeitgruppenpsychotherapie, Asanger, Heidelberg 1994

Tschuschke, V.
Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie
In: Tschuschke, V. (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie, Thieme Stuttgart, New York
(2001): 140-147

Tschuschke, V.
Wirkfaktoren der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie
Psychodynamische Psychotherapie 3 (2004): 39-45

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Paul L. Janssen

Kraepelinweg 9

44287 Dortmund