

5.2 Therapie mit Paaren

„typisch“, „faul“, „unfähig“, „immer langweilig“, „nie aktiv“)

- *beim Thema bleiben* (vom Hier und Jetzt sprechen, dies verhindert Abgleiten des Gespräches auf längst vergangene Ereignisse: „Und du, wie hast du damals die Kinder misachtet!?“)

Kommunikation ist wechselseitig. Genauso wichtig wie die direkte Mitteilung ist die Reaktion des **Zuhörers** darauf. Bei einem offenen Gespräch müssen sich direkte Äußerungen und positives Eingehen ergänzen, sonst besteht die Gefahr, dass beide Partner nur wechselseitig Aussagen gegenüberstellen und keiner dem anderen zuhört.

Regeln der Zuhörerrolle

- *aufnehmend zuhören* (dem anderen nonverbal zeigen, dass man zuhört; Blickkontakt halten, sich zuwenden)
- *zusammenfassen* (die Äußerungen des Partners möglichst in eigenen Worten zurückmelden, um deutlich zu machen, dass man ihn verstanden hat)
- *offene Fragen stellen* (äußert der Sprecher seine Gefühle nur indirekt, soll nachgefragt werden)
- *loben* (insbesondere für offene Kommunikation)

Diese Kommunikationsregeln werden mit den Partnern in gestufter Form eingeübt, wobei zuerst neutrale, nicht Konflikt auslösende Themen besprochen werden. Der Umgang mit negativen Gefühlen wird an Hand von Rollenspielen trainiert, da es für die Partner meist noch zu schwierig ist, eigene Probleme anzusprechen und sich gleichzeitig an die Regeln zu halten. Die *Therapeutin* ist beim Training wie auch während der gesamten Therapie sehr aktiv und greift ein, wenn die Partner die Regeln verletzen. Wichtig ist die klare Instruktion der Partner über Ziele und Aufgaben jedes Einzelnen beim Rollenspiel. Während des Gespräches versucht die Therapeutin leitend oder verstärkend einzugreifen, indem sie z.B. Alternativen souffliert („Sie sind ziemlich resigniert“), wenn der Sprecher dies nicht klar ausdrückt, kontingent verstärkt, möglichst ohne Unterbrechung des Gesprächs die Körperhaltung oder den Blickkontakt korrigiert und kurze Instruktionen gibt („Jetzt zusammenfassen“). Gelegentlich sollte unterbrochen werden (Schnitt), um therapeutische Rückmeldung zu geben oder um modellhaft dem Paar Alternativen aufzuzeigen. Zum Abschluss sollte eine zusammenfassende Rückmeldung über den Gesamtverlauf gegeben werden. Diese Phase dauert je nach kommunikativer Kompetenz des Paares 2 bis 4 Sitzungen.

5.4 Problemlösetraining

Konflikte, d.h. Gegensätzlichkeiten oder Antagonismen in Bezug auf Vorstellungen, Wünsche oder Handlungen der Partner, sind in einer langfristigen Beziehung wohl unvermeidlich. Partnern in nichterfolgreichen Ehen gelingt die beiderseits befriedigende Bewältigung solcher Konflikte aufgrund des „Zwangsprozesses“ nur selten. Zur effektiveren Problemlösung erscheint es günstig, dem Paar eine klare Struktur an die Hand zu geben. Das

vier Schritte umfassende *Konfliktgespräch* stellt solch einen „roten Faden“ dar.

1. *Herausarbeiten der Gedanken/Gefühle beim Problem.* Beide Partner beschreiben wechselseitig, was sie stört und womit sie unzufrieden sind. Ziel ist, eine einheitliche Definition des Problems zu erarbeiten, wobei die Partner die erlernten Kommunikationsfertigkeiten einsetzen sollen. Das Herausarbeiten der (negativen) Gefühle stellt den wesentlichen Schritt beim Problemlösen dar, da ohne ausreichende Klärung der individuellen Gefühle und Einstellungen keine befriedigenden Lösungen erreicht werden können. Oft gelingt in dieser Phase schon eine Einstellungsänderung, wenn die Partner erfahren, aus welchen Motiven der andere gehandelt hat, und eine Änderung erscheint nicht mehr so drängend (z.B. war der Mann beim Essen sehr schweigsam, weil er seit längerem große Probleme am Arbeitsplatz hatte, und nicht, weil er kein Interesse mehr an ihr hatte, wie die Frau vermutete). Wichtiges Ergebnis kann auch sein, dass jeder Partner seinen eigenen Anteil am Zustandekommen des Problems anerkennt, also eine einseitige Schuldzuweisung entfällt und die Bereitschaft steigt, sich selbst zu ändern.
2. *Herausarbeiten der Bedürfnisse und Wünsche.* Die negativen Gefühle der Partner (Ärger, Unzufriedenheit, Hoffnungslosigkeit) entstehen durch die Nichtverwirklichung ihrer Bedürfnisse. Die genaue Kenntnis der jeweiligen Wunschvorstellungen ist daher Voraussetzung für eine befriedigende Lösung. Jeder soll äußern, was ihm als „Ideal“ vorschwebt; ob die Wünsche tatsächlich realisierbar sind oder nicht, spielt in dieser Phase keine Rolle.
3. *Spezifizieren von Änderungswünschen.* Da die Wunschvorstellungen meist sehr global angesprochen werden, sollen sie nun konkret beschreiben, welches Verhalten sie sich vom anderen wünschen. Zur Präzisierung können die W-Fragen (was, wann, wie, wo, mit wem, wie oft?) benutzt werden. Die Sammlung von Änderungswünschen geschieht in Form eines Brainstormings, d.h., alle Ideen werden ohne Diskussion erst einmal aufgeschrieben, egal, wie absurd sie auch auf den ersten Blick erscheinen mögen.
4. *Gemeinsame Absprachen.* Jeder Änderungswunsch wird anschließend in Bezug auf Vor- und Nachteile diskutiert. Ziel ist, dass sich beide zu einer Reihe von Änderungen bereit erklären, wobei auf die Ausgewogenheit zu achten ist, d.h., beide Partner sollten in etwa gleich viel zur Konfliktlösung beitragen. Die getroffenen Abmachungen sollten sehr detailliert ausgearbeitet und schriftlich fixiert werden, damit jedem Partner klar ist, welche Verpflichtungen er eingeht. Manchmal empfiehlt es sich, die Partner explizit einen Vertrag schließen zu lassen, in dem auch Sanktionen bei Nichterfüllung aufgenommen sind. Die Abmachungen sollen dann bis zur nächsten Therapiesitzung in die Realität umgesetzt werden, in der auch die Überprüfung und gegebenenfalls eine Revision der Abmachungen erfolgen kann, wenn sich bei der Ausführung Schwierigkeiten ergeben haben.

Die Themen für die Konfliktgespräche, die die Partner etwa von der 7./8. Sitzung an bis zum Therapieende führen, wurden in der Diagnostikphase erarbeitet. Das erste Konfliktgespräch wird über ein Thema geführt, das für beide von untergeordneter

Bedeutung ist und deshalb mit großer Wahrscheinlichkeit erfolgreich abgeschlossen werden kann. Im Verlauf der Therapie werden dann nacheinander die noch ausstehenden Probleme angegangen. Darüber hinaus sollen die Partner auch zu Hause üben und so eigenständig Problemlösekompetenzen erwerben. Es wird nicht in allen Fällen gelingen, für die Konflikte Lösungen zu finden. Mit Hilfe der Struktur kann aber zumindest erreicht werden, dass die Partner ihre Gegensätzlichkeiten bewusster erfahren und besser abwägen können, ob es nicht möglich ist, die Unvereinbarkeit zu akzeptieren oder ob die Beziehung aufgelöst werden sollte.

5.5 Kognitive Interventionen

Partner beurteilen ihre Handlungen nicht von einem „objektiven“ Standpunkt aus, sondern interpretieren sie subjektiv. Die Art und Weise, wie Paare über ihre Beziehung und ihr Verhalten denken, wird in den bisher geschilderten Therapiekomponenten, insbesondere beim Problemlösen, mehr oder weniger mit einbezogen nach der Philosophie, dass Verhalten, Kognitionen und Emotionen wechselseitig zusammenhängen und Einstellungsänderungen am wirksamsten durch Verhaltensänderungen zu erreichen seien. Es gibt jedoch Fälle, wo die Paare zwar ihr negatives Verhalten ändern, aber trotzdem weiterhin negativ über ihren Partner denken und diese Interventionen somit keine Beziehungsverbesserung erbringen. Bei anderen Paaren ist es sehr schwer, die Partner überhaupt zu einer Veränderung zu bewegen, wenn sie solch negative Einstellungen und Gedanken über ihren Partner und ihre Beziehung hegen. In diesen Fällen kann versucht werden, Kognitionen *direkt* zu verändern. Vor allem für drei Bereiche dysfunktionaler partnerschaftlicher Attributionen und Denkstile wurden kognitive Interventionen entwickelt (Schröder und Hahlweg, 2000):

1. **Attributionen.** Partner geben häufig sehr vereinfachende, oft verzerrte Erklärungen für ihre Eheprobleme. Besonders deutlich wird dies bei der Tendenz, dem anderen die Schuld für die Probleme zuzuweisen. Die Partner attribuieren dabei so, als gingen diese auf interne Persönlichkeitsmerkmale des Partners zurück, die stabil bleiben und globaler Natur sind („Seine ständige Unpünktlichkeit ist schrecklich, Zeit wird für ihn nie eine Rolle spielen!“). Externe, spezifische und variable Ursachen werden nicht zur Erklärung herangezogen („Vielleicht ist er heute im Stau stecken geblieben, so unpünktlich ist er normalerweise nicht“). Für negative Ereignisse ist demnach der Partner, für positive nur man selbst oder externe Gründe verantwortlich. Eine solche Sichtweise schränkt den Handlungsspielraum der Partner erheblich ein, fördert Inflexibilität und vermindert die Bereitschaft zur eigenen Änderung.
2. **Vorhersage zukünftigen Verhaltens.** Manche Partner sind überzeugt, dass eine eigene Änderung das Partnerverhalten unmöglich beeinflussen wird („Es hat doch alles keinen Zweck, sie wird sich nicht ändern. Was ich schon alles versucht habe!“). Diese Art des negativistischen Denkens wirkt meist als selbsterfüllende Prophezeiung.
3. **Irrationale, extreme Erwartungen.** Viele Partner haben unrealistische Erwartungen an die Ehe. Ein weit verbreiteter Glaube bei unglücklichen Paaren ist z.B., dass der andere fähig sein sollte, die eigenen Gedanken zu lesen oder zu wissen, was

man wünscht, ein anderer, dass Uneinigkeit schädlich sei. Auch irrationale individuelle Überzeugungen können sich negativ auf die Partnerschaft auswirken, z.B. die Meinung, dass man immer perfekt oder in jeder Hinsicht anerkannt sein müsse.

4. **Rationale Umstrukturierung.** Zur Veränderung ungünstiger Attributionen wird häufig versucht, diese in rationaler Weise umzustrukturieren. Wird während eines Konfliktgesprächs deutlich, dass ein Partner negative Attributionen dem anderen gegenüber hat, z.B. Vermutungen in Form von „Gedankenlesen“ äußert („Du hast doch kein Interesse an den Kindern“), kann der Therapeut direkt intervenieren und auf die (funktionale) Bedeutung von Interpretationen und deren Subjektivität hinweisen. Als Verhaltensalternative bietet sich dann an, *direkt* nach den Gedanken/Gefühlen des Partners zu fragen. Das Ziel ist, die Person dazu zu bringen, die automatisch angenommene Zuverlässigkeit ihrer Interpretation in Frage zu stellen.
5. **Logische Analyse.** Um irrationale Einstellungen zu verändern, wird die Einstellung deutlich herausgearbeitet, dann der Partner gebeten, alles Positive und Negative aufzuführen, die diese irrationale Erwartung mit sich bringt. Nach Abwägen der Vor- und Nachteile soll sich der Klient entscheiden, ob er die Erwartung aufrechterhalten will oder nicht. Wählt er Letzteres, muss überlegt werden, wie die kognitive Umstrukturierung durch Verhaltensänderungen gestützt werden kann.
6. **Krisenmanagement.** Konflikte und negative Eskalationen werden in einer Beziehung trotz erfolgreicher Therapie erneut auftreten. Die wesentlichen Therapiekomponenten Kommunikations- und Problemlösetraining zielen vor allem darauf ab, einem Streit vorzubeugen; die Regeln sind aber während eines Streites nur mit Mühe anzuwenden, da gerade dann Selbstkontrolle und rationales Handeln schwer fällt. Zum „Krisenmanagement“ werden den Paaren daher Maßnahmen der kognitiven Umstrukturierung vermittelt, mit denen einem Streit vorgebeugt, die Eskalation gedämpft oder nach einem Streit eine Versöhnung schneller herbeigeführt werden können (s. Schindler et al., 1998, S. 222-226).

5.6 Bereicherung der Sexualität

Paare, die unzufrieden mit ihrer Beziehung sind, erleben meistens auch die Sexualität als wenig erfüllend oder sogar sehr belastend, da die Partner umso weniger körperliche Nähe suchen, je weniger Zusammengehörigkeit sie erleben. Außerdem ist Sexualität immer noch ein Bereich, der mit vielen Tabus behaftet ist. Viele Paare gehen davon aus, sie müssten sich hier ohne Worte verstehen – eine Fehlannahme, die sich insbesondere in unzufriedenen Beziehungen oder bei spezifischen Belastungen eines oder beider Partner sehr negativ auf die gemeinsam erlebte Sexualität auswirken kann. Gerade weil es vielen Paaren schwer fällt, offen über Sexualität zu reden, ist es wichtig, dass der Therapeut ein gutes Modell für den Umgang mit diesem Thema darstellt. Dies beinhaltet, dass er sich selbst offen und konkret über Sexualität äußert. Die hier angesprochenen Spannungen und Unzufriedenheiten im sexuellen Bereich haben meist nicht die Qualität einer sexuellen Funktionsstörung. Für diese sind weiterführende, spezifische Interventionen notwen-

5.2 Therapie mit Paaren

dig (Arentewicz und Schmidt, 1986). Ziel dieses Therapieabschnittes ist, Hemmungen, Leistungsdruck und Informationsdefizite abzubauen und Zärtlichkeit, Erotik und Kommunikation zu fördern. Eine Interventionsstrategie, die in diesem Therapiekomplex sinnvoll zum Einsatz kommen kann, ist das Sensualitätstraining („Sensate focus“, Arentewicz und Schmidt, 1986), mit dessen Hilfe das Paar Leistungsängste ab- und lustbetonte körperliche Nähe aufbauen lernt. Das Training beinhaltet einzelne Streichelübungen, die hierarchisch aufeinander aufgebaut sind.

5.7 Ehetherapie bei Patienten mit depressiven Störungen

Interpersonelle Faktoren spielen eine große Rolle beim Verlauf depressiver Störungen. Konsequenterweise sollten sie bei der Behandlung und vor allem bei der Rückfallprophylaxe der Partner mit in die Therapie einbezogen werden. Die Ergebnisse von Beach et al. (1990) belegen die Wirksamkeit: In der Studie wurden Paare untersucht, in denen beide Partner ihre Beziehung als unbefriedigend einschätzten und die Frau eine depressive oder dysthyme Störung hatte. Die Patientinnen wurden nach Zufallstherapie (KV), verhaltenstherapeutischer Ehetherapie (VET) mit ihrem Partner oder einer Wartelistenkontrollgruppe (WKG). Die Therapien dauerten je 15 Sitzungen. Nach der Therapie und bei der 1-Jahres-Nachkontrolle zeigte sich bei den behandelten Patientinnen eine deutliche Reduktion der depressiven Symptomatik im Vergleich zu den Patientinnen in der Kontrollgruppe. Bezüglich der Ehequalität erwies sich nur die Ehetherapie als effektiv, während sich unter kognitiver Therapie und in der Wartelistenkontrollgruppe keine Verbesserungen zeigten. Hinweise für das therapeutische Vorgehen finden sich bei Beach et al. (1990).

6 Ehetherapie: Wirksamkeit in kontrollierten Studien

Aus der Übersicht von Grawe et al. (1994) wird deutlich, dass viele der bislang praktizierten Ehetherapie- und Beratungsformen bis heute kaum oder gar nicht empirisch abgesichert waren. *Verhaltenstherapeutische Ehetherapien (VET)* sind dagegen ausführlich untersucht worden. Hahlweg und Markman (1988) und Shadish et al. (1993) führten eine statistische Metaanalyse der kontrollierten VET-Studien durch. In beiden Studien ergab sich eine mittlere Effektstärke von $ES = 0.95$. Dies bedeutet, dass die Chance für ein Paar, sich in Bezug auf die Ehequalität zu verbessern, in den Kontrollgruppen 28%, in den VET-Gruppen dagegen 72% betrug. Analysen des Kommunikationsmittelten Regeln annahmen und nach der Therapie im Vergleich aufwiesen.

Unter Anwendung von klinischen Signifikanzkriterien kann davon ausgegangen werden, dass sich nach VET ca. 50% der Paare erheblich und ca. 30% nur leicht verbessern werden. Etwa

15% der Paare lösen die Beziehung anschließend durch Scheidung oder Trennung auf, wobei schwer zu bestimmen ist, ob dies Ergebnis als Erfolg oder Misserfolg zu werten ist.

7 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Sollte Ehetherapie nicht von einem weiblich/männlichen Therapeutenteam durchgeführt werden?*

→ In der besten aller Welten wäre dies oft günstig. Dagegen sprechen folgende Gründe: Die Wirksamkeit ist nicht besser als bei einer einzelnen Therapeutin. Es ist doppelt so teuer. Beide Therapeuten müssen sich gut verstehen, sonst artet die Paartherapie leicht in eine Therapeutentherapie aus.

2. *Wie vermeide ich es, mit einem Partner eine Koalition einzugehen?*

→ Werden Sie sich über Ihre eigenen Einstellungen und Erwartungen hinsichtlich Ihrer Idealpartnerschaft klar. Zeichnen Sie Ihre Therapiesitzungen auf Video auf, so haben Sie die Chance, nach der Sitzung Situationen zu analysieren, in denen Sie von Ihrer Neutralität abgewichen sind. Suchen Sie Intervention/Supervision bei unbefriedigend verlaufender Therapie.

3. *Ich stelle während einer Einzeltherapie fest, dass die Einbindung des Partners wichtig wäre.*

→ Fragen Sie Ihre Patientin um Erlaubnis, den Partner einzubinden. Die Patientin soll ihren Partner für ein unverbindliches gemeinsames Gespräch mitbringen. Sprechen Sie dann mit beiden über die häusliche Situation und bieten an, dem Paar bei der Bewältigung von Problemen, die im Zusammenhang mit der Störung der Patientin eventuell aufgetreten sind, zu helfen. Labeln Sie dies nicht als „Paartherapie“, sondern als Hilfe bei der Bewältigung einer gemeinsamen schweren Lebenssituation.

4. *Was tun, wenn ein Partner ständig von Trennung spricht?*

→ Versuchen Sie eine Vereinbarung zu treffen, dass es beide Partner für eine begrenzte Zeit (2 – 3 Monate) noch einmal versuchen wollen, die Partnerschaft zu verbessern. Sollte dies nach Ablauf der Frist nicht gelungen sein, könnte die gemeinsame Arbeit dazu beigetragen haben, die Trennung weniger schmerzvoll zu vollziehen.

8 Prüfungsfragen

1. Welche psychischen Störungen sind mit Partnerschaftsproblemen korreliert?
2. Ist physische Gewalt in Partnerschaften häufig?
3. Welche Auswirkungen hat eine chronisch konflikthafte Beziehung auf die Kinder?
4. Welche spezifischen diagnostischen Instrumente für Paartherapie kennen Sie?
5. Was bedeutet der „Zwangsprozess“?
6. Schildern Sie Gottmans Balance-Theorie!
7. Welche Komponenten umfasst Verhaltenstherapeutische Ehetherapie VET?
8. Wie wirksam ist VET?

5.3 Gruppentherapie

VALERIJA SIPOS UND ULRICH SCHWEIGER

1 Einleitung

Besonders im stationären Setting ist Gruppentherapie in der Behandlung von psychisch kranken Menschen zu einem der wichtigsten therapeutischen Angebote geworden. Effektivitätsstudien zeigen, dass die Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode mit der Wirksamkeit einzeltherapeutischer Behandlung vergleichbar ist. Patienten profitieren von dem Austausch mit anderen Menschen, die ebenfalls an einer psychischen Erkrankung leiden, und Kliniken nutzen die Möglichkeit einer ökonomischen Behandlung. Im gewissen Widerspruch dazu steht, dass die meisten Ausbildungsrichtlinien auf die Tätigkeiten eines Einzeltherapeuten ausgerichtet sind, die so erworbenen Kenntnisse aber nicht auf die Anforderungen in der Gruppentherapie eins zu eins übertragen werden können. Darüber hinaus wird die gruppentherapeutische Tätigkeit nur selten unter Supervision durchgeführt. Ein weiteres Problem in der gruppentherapeutischen Versorgung ist, dass ambulante gruppentherapeutische Angebote durch Verwaltungsvorschriften erschwert und von den Kostenträgern nicht angemessen vergütet werden. Das führt zu der bedauerlichen Situation, dass auch interessierte niedergelassene Therapeuten davon Abstand nehmen, ambulante Gruppenangebote zu machen. Demgegenüber stehen gruppentherapeutische Konzepte, die besonders im störungsspezifischen Bereich hoch entwickelte, effektive und manualisierte Behandlungen bieten.

Die verschiedenen Modelle der Gruppentherapie unterscheiden sich in folgenden Merkmalen (Tab. 1):

Tabelle 1: Differenzielle Merkmale von Gruppentherapie

Rolle des Therapeuten	eher aktiv - eher passiv
Theoretischer Hintergrund	tiefenpsychologisch, interaktionell, verhaltenstherapeutisch, ...
Bedeutung der Gruppendynamik	primär – sekundär
Organisation der Gruppe	z.B. offene oder geschlossene Gruppe
Zusammensetzung der Gruppenmitglieder	homogen oder heterogen in Bezug auf die behandelte Störung

In der Praxis ist häufig eine unreflektierte Mischung der verschiedenen Modelle zu beobachten. Diese Situation geht vermutlich darauf zurück, dass gruppentherapeutische Kompeten-

zen durch Lernen am Modell der therapeutischen Methoden älterer Therapeuten aufgebaut werden. Das praktische Wissen von Kollege zu Kollege weiterzugeben und dabei Traditionen der jeweiligen Institution zu beachten, ist eine gängige Strategie der Einarbeitung in die Gruppentherapie. Dieses Vorgehen ist aber mit deutlichen Fehlerquellen behaftet. Viele Interventionsstrategien gehen beispielsweise auf konfliktorientierte, beziehungsorientierte, und interaktionsorientierte Gruppenmodelle zurück und werden von Verhaltenstherapeuten in einzelfallorientierten Gruppen mit einem abweichenden Ziel eingesetzt. Modelltreue, die nicht zur zwanghaften Unflexibilität werden darf, ist für das Gelingen von Gruppentherapie nützlich.

Dieser Artikel möchte dazu beitragen, Schwierigkeiten der Gruppentherapeuten in der praktischen Durchführung ihrer Gruppen zu vermindern. Eine ausführliche Darstellung aller Modelle der Gruppentherapie und der konzeptuellen Weiterentwicklungen würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen. Wir verweisen auf die umfassende Arbeit von Fiedler (1999).

2 Theoretische Inhalte

2.1 Modelle der zieloffenen Gruppentherapie

2.1.1 Konfliktorientierte, beziehungsorientierte und interaktionsorientierte Gruppen

Tiefenpsychologische, interpersonelle und interaktionelle Gruppen sowie gesprächstherapeutische Gruppen werden mit dem Ziel durchgeführt, problematische Beziehungen durch Gruppendynamik zu verändern. Die Gruppe wird als "sozialer Mikrokosmos" betrachtet, in dem die Alltagsschwierigkeiten der einzelnen Patienten auch in der Gruppe auftreten, und als ein Abbild der zwischenmenschlichen Beziehung des Patienten aus seiner realen Umwelt verstanden.

! Merke: Bei tiefenpsychologischen, interpersonellen, interaktionellen Gruppen und gesprächstherapeutischen Gruppen stehen Entwicklung und Reflexion der Gruppendynamik und Interaktionsschwierigkeiten der Gruppenteilnehmer im Mittelpunkt der Gruppenarbeit.

Die Frequenz der Gruppe variiert zwischen ein- und fünfmal pro Woche. Die Teilnahme an der Gruppentherapie kann bis zu meh-

renen Jahren dauern. Der Therapeut hat eine zurückhaltende Rolle, er unterstützt die kritische Reflexion und deutet den Gruppenprozess. Insbesondere der Beginn der Gruppenentwicklung führt dabei häufig zu erheblichen Frustrationen bei den Gruppenteilnehmern. Die aus dieser „Bedürfnis-Frustration“ resultierenden Gruppenkonflikte sind therapeutisch intendiert. Es ist modellkonform anzunehmen, dass diese Konflikte der Gruppe helfen können, die nötige Dynamik zu entwickeln, sich zu strukturieren und Zusammenhalt zu entwickeln. Die Intention ist, die Patienten erst problematische interpersonelle Interaktionen erleben zu lassen, sie dann zur Selbstreflexion anzuregen und anschließend in einer gemeinsamen Analyse mit der Gruppe langfristige, bewusste Kontrolle und Veränderung des Beziehungsverhaltens zu ermöglichen.

Merke: In tiefenpsychologischen Gruppen hat der Therapeut eine zurückhaltende Rolle. Gruppenkonflikte sind intendiert und bewirken therapeutische Veränderungsprozesse. Bevorzugte Inhalte der Kommunikation in der Gruppe sind gegenwärtige und vergangene Lebenssituationen, die Beziehungen innerhalb und außerhalb der Gruppe sowie Fantasien und Träume.

Angenommene und teilweise belegte Wirkfaktoren sind Gruppenkohäsion, Übertragungsprozesse, Katharsis und Realitätsüberprüfung. Der tatsächliche Wert der Betonung des gruppendynamischen Prozesses ist umstritten, besonders schwer gestörte Patienten können durch diese Form der Gruppentherapie eine Verschlechterung ihres Zustandes erleiden (Lieberman et al., 1973; Bednar und Kaul, 1994). Die nach diesem Modell angebotenen Gruppen sind in der Regel nicht indikationsspezifisch, sondern richten sich allgemein an Patienten mit neurotischen Störungen, Menschen in Konfliktsituationen oder Lebenskrisen. Wichtige Ausnahmen sind Gruppen nach dem Konzept der interpersonellen Psychotherapie (IPT) für depressive Patienten (Wilfley et al., 2001) und tiefenpsychologische Gruppen für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (Bateman und Fonagy, 2001).

2.1.2 Einzelfallorientierte Gruppen

Zieloffene verhaltenstherapeutische Gruppen, gestalttherapeutische Gruppen und Psychodrama sind einzelfallorientiert. Diese Gruppen sind zentriert auf den einzelnen Patienten, sein Problem und die zur Bewältigung hilfreichen Übungen. Einzelfallorientiert bedeutet, dass für eine befristete Zeit ein Gruppenmitglied im Mittelpunkt der therapeutischen Aufmerksamkeit steht. In dieser Phase geht es um die spezifische Bearbeitung der von diesem Patienten vorgetragenen Probleme oder Situationen. Die Aufgabe der übrigen Gruppenmitglieder besteht in der auftragsorientierten Unterstützung des „Fokuspatienten“. Gruppendynamik und die interaktionellen Probleme der Gesamtgruppe spielen eine untergeordnete Rolle. Die Kommunikation ist problemorientiert. Bearbeitet werden überwiegend Probleme der Patienten, die sie außerhalb der Gruppe erleben. Der Therapeut übernimmt eine aktive und steuernde Aufgabe, indem er den „Fokuspatienten“ unterstützt und gleichzeitig die Gruppe so lenkt, dass die Ziele des „Fokuspatienten“ erreichbar werden. Wichtige Wirkfaktoren sind Realitätstestung, Gruppenkohäsion und Lernen am Modell.

Merke: Einzelfallorientierte Gruppen:

- sind zentriert auf den einzelnen Patienten und sein Problem und dessen Bewältigung;
- ein Gruppenmitglied steht auf Zeit im Mittelpunkt der therapeutischen Aufmerksamkeit;
- bearbeitet werden überwiegend Probleme, wie sie außerhalb der Gruppe erlebt werden.

2.2 Verhaltenstherapeutische Gruppen

In den vergangenen drei Jahrzehnten hatte die Verhaltenstherapie ihren Einfluss auf die Fortentwicklung der Psychotherapie deutlich behauptet. In diesem Zeitraum sind wichtige gruppen-therapeutische Konzepte entstanden, die in der Praxis ihre Effektivität gezeigt haben. Ausgehend von dem Problemlösemodell, dessen Grundzüge von D'Zurilla und Goldfried (1971) beschrieben wurden, entstanden erste Konzepte für zieloffene verhaltenstherapeutische Gruppen. Der Ursprung der „störungsspezifischen Konzepte“ lässt sich mit den „multimodularen Gruppenkonzepten“ aus dem Jahr 1968 in Verbindung bringen (Lazarus, 1995).

2.2.1 Präventive Gruppen

Ziel der Präventivgruppen ist, durch Informationsvermittlung und Training Gesundheit zu erhalten (Primärprävention), bekannte Krankheiten rechtzeitig zu erkennen und ihnen vorzubeugen (Sekundärprävention) und Rückfälle nach der Behandlung (Tertiärprävention) zu vermeiden. Informationsvermittlung und Verhaltenstraining sind Maßnahmen mit hoher Wirksamkeit, so dass Präventivgruppen eine ähnliche Effektivität aufweisen wie Gruppen mit spezifischen psychotherapeutischen Verfahren. Durch Informationsvermittlung konnte die Anzahl der Therapieabbrüche verringert und eine Verbesserung der eigenverantwortlichen Teilnahme der Patienten an therapeutischen Maßnahmen erreicht werden.

Merke: Ziel der Präventivgruppen ist, durch Informationsvermittlung und Training

- Gesundheit zu erhalten (Primärprävention),
- Krankheiten rechtzeitig zu erkennen und ihnen vorzubeugen (Sekundärprävention),
- Rückfälle nach der Behandlung einer Krankheit zu vermeiden (Tertiärprävention).

Typische Präventivgruppen in der Tertiärprävention bestehen in manualisierter Form für Erkrankungen wie Asthma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus, Neurodermitis, Sprechstörungen, Tumorerkrankungen, Epilepsie. Gruppen der Primärprävention betreiben Gesundheitsaufklärungen zur Bewältigung spezieller Lebensphasen (wie Schwangerschaft, Elternschaft, Alter) und zur Gesundheitsvorsorge durch Entspannungsverfahren oder Ernährungsschulung. Gruppen der Sekundärprävention beugen der Entstehung bekannter Erkrankungen vor. Beispiele sind Nichtrauchertraining und AIDS-Prävention durch Aufklärung über sexuelles Risikoverhalten. Auch hier liegen manualisierte Gruppenkonzepte vor. Sie werden zum einen nach ihrer

5.3 Gruppentherapie

Zielgruppe (Alter, Geschlecht, Beruf), zum anderen nach ihrer inhaltlichen Ausrichtung unterschieden.

In den vergangenen Jahren wurde die Finanzierung der Präventivgruppen durch die Kostenträger deutlich eingeschränkt. Aktuell werden in erster Linie Stressbewältigungsgruppen und Gruppen im Rahmen der Tertiärprävention gefördert.

2.2.2 Störungsspezifische Verhaltenstherapie in Gruppen

Die Entwicklung von störungsspezifischen Verhaltenstherapien in Gruppen zählt zu den wichtigsten Weiterentwicklungen innerhalb der Verhaltenstherapie in den vergangenen Jahrzehnten. Heute bestehen zu fast allen im DSM-IV bzw. ICD-10 klassifizierten psychischen Störungen spezifische gruppentherapeutische Behandlungskonzepte: Angst- und Zwangsstörungen, depressive Störungen, Schizophrenie, Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, somatoforme Störungen (auch chronischer Schmerz und Tinnitus), Schlafstörungen. Störungsspezifische Verhaltenstherapie in Gruppen ist die Methode der Wahl überall dort, wo eine ausreichende Anzahl an Patienten mit dem gleichen Störungsbild zusammenkommt.

Merke: Merkmale von störungsspezifischen Behandlungskonzepten sind:

- Manualisierung (Festlegung der Algorithmen des therapeutischen Vorgehens und der Inhalte der Therapiestunden)
- Orientierung am Störungswissen

Typische störungsspezifische Gruppen sind diagnostisch homogen, das heißt, die Teilnehmer sind an derselben Störung erkrankt. Sie richten sich an Männer und Frauen. Und sie sind in der Regel geschlossen, was bedeutet, dass alle Teilnehmer die Therapie gemeinsam beginnen und beenden. Die störungsspezifischen Behandlungskonzepte sind manualisiert, damit besteht eine Festlegung der Algorithmen des therapeutischen Vorgehens und der Inhalte der Therapiestunden. Die Behandlungskonzepte sind auf der Grundlage des jeweiligen vorhandenen Störungswissens aufgebaut und verfolgen ein dem Störungsbild entsprechendes Behandlungsziel. Die eingesetzten Behandlungsprinzipien sind ebenfalls auf das Störungsbild abgestimmt. Die Grundkonzeption der verschiedenen manualisierten Gruppen ist ähnlich, indem sie folgende Bausteine beinhalten: generelle Informationsvermittlung über die jeweilige Störung, Erstellen einer individuellen Verhaltens- oder Problemanalyse, Zieldefinition, Vermittlung von Modellen über die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung, Verhaltensbeobachtung (z.B. durch Tagebücher), Verhaltensmodifikation (durch Exposition, Aktivitätenaufbau, Soziales Kompetenztraining usw.), kognitive Umstrukturierung, Hausaufgaben und Rückfallprophylaxe.

2.2.3 Die zieloffene verhaltenstherapeutische Gruppe

Typische zieloffene verhaltenstherapeutische Gruppen bestehen als stationäre, heterogene, einzelfallorientierte, gemischte und offene Gruppen. Häufig tragen diese Gruppen fälschlicherweise den Namen „Gesprächsgruppen“, obwohl die zuständigen Therapeuten das Ziel verfolgen, eine zieloffene verhaltens-

therapeutische Gruppe anzubieten. Diese Gruppen sind diagnostisch heterogen, weil ihre Teilnehmer an unterschiedlichen Störungen erkrankt sind. Sie sind gemischt, weil Männer und Frauen gemeinsam behandelt werden. Sie sind offen (oder halb offen), weil kontinuierlich neue Patienten in die Gruppe aufgenommen und bisherige Gruppenmitglieder entlassen werden. Sie werden in der Regel im Rahmen einer stationären Therapie für eine bestimmte Station angeboten, häufig treffen sich in der Gruppe Patienten von verschiedenen Einzeltherapeuten, und in vielen Fällen sind für die Gruppe mehrere Therapeuten zuständig. Diese Gruppen werden nach einem „Eine-Sitzung-Konzept“ durchgeführt, was bedeutet, dass jede Therapiestunde so geplant ist, dass mit dem Abschluss der Stunde auch das bearbeitete Thema zu Ende geht. Der Einsatz von therapeutischen Methoden und Strategien erfolgt problem- und zielorientiert. Die enorme Komplexität dieser Gruppen macht die therapeutische Arbeit interessant, stellt aber an die Therapeuten hohe Ansprüche und birgt auch Risiken für mögliche Therapeutenfehler in sich.

Merke: Zieloffene verhaltenstherapeutische Gruppen sind einzelfallorientiert, gemischt und offen. Therapeutische Methoden und Strategien werden problem- und zielorientiert eingesetzt und nach einem „Eine-Sitzung-Konzept“ durchgeführt.

2.3 Instrumentelle Gruppenbedingungen

2.3.1 Offenheit und Vertrauen

Offenheit und Vertrauen sind Bedingungen, die sehr eng zusammengehören und in der Praxis schwer unterschieden werden können. Genau genommen bezieht sich Vertrauen auf die gesamte Gruppe und zeichnet sich dadurch aus, dass die Gruppe in der Lage ist, auch belastende Themen zu bearbeiten. Offenheit bezieht sich stärker auf den einzelnen Teilnehmer und zeichnet sich dadurch aus, dass es diesem möglich ist, ein eigenes Thema einzubringen. Er vertraut dabei den anderen, dass diese fürsorglich und unterstützend mit ihm umgehen werden. Ob in einer Gruppe ausreichend Offenheit und Vertrauen herrscht, kann daran erkannt werden, inwieweit tabuisierte oder schambesetzte Themen (z.B. sexuelle Themen, traumatische Erlebnisse) vorgebracht werden. Wenn sich eine Gruppe nur oberflächlichen Themen zuwendet oder die Teilnehmer nicht bereit sind, als „Fokuspatient“ in der Stunde zu arbeiten, sind diese instrumentellen Gruppenbedingungen noch nicht ausreichend etabliert.

Merke: Vertrauen zeigt sich durch die Fähigkeit der Gruppe, belastende Themen zu bearbeiten. Offenheit zeigt sich durch die Bereitschaft des einzelnen Teilnehmers, eigene Themen einzubringen.

2.3.2 Kohäsion und Akzeptanz

Kohäsion und Akzeptanz gehören ebenfalls eng zusammen. Kohäsion bezeichnet das Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe und zeichnet sich durch die Einstellung „Wir sitzen im selben

Boot“ aus. Gruppen mit ausreichender Kohäsion achten z.B. darauf, dass alle Gruppenmitglieder anwesend sind, sie wissen, wenn jemand fehlt, sie unterstützen sich in der Therapiestunde und auch außerhalb gegenseitig. Akzeptanz bedeutet, dass der einzelne Gruppenteilnehmer auch dann zur Gruppe gehört, wenn er sich durch Besonderheiten auszeichnet oder sich der Gruppenmeinung nicht bedingungslos unterwirft, sondern Autonomie beansprucht. Kohäsion und Akzeptanz können in Konkurrenz zueinander treten. Eine Gruppe mit sehr ausgeprägter Kohäsion, kann Schwierigkeiten mit der Integration von Gruppenmitgliedern haben, wenn sich diese nicht allen Regeln unterwerfen. Ein charakteristisches Problem ist dann die schwierige Eingliederung von besonders kranken Patienten oder neuen Gruppenteilnehmern in vorher gut funktionsfähigen Gruppen.

Merke: Kohäsion bezeichnet das Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe. Akzeptanz bezeichnet die Fähigkeit der Gruppe, Einzelne auch dann zu integrieren, wenn sie durch Besonderheiten auffallen oder Autonomie beanspruchen.

2.3.3 Kooperative Arbeitshaltung

Die kooperative Arbeitshaltung beinhaltet zum einen Minimalbedingungen, die von jedem Gruppenteilnehmer erwartet werden. Dazu gehört pünktliches Erscheinen, respektvolle Beachtung sozialer Regeln (z.B. Verzicht auf Beleidigungen oder absichtliche Störungen). Zum andern zeigt sich eine kooperative Arbeitshaltung durch Aufmerksamkeit in der Gruppe, aktive Beteiligung und die Durchführung von Hausaufgaben.

Merke: Kooperative Arbeitshaltung zeigt sich durch:

- Beachtung sozialer Regeln
- Aufmerksamkeit in der Gruppe
- aktive Beteiligung
- Durchführung von Hausaufgaben

Wenn wir die einzelnen instrumentellen Gruppenbedingungen betrachten, so wird deutlich, welche ausgeprägte Bedeutung diese für die gruppentherapeutische Arbeit haben. Dennoch ist es nicht ratsam, das Ziel zu verfolgen, „viel von allem“ zu haben. Es wurde bereits ersichtlich, dass z.B. zu viel Gruppenkohäsion die Akzeptanz der Einzelnen erschweren kann. Das Ziel ist, Offenheit, Vertrauen, Kohäsion, Akzeptanz und eine kooperative Arbeitshaltung in ausgewogenem Maße in der Gruppe zu etablieren.

Merke: Kohäsion und Akzeptanz können in Konkurrenz zueinander treten.

Das Vorgehen bei der Etablierung der instrumentellen Gruppenbedingungen unterscheidet sich nach der Art der Gruppe. In zieloffenen Gruppen hängt die Zusammenarbeit besonders stark von Offenheit und Vertrauen ab. Wenn die Teilnehmer nicht offen genug sind oder den anderen Gruppenteilnehmern nicht vertrauen, werden sie sich an der Therapie nicht ausreichen beteiligen und keine eigenen Themen einbringen. Zusammengehörigkeitsgefühl und Akzeptanz können sich dagegen auch erst im Verlauf der gemeinsamen therapeutischen Arbeit festigen oder durch Gruppenregeln vorgegeben werden. Kooperative Arbeitshaltung kann als erste Bedingung von Gruppen eingefordert werden. Alle instrumentellen Gruppenbedingungen werden durch Regeln gesichert. Therapeuten, die zieloffene Gruppen leiten, sollten von daher im Besonderen Zeit darauf verwenden, die instrumentellen Bedingungen Offenheit und Vertrauen zu stärken.

In störungsspezifischen, mit Manualen arbeitenden Gruppen sind Zusammengehörigkeitsgefühl und Akzeptanz von hoher Bedeutung. Natürlich ist auch in diesen Gruppen die therapeutische Arbeit von Offenheit und Vertrauen abhängig. Sehr hohe Offenheit und Vertrauen unter den Gruppenteilnehmern kann jedoch die Gruppe behindern. Wenn die Teilnehmer der Gruppe infolgedessen intensiv ihre individuellen Anliegen darstellen, wird damit das Erreichen des Gruppenziels behindert. Diese Problematik kennen viele Kollegen, die mit störungsspezifischen manualisierten Gruppenkonzepten arbeiten. Weniger Vertrauen und Offenheit fördernde Maßnahmen und mehr Techniken, die das pädagogische Vorgehen stützen, sind in solchen Situationen hilfreich. Das Ziel des manualisierten Vorgehens besteht in der Erarbeitung oder Bearbeitung festgelegter Themen, die für jede Stunde vorgegeben sind.

Merke: In zieloffenen Gruppen sind Offenheit und Vertrauen besonders wichtig. In störungsspezifischen Gruppen sind Zusammengehörigkeitsgefühl und Akzeptanz von besonderer Bedeutung.

2.4 Wirkfaktoren in der Gruppentherapie

Im Folgenden (Tab. 2) werden relevante Wirkfaktoren in der Gruppentherapie benannt.

Tabelle 2: Wirkfaktoren in der Gruppentherapie

Offenheit	Die instrumentellen Gruppenbedingungen Offenheit, Vertrauen, Kohäsion und Akzeptanz sind auch Wirkfaktoren der Gruppentherapie. Sie tragen bei den Teilnehmern zu Veränderungen in Verhalten, emotionalem Erleben und Bewertungsprozessen bei.
Vertrauen	
Kohäsion	
Akzeptanz	
Interpersonelles Lernen	Gruppen bieten die Möglichkeit, die soziale Kompetenz zu schulen, ohne die Risiken einzugehen, die mit Lernen durch Versuch und Irrtum in der häuslichen oder beruflichen Umgebung verbunden sind. Rückmeldungen über die Wirkung von Verhalten sind durch festgelegte Regeln zum Feedback von besonderer Wirksamkeit. Stufenweiser Verhaltensaufbau und Lernen am Modell der Mitpatienten oder des Therapeuten sind wichtige Mechanismen.

5.3 Gruppentherapie

Fortsetzung Tabelle 2: Wirkfaktoren in der Gruppentherapie

Emotionsmanagement	Gruppen geben ihren Mitgliedern die Möglichkeit, in einer geschützten Umgebung bisher vermiedene, schambesetzte, tabuisierte Erlebnisse, Gedanken oder Gefühle zu offenbaren. Das Ausbleiben von negativem Feedback und die Akzeptanz der Gruppe kann mit einem extremen Gefühl von Erleichterung (Katharsis) verbunden sein.
Handlungsorientierung	Das Vorbild von Mitpatienten, die in ihrem Heilungsprozess weiter fortgeschritten sind, ist von außerordentlicher Bedeutung für die Entstehung von Handlungsorientierung im Laufe einer Gruppentherapie. Auch diagnostisch homogene Gruppen zeichnen sich meist durch unterschiedliche Krankheitsschwere, Behandlungsfortschritte und durch verschiedene bereits vorhandene Bewältigungsstrategien für psychische Störungen aus.
Realitätsüberprüfung	Feedback und soziale Unterstützung durch die Gruppenmitglieder sind eine große Hilfe bei der Veränderung von Bewertungsprozessen. Das Auffinden und Überprüfen alternativer Bewertungen (im ABC-B'C'-Modell) ist in der Gruppe häufig einfacher als in der Einzeltherapie.
Universalität des Leidens	Isolation deprimiert und entmutigt Menschen mit einer psychischen Störung. Zu erfahren, dass auch viele andere Menschen ähnliche Probleme haben, reduziert Scham und Resignation.
Experte in eigener Sache	Ähnlich wie Therapeuten erlernen Patienten Einsicht in Krankheitsmechanismen am besten anhand von Fallbeispielen. Dabei ist eigene Situation aufgrund der fehlenden Distanz weniger günstig als das Beispiel von Mitpatienten. Die erworbene Expertise stellt eine wichtige Grundlage für Selbstmanagement (Kanfer et al., 1996) und Empowerment (Hayes et al., 1999) dar.
Erwerb von Fertigkeiten	Gruppen unterstützen den konkreten Erwerb von Fertigkeiten durch Lernen am Modell, gegenseitige Hilfestellung und Erfahrungsaustausch. Aus diesem Grund ist der Einsatz von verhaltenstherapeutischen Methoden besonders wirkungsvoll. Beispiele sind Rollenspiele, gemeinsame Verhaltensanalysen, Aktivitätenaufbau und Tagesstrukturierung, Erwerb von spannungsreduzierenden Maßnahmen (Skills), gemeinsames Essen in Gruppen für Patienten mit Essstörung, gemeinsame Auswertung von Verhaltensprotokollen.

3 Umsetzung in der Praxis

3.1 Herstellen instrumenteller Gruppenbedingungen in zieloffenen Gruppen

Wenn mehrere Menschen zusammenkommen, die sich untereinander noch nicht kennen und das Ziel haben, zukünftig intime Themen miteinander zu bearbeiten, Themen, die sie möglicherweise noch nie jemandem erzählt haben, dann ist der Aufbau von günstigen Rahmenbedingungen mit ausreichendem Vertrauen, Offenheit, Zusammengehörigkeit und einer kooperativen Arbeitshaltung erforderlich. In der ersten Therapiestunde werden diese Bedingungen aufgebaut.

Die Interventionen in dieser Aufbauphase der Gruppenarbeit sind grundsätzlich auf Angstreduktion ausgerichtet: Zuerst werden die Gruppenteilnehmer begrüßt. Der Therapeut stellt sich vor, indem er seinen Namen und seine Berufszugehörigkeit nennt und etwas zu seiner Qualifikation als Gruppentherapeut sagt. Kollegen, die noch wenig Erfahrung mit Gruppenleitung haben, können sich etablieren, indem sie sich auf ihre Funktion als verantwortlicher Leiter der Gruppe beziehen. Weitere Strategien zur Etablierung als Gruppenleiter sind: konsequentes Ausfüllen der Therapeutenrolle (Ansprache der Gruppe mit Sie, Verzicht auf das Einbringen eigener Probleme, regelndes und strukturierendes Eingreifen in den Therapieprozess, Anwendung und Anleitung von therapeutischen Methoden usw.). Die eigene Etablierung als Gruppentherapeut ist notwendig, um den Teilnehmern die Sicherheit zu vermitteln, bei einem „Experten“ in Betreuung zu sein. Zu lange und ausführliche Etablierungsversuche mit dem Aufzählen aller Qualifikationen und private Angaben zur eigenen Person sind dagegen kontraproduktiv.

! Merke: Interventionen in der Aufbauphase der verhaltenstherapeutischen Gruppenarbeit sind auf Angstreduktion ausgerichtet.

Anschließend werden alle Teilnehmer gebeten, sich mit Namen vorzustellen und einige Sätze über sich zu sagen. Der Therapeut informiert die Teilnehmer über die formalen Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit, über Häufigkeit und Dauer der Therapiestunden und über die Notwendigkeit, dass alle Teilnehmer pünktlich und regelmäßig in die Gruppentherapie kommen. Im folgenden Schritt bittet der Therapeut alle Teilnehmer der Gruppe, sich dazu zu äußern, welche Wünsche sie an die gemeinsame Arbeit haben: „Was brauchen Sie, damit wir miteinander möglichst effektiv arbeiten können?“ Wenn jeder Gruppenteilnehmer sich zu dieser Frage geäußert hat, fragt der Therapeut im nächsten Schritt nach den Befürchtungen: „Was glauben Sie, sollte hier unter gar keinen Umständen passieren?“ Die Frage „Was kann jeder Einzelne von Ihnen dazu beitragen, dass wir eine gut funktionierende Gruppe werden?“ dient der Förderung der Selbstverpflichtung der Gruppe zur Zusammenarbeit.

Viele Therapeuten benutzen zur Herstellung der instrumentellen Gruppenbedingungen in der ersten Therapiestunde die Strategie, die Teilnehmer auf Kleingruppen aufzuteilen oder sie zu bitten, sich als Paare zusammenzufinden und sich gegenseitig zu interviewen. Diese Strategien eignen sich als Einstiegsübung in die gruppentherapeutische Arbeit, da sie zunächst durch die Verkleinerung der Gruppe angstreduzierend wirken. Wenn sich der Therapeut für diese Strategien entscheidet, sollte der Zeitpunkt der Aufteilung gut gewählt sein. Eine zu frühe Aufteilung der Gruppe kann die Entstehung des Gruppenzusammengehörigkeitsgefühls erschweren. Gegenseitiges Vorstellen in der Großgruppe im Anschluss an das Paarinterview ist ungünstig.

Dabei kann eine für die Anfangsphase der Gruppe verfrühte Expositionsübung mit der Offenlegung intimster Problembereiche entstehen.

Nach dem ersten Kennenlernen der Gruppenteilnehmer fördert der Therapeut die Selbstöffnung. Er befragt jeden Patienten nach seinen individuellen Themen, die ihn in die Gruppe geführt haben. Hier können die Patienten erste Erfahrungen mit Offenheit, Vertrauen und Zusammengehörigkeit entwickeln. Wenn die Teilnehmer ausreichend Bereitschaft zur Selbstöffnung zeigen, wird der Therapeut sie auch nach konkreten Aufträgen an die Gruppentherapie fragen.

Zum Abschluss der ersten Therapiesitzung bittet der Therapeut die Gruppe, konkrete Regeln für ihre Zusammenarbeit zu formulieren. Anschließend werden die Regeln schriftlich festgehalten und an alle Gruppenmitglieder verteilt. Besonders für offene Gruppen ist es eine Erleichterung bei der Integration von neuen Gruppenmitgliedern, wenn die Regeln im Gruppenraum ausgehängt sind.

3.2 Gruppenregeln

Gruppentherapie ist für viele Patienten wie der Besuch in einem fremden Land mit unbekannten Verhaltensregeln. Eine Aufklärung über die Gewohnheiten und Abläufe, die innerhalb der Gruppe herrschen, ist notwendig, um Ängste zu minimieren, Sicherheit aufzubauen und unerwünschte Vorkommnisse zu vermeiden.

3.2.1 Funktion der Gruppenregeln

Nachdem über die Installierung der instrumentellen Gruppenbedingungen eine Gruppe aufgebaut wurde, tragen die Gruppenregeln dazu bei, diese Bedingungen langfristig innerhalb der Gruppe zu erhalten. Durch sie wissen die Gruppenmitglieder, welches Verhalten angemessen und welches unerwünscht ist. Das wiederum gibt den Teilnehmern Sicherheit im Umgang miteinander und im Umgang mit dem Therapeuten. Es bestehen explizite Gruppenregeln, die offen ausgesprochen werden und für jedes Gruppenmitglied bindend sind (Tab. 3):

Tabelle 3: Explizite Gruppenregeln

Einhaltung der Schweigepflicht
Umgang mit starker emotionaler Betroffenheit
Regeln zu Kommunikation und Rückmeldungen
Umgang mit Paarbildung
Pünktlichkeit

Implizite Gruppenregeln, die nicht ausgesprochen sind, können aber dennoch Abläufe mitbestimmen. Implizite Gruppenregeln beinhalten Gewohnheiten, die in einer Gruppe vorhanden sind oder sich herausbilden. Ein Beispiel ist es, einem weinenden Mitpatienten ein Taschentuch anzubieten. Formale Abläufe der Gruppe wie die Einteilung der Zeit in Eröffnungsrunde, Problem-

bearbeitung und Abschlussrunde können sowohl durch explizite wie implizite Regeln bestimmt sein.

3.2.2 Anpassung der Gruppenregeln an die jeweilige Zielgruppe

Jede Gruppe sollte spezifisch die Regeln erhalten, die zur Regelung der Abläufe notwendig sind. Zu viele Regeln können zur Behinderung der therapeutischen Arbeit führen. Gruppen, die tendenziell ängstlich und unsicher sind, brauchen andere Regeln als Gruppen, die zu impulsivem Verhalten neigen. Aus diesem Grund sollte der Therapeut zu erst bedenken, mit welcher Gruppe er arbeiten wird, damit die Gruppenregeln auf antizipierte problematische Verhaltensweisen der Gruppenmitglieder ausgerichtet sind. Die Gruppenregel, „sich gegenseitig ausreden lassen“, ist in einer ängstlich unsicheren Gruppe nicht nur überflüssig, sondern auch eine Behinderung. Dagegen kann sie in einer Gruppe mit Jugendlichen oder Menschen mit Neigung zu impulsivem Verhalten sehr nützlich sein. Die Vereinbarung zur Einhaltung der Schweigepflicht ist für jede Gruppe zweckmäßig und geradezu unumgänglich. Eine Regelung des Umgangs mit starken Gefühlen ist ebenfalls für jede Gruppe notwendig. In einer ängstlichen Gruppe ist die Regel „Gefühle sind erlaubt“ sinnvoll. In ängstlichen Gruppen zeigt sich oft die Schwierigkeit, dass Patienten Blockaden erleben, wenn sie merken, dass es ihnen zum Weinen ist. Es empfiehlt sich, in diesen Gruppe eine Regel zu etablieren, die Weinen ausdrücklich erlaubt. In Gruppen mit Neigung zu Gewalt, hoher Anspannung oder impulsivem Verhalten sind Regeln notwendig, die Verhaltensexzesse regeln.

Beispiele:

„Andere körperlich oder verbal anzugreifen ist nicht erlaubt!“
– „Bei hoher Anspannung werden spannungsreduzierende Methoden (z.B. Cool-Pack, Igelball, Therapieinhalte mit-schreiben) eingesetzt.“ – „Wenn die Spannungsregulation in der Gruppe nicht ausreicht, darf die Gruppe für kurze Zeit verlassen werden. Ziel ist, außerhalb des Gruppenraumes die Spannung zu reduzieren.“

Durch diese Regeln wird das selbstverantwortliche Handeln der Patienten gefördert, und das „Rauslaufen“ unter Anspannung, das für die Gruppe sehr störend ist, wird eingeschränkt. Patienten, die zur Spannungsreduktion die Gruppe verlassen dürfen, kommen dagegen nach kurzer Zeit in die Gruppe zurück und nehmen weiter an der Therapiestunde teil.

Merke: Jede Gruppe sollte die Regeln erhalten, die sie spezifisch braucht. Zu viele Regeln können zur Behinderung der therapeutischen Arbeit führen.

3.2.3 Erstellen und Weitergabe der Gruppenregeln

Merke: In zielfreien Gruppen werden die Gruppenregeln in der ersten gemeinsamen Therapiestunde festgelegt.

Dieses findet in engem Zusammenhang mit der Etablierung der instrumentellen Gruppenbedingungen statt. Nachdem Befürch-

5.3 Gruppentherapie

tungen und Erwartungen der Gruppenteilnehmer bekannt sind, entwickelt die Gruppe notwendige „Umgangsformen“ miteinander, die als Gruppenregeln festgehalten werden. Der Therapeut achtet zunächst darauf, dass die Bedürfnisse der einzelnen Teilnehmer ausreichend berücksichtigt werden, und ergänzt anschließend die Gruppenregeln, wenn seines Erachtens noch wichtige Aspekte fehlen. Das schriftliche Festhalten der Gruppenregeln ist sinnvoll, damit sich die Teilnehmer langfristig an die Vereinbarungen erinnern. In zieloffene Gruppen werden regelmäßig neue Patienten aufgenommen. Die Eingliederung der neuen Patienten in eine bereits laufende Gruppe stellt eine Schwierigkeit da. Hilfreich ist ein gewisses „Ritual“ in der Gruppe, nach dem neue Patienten mit den Gruppenregeln bekannt gemacht werden.

Beispiel:

Der Therapeut eröffnet die Therapiestunde mit der Begrüßung des neuen Patienten und bittet ihn, sich der Gruppe kurz vorzustellen. Anschließend bittet er die Gruppe, dem neuen Gruppenmitglied zu erklären, wie die Gruppe miteinander arbeitet und welche Regeln es in der Gruppe gibt.

Dabei entsteht ein erster Kontakt zu den neuen Patienten, die Wiederholung der Gruppenregeln ist auch für ältere Patienten eine Erinnerung. Patienten finden so auch eigene Formulierungen und betonen die Regeln, die aus ihrer Sicht von besonderer Wichtigkeit sind. Wenn wichtige Regeln vergessen wurden, kann der Therapeut diese noch ergänzen. In zieloffenen Gruppen sollte der Therapeut davon Abstand nehmen, neuen Patienten die Gruppenregeln zu Beginn ihrer ersten Therapiestunde persönlich mitzuteilen. Dieses Vorgehen sollte ausschließlich präventiven oder störungsspezifischen Gruppen vorbehalten bleiben.

3.3 Durchführung einer zieloffenen verhaltenstherapeutischen Gruppe

Um den Patienten ein höheres Maß an Sicherheit zu geben, sollten die Therapiestunden gleich bleibende Abläufe beinhalten, höchstmögliche Transparenz bieten und ein zielorientiertes, überprüfbares Vorgehen zeigen (Tab. 4).

Tabelle 4: Struktur der zieloffenen verhaltenstherapeutischen Gruppe

Eröffnungsrunde	mit Beteiligung aller Patienten
Orientierungsphase,	in welcher der Fokuspatient und der Therapeut das Ziel für die Bearbeitungsphase definieren und die Vorgehensweise zur Zielerreichung festlegen („Fahrplan“)
Bearbeitungsphase	mit Fokuspatient im Mittelpunkt und Unterstützung durch die Gesamtgruppe
Abschlussrunde	mit Beteiligung aller Patienten

! Merke: Jede Therapiestunde gliedert sich in eine Eröffnungsrunde, eine Orientierungsphase, eine Bearbeitungsphase und in eine Abschlussrunde.

3.3.1 Eröffnungsrunde

Ziel der Eröffnungsrunde ist, den Fokuspatienten zu identifizieren, der in der anschließenden Bearbeitungsphase mit seinem Thema im Mittelpunkt stehen wird. Die Eröffnungsrunde beinhaltet zwei Teile: die Themensammlung und die Themenauswahl. Jeder Patient beteiligt sich an der Eröffnungsrunde. Es ist zeitsparend, wenn es reihum geht. Der Therapeut kann bestimmen, wer beginnt. Aber er kann auch die Gruppe fragen, wer beginnen möchte.

Beispiel:

„Wir beginnen mit der Eröffnungsrunde, in der jeder von Ihnen sagen kann, was ihn im Moment beschäftigt und ob er sein Thema anschließend vertiefen möchte.“

Die Dauer der Eröffnungsrunde sollte je nach Gruppengröße fünf bis fünfzehn Minuten nicht überschreiten. Bei längeren Eröffnungsrunden können Patienten, die zuletzt an die Reihe kommen, unruhig werden, ihr Anliegen vergessen oder den Anliegen anderer Gruppenteilnehmer automatisch Priorität einräumen. Die Interventionen der Therapeuten während der Eröffnungsrunde sollten sehr kurz sein und sich ausschließlich darauf richten, ob der Patient sein Thema anschließend vertiefen möchte.

Beispiel:

„Möchten Sie anschließend Ihr Thema bearbeiten? Möchten Sie sich für dieses Thema anschließend mehr Zeit nehmen? Kann die Gruppe Sie bei diesem Problem heute unterstützen?“

Wenn alle Patienten in der Eröffnungsrunde benannt haben, was sie beschäftigt, welche Themen für sie von Bedeutung sind und ob sie als Fokuspatienten ihr Anliegen bearbeiten möchten, dann geht es um die Bestimmung des Fokuspatienten. Realistischerweise können zwei Themen in einer Therapiestunde bearbeitet werden. Wenn mehr als zwei Patienten ihr Anliegen in der Stunde bearbeiten möchten, ist dies als Zeichen einer gut funktionierenden Gruppe zu werten. Themenvielfalt und der Wunsch, die Therapiezeit für sich zu nutzen, ist im Sinne aller Beteiligten. Für die Festlegung der Fokuspatienten wendet sich der Therapeut an die Patienten, die in dieser Stunde gerne ihr Thema bearbeiten möchten. Er bittet sie zu entscheiden, welche Themen zur Bearbeitung kommen werden.

Beispiel:

„Herr Meier, Frau Müller, Frau Schneider und Herr Jung würden heute gerne ihr Thema mit der Hilfe der Gruppe bearbeiten. Könnten Sie entscheiden, wie wir vorgehen werden? Wir können in der Regel zwei Themen bearbeiten.“

Erfahrungsgemäß ist dieser Entscheidungsprozess ohne Schwierigkeiten. Die Gruppenmitglieder achten von sich aus darauf, dass jedes Gruppenmitglied zu seinem Recht kommt. Sie merken sich, wenn jemand in den letzten Stunden zurückgetreten ist, um Mitpatienten Raum zu geben. Sie achten darauf,

wenn Themen wegen emotionaler Dringlichkeit oder aus zeitlichen Gründen nicht aufgeschoben werden können. Es entsteht ein kurzer Meinungsaustausch unter den beteiligten Patienten, und nach wenigen Minuten kann die Bearbeitung des ersten Anliegens beginnen. Nur in Ausnahmefällen sollte der Therapeut diesen Entscheidungsprozess beeinflussen. In einem solchen Fall ist es wichtig, die Gründe für die Lenkung des Entscheidungsprozesses in der Gruppe offen zu legen und die Gruppe um Zustimmung zu bitten. Wenn die Reihenfolge der Fokuspatienten festgelegt ist, wird die Gruppe gefragt, ob sie mit dieser Reihenfolge einverstanden ist. In der Regel geben alle Gruppenmitglieder ihre Zustimmung. Wenn Unstimmigkeiten entstehen, dann sollten diese erst beseitigt werden, um die spätere therapeutische Arbeit nicht zu belasten.

3.3.2 Bearbeitungsphase

Die Bearbeitungsphase beginnt mit einer Orientierungsphase, in der der Therapeut und der Fokuspatient einen „Fahrplan“ für die Zusammenarbeit erstellen. Der Schwerpunkt dieser Orientierungsphase liegt in dem Festlegen des gemeinsamen Ziels und in dem Festlegen der Mittel, die zur Zielerreichung eingesetzt werden. Die Bearbeitungsphase ist damit an das Problemlösungsmodell adaptiert. Therapeut und Fokuspatient stimmen sich zuerst in folgenden Punkten ab: *Was ist das Anliegen des Patienten? Welches Ziel soll in der Stunde verfolgt werden? Und mit welchen Mitteln kann dieses Ziel erreicht werden?* Während der Orientierungsphase arbeiten der Fokuspatient und der Therapeut zusammen ohne die Beteiligung der Gruppe. Im Sinne des einzelfallorientierten Vorgehens ist es wichtig, dem Fokuspatienten ausreichend Raum zu geben, sein Anliegen, sein Ziel und die Mittel zur Zielerreichung individuell zu bestimmen. Um die Zusammenarbeit mit dem Fokuspatienten zu fördern, kann der Therapeut direkt neben ihm Platz nehmen. Dazu bittet er einen Mitpatienten, mit ihm vorübergehend den Platz zu tauschen. Dieser Platzwechsel verdeutlicht, dass jetzt der Therapeut und der Fokuspatient zusammenarbeiten werden und die anderen Gruppenteilnehmer kurzfristig in der zuhörenden Rolle sind. Bei der Abstimmung des Anliegens geht es um die Benennung des Problems des Fokuspatienten. Die Problembenennung kann kurz gehalten werden. Gelegentlich reicht eine Überschrift aus, wie zum Beispiel „Angst vor einem Rückfall“, „Probleme mit dem Arbeitgeber“, „Konflikte mit Familienangehörigen“, „Alpträume“. Dagegen ist eine detaillierte Zielbestimmung von großer Wichtigkeit. An dieser Stelle benötigen Patienten die Unterstützung durch den Therapeuten. Sie können nur selten von vorneherein ein ausgearbeitetes, verhaltensnahes Ziel benennen. Patienten können nur selten eine spontane Antwort auf die Frage geben: „Was ist Ihr Ziel für die Stunde?“ Es ist günstiger, etwa zu fragen:

Beispiel:

„Was wünschen Sie sich, wenn wir Ihr Thema bearbeiten? Welches Ergebnis wünschen Sie?“ oder „Was müsste in der Stunde geschehen, damit Sie das Gefühl haben, erfolgreich Ihr Thema behandelt zu haben?“

Die Aufgabe des Therapeuten beinhaltet darüber hinaus auch die Vorgabe von verschiedenen Alternativen, um dem Patienten die Auswahl des angemessenen Zieles zu ermöglichen.

Beispiel:

„Wenn wir uns jetzt Ihrem Thema Angst vor einem Rückfall zuwenden, was müssten wir am Ende unserer Zusammenarbeit erreicht haben, welches Ergebnis würden Sie sich wünschen?“ „Könnte es ein Ziel für Sie sein, die möglichen Risiken eines Rückfalls besser beurteilen zu können, oder geht es mehr darum, konkrete Verhaltensweisen zu erarbeiten, die Sie in Risikosituationen einsetzen können?“

Bei der Vorgabe verschiedener Alternativen können Patienten besser beurteilen, welches Ziel sie erreichen möchten. Die transparente Zielabsprache erhöht die Effektivität der Gruppenarbeit. Sie wird überschaubarer und strukturierter für die Gruppenteilnehmer. Im nächsten Schritt wird der Weg zur Zielerreichung festgelegt.

Beispiel:

„Haben Sie schon eine Idee, wie wir dieses Ziel erreichen können?“ „Was könnte ein guter Weg sein, um dieses Ziel zu erreichen?“ „Wie kann die Gruppe Sie darin unterstützen, dieses Ziel zu erreichen?“

Wenn der Patient keine eigenen Vorstellungen hat, ist es die Aufgabe des Therapeuten, Vorschläge zu machen. In diesem Fall bewährt es sich, mehrere Alternativen anzubieten, damit der Patient den gewünschten Weg aussuchen kann. Bei der Mittelanalyse können alle dem Therapeuten bekannten Methoden, Strategien und Techniken eingesetzt werden unter der Voraussetzung, dass sie tatsächlich zielführend sind. Patienten wünschen sich häufig als Mittel zur Zielerreichung eine Rückmeldung aus der Gruppe. Sie möchten wissen, ob andere in der Gruppe auch ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Feedback von den anderen Gruppenteilnehmern ist von großer Wichtigkeit in der Gruppentherapie. Dennoch ist zu prüfen, ob Rückmeldungen immer das Mittel der Wahl sind. Oft ist es von höherer Wichtigkeit, Patienten in eigenständiger Problemlösung, Einübung von Verhaltensweisen, Entscheidungsfindung oder beim Ausgleichen von anderen Verhaltensdefiziten zu unterstützen. Gruppentherapien gewinnen an Lebendigkeit, wenn die Mittel zur Zielerreichung möglichst viele Mitpatienten in der Bearbeitungsphase aktivieren. Therapiestunden, in denen zum überwiegenden Teil Gespräche stattfinden, laufen Gefahr, für Patienten langweilig zu werden, oder sie können die Konzentrationsfähigkeit Einzelner überfordern. Rollenspiele, Verhaltensproben, Verhaltensanalysen, Skulpturarbeit, Erstellen von Pro-Kontra-Listen, Kleingruppenarbeit, Arbeit mit leeren Stühlen und weitere Techniken binden die gesamte Gruppe in die Bearbeitungsphase ein und erhalten die Konzentration der Gruppe aufrecht. Verhaltenstherapeuten können, bei zielorientiertem Einsatz, gerne auch Techniken und Methoden aus anderen Therapieschulen benutzen. Zur Verbesserung der Transparenz können Anliegen, Ziel und Mittel zur Zielerreichung auf der Flipchart festgehalten werden.

Nachdem das Anliegen, das Ziel der Stunde und die Mittel zur Zielerreichung festgelegt sind, kann die Bearbeitungsphase beginnen. Während der Bearbeitungsphase steht der Fokuspatient im Mittelpunkt der Gruppe. Die Mitarbeit der ganzen Gruppe ist gefragt. Patienten, die nicht durch aktive Rollen in die

Bearbeitungsphase eingebunden sind, sollten Beobachtungsaufgaben erhalten. Während der Bearbeitungsphase kommen auf den Therapeuten, neben der Unterstützung des Fokuspatienten, zwei weitere Aufgaben zu. Er muss darauf achten, dass das Ziel des Fokuspatienten kontinuierlich verfolgt wird, und dafür sorgen, dass kein anderes Gruppenmitglied in den Mittelpunkt der Gruppe rückt. Die Bearbeitungsphase endet mit dem Erreichen des vorher festgelegten Ziels. Der Therapeut überprüft, inwieweit das Ziel erreicht wurde, indem er den Fokuspatienten nach seiner Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Zusammenarbeit fragt. Wenn dieser ein Feedback zum Ablauf wünscht, kann die Einbeziehung der Gruppe über diesen Weg geschehen. Bei Bedarf kann jetzt eine kurze Pause gemacht werden, oft jedoch ist die Gruppe auch in der Lage, sofort in die Bearbeitung des zweiten Themas zu gehen.

3.3.3 Abschlussrunde

Die Gruppentherapie endet immer mit der Abschlussrunde, an der sich alle Patienten beteiligen. Eine günstige Frage für die Abschlussrunde ist: „Was war für mich heute am wichtigsten?“ Damit sind die Patienten aufgefordert, ihre individuellen positiven Erfahrungen noch einmal zusammenfassend zu benennen. Die Beiträge der Patienten in der Abschlussrunde werden durch den Therapeuten nicht mehr kommentiert.

3.4 Typische Schwierigkeiten bei der Durchführung einer zieloffenen Gruppe

3.4.1 Blitzlicht

Viele Kollegen beginnen ihre zieloffenen Gruppentherapien mit einem Blitzlicht. Dabei sollen alle Patienten sagen, wie es ihnen geht. Diese Form der Eröffnungsrunde kann bereits das erste Glied einer Kette von nachfolgenden Schwierigkeiten sein. Therapeuten können mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass es ihren Patienten schlecht geht (warum sollten sie sonst eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen?). Die Eröffnungsrunde sieht dann so aus, dass es dem ersten Patienten schlecht geht, dem zweiten nicht besser und so weiter, bis die Runde zu Ende ist. Die Aufforderung an die Patienten, am Anfang der Therapiestunde die eigene Befindlichkeit in den Mittelpunkt zu stellen, trägt dazu bei, dass die Zusammenarbeit mit einer ungünstigen emotionalen Tönung beginnt und der Übergang in die Bearbeitungsphase besonders zögerlich geschieht. Patienten in der Gruppe, die sich gut fühlen, trauen sich dann nicht, darüber zu berichten. Sie fürchten, da es ihnen aktuell nicht schlecht geht, ihre Berechtigung auf die Teilnahme an der Gruppentherapie zu verlieren oder gegenüber den anderen Gruppenmitgliedern unangenehm aufzufallen. Dadurch werden eigene Erfolge, Berichte über bewältigte Probleme oder Stimmungsverbesserungen in der Gruppe nicht ausreichend berichtet. Die therapeutische Arbeit und gemeinsame Anstrengungen der Gruppe, die zur Problembewältigung führen, werden nicht ausreichend beachtet. Das Prinzip „Hoffnung vermitteln“, das zu einem der Wirkfaktoren der Gruppentherapie zählt, wird nicht genutzt. Im Gegenteil, die Zusammenarbeit kann in eine gemeinsame „Klagerunde“ abgleiten.

! **Merke:** Die Aufforderung, am Anfang der Therapiestunde die eigene Befindlichkeit in den Mittelpunkt zu stellen, führt zu einer ungünstigen emotionalen Tönung am Beginn der Gruppentherapie.

3.4.2 Aufwärmübungen

Eine weitere Variante der Eröffnung ist der Einsatz verschiedener spielerischer Übungen, die zu Beginn der Stunde mit dem Ziel der Angstreduktion eingesetzt werden. Beispiele sind gemeinsames Klatschen oder Vertrauensübungen (die Patienten werden in Zweiergruppen eingeteilt. Ein Patient schließt die Augen und wird von dem anderen herumgeführt). Auch dieser Einstieg kann gewisse Schwierigkeiten mit sich bringen.

! **Merke:** Bei Aufwärmübungen kann ungünstigerweise der Anschein entstehen, als sei Gruppentherapie eine Art „Spieltherapie“.

Manche Patienten fühlen sich dadurch nicht ernst genommen und können den Sinn der Übungen nicht nachzuvollziehen. Dadurch ist ein Transfer in den Alltag dieser Patienten behindert. Die Übungen verbrauchen kostbare Therapiezeit, denn für die Anleitung, Durchführung und Nachbesprechung der Übung braucht die Gruppe zehn bis zwanzig Minuten. In dieser Zeit hat der Therapeut noch keine Information erhalten, mit der er anschließend weiterarbeiten kann, und der Gewinn auf der Patientenseite ist auch fraglich. Der Effekt der Angstreduktion ist nicht in jedem Fall zutreffend. Für viele Patienten sind diese Übungen schambesetzt und peinlich. Sie eignen sich eher als Expositionsübung als zur Angstreduktion.

3.4.3 Kurzinterventionen während der Eröffnungsrunde

Empathische Kurzinterventionen signalisieren den Patienten die Zugewandtheit des Therapeuten, tragen gleichzeitig aber dazu bei, dass sich die Eröffnungsrunde verlängert. Auch ein weiteres Problem entsteht aus den Kurzinterventionen: Da die Therapeuten bereits in der Eröffnungsrunde auf die Anliegen der Patienten eingegangen sind, sinkt das Bedürfnis nach einer weiteren Bearbeitung. So stehen diese Kollegen vor dem Problem, dass nach der Eröffnungsrunde niemand als Fokuspatient in der Bearbeitungsphase die Therapiestunde nutzen möchte.

! **Merke:** Kurzinterventionen während der Eröffnungsrunde verlängern die erforderliche Zeit und vermindern die Bereitschaft, Themen für die Bearbeitungsphase anzumelden.

3.4.4 Zielveränderung während der Bearbeitungsphase

Gelegentlich kann die Situation entstehen, dass der Fokuspatient von seinem ursprünglich vereinbarten Ziel abrückt, indem er während der Bearbeitung feststellt, dass ihm ein anderes Ziel noch wichtiger ist. In diesem Fall sollte der Therapeut auf diese Veränderung hinweisen, einen Schnitt machen und im Sinne der Transparenz mit dem Fokuspatienten entscheiden, ob ein neues Ziel angesteuert wird, oder die Bearbeitung an dieser Stelle

beendet wird und zu einem anderen Zeitpunkt eine neue Bearbeitung stattfindet.

3.4.5 Starke emotionale Betroffenheit bei Mitpatienten, während der Fokuspatient sein Thema bearbeitet

Während der Bearbeitung eines Themas kann sich ein anderes Gruppenmitglied stark angesprochen fühlen und emotional sehr intensiv reagieren. In einem solchen Fall steht der Therapeut vor dem Problem, dass er einerseits den Fokuspatienten nicht vernachlässigen soll, aber auch die starke emotionale Betroffenheit des anderen Patienten nicht übersehen darf. Wenn er sich dazu entschließen würde, nun zum Thema des zweiten Patienten überzugehen, liefe er Gefahr, so die Möglichkeit zum Quereinstieg in die Bearbeitung eines Themas (ohne die Themenauswahl in der Eröffnungsrunde) zu ermöglichen. An dieser Stelle sollte der Therapeut deshalb um eine kurze Unterbrechung der Arbeit mit dem Fokuspatienten bitten und sich an den zweiten Patienten wenden, um zu verdeutlichen, dass er seine Not wahrgenommen hat.

Beispiel:

„Herr Meier, ich sehe, das Thema von Frau Müller macht Sie sehr betroffen. Was können wir im Augenblick tun, damit Sie der Arbeit von Frau Müller wieder folgen können?“ oder „Herr Meier, ich sehe, das Thema von Frau Müller macht Sie sehr betroffen. Ist es in Ordnung, wenn wir hier zu Ende machen und ich Sie anschließend frage, was bei Ihnen passiert?“

Der Therapeut kann den emotional betroffenen Mitpatienten später bitten, in einer der nächsten Therapiestunden sein Anliegen genauer zu bearbeiten. Nach dieser kurzen Unterbrechung erhält der Fokuspatient wieder die Aufmerksamkeit der Gruppe und des Therapeuten.

3.4.6 Der Fokuspatient ist mit dem Ergebnis der Bearbeitung seines Themas nicht zufrieden

Wenn das festgelegte Ziel in der Bearbeitungsphase nicht erreicht wurde oder der Fokuspatient unzufrieden ist, kann es daran liegen, dass in der Orientierungsphase ein zu großer Schritt geplant oder ein unangemessenes Ziel festgelegt wurde. In einem solchen Fall ist es nicht ratsam, erneut in eine Bearbeitungsphase zu gehen. Es ist angemessen, den Fokuspatienten mit in die Verantwortung zu nehmen, zumal vorher mit ihm das Ziel abgestimmt wurde.

Beispiel:

„Haben Sie eine Idee, wo wir uns geirrt haben? Könnten Sie sich vorstellen, in einer der nächsten Stunden dieses Thema mit einem neuen Ziel zu bearbeiten?“

Therapeuten sollten an dieser Stelle jedoch darauf achten, dass sie die gemeinsame Arbeit nicht nachträglich abwerten und sich nicht rechtfertigen.

3.4.7 Vom Fokuspatienten nicht gewünschte Rückmeldung aus der Gruppe nach der Bearbeitungsphase

Der Fokuspatient kann von seiner Arbeit erschöpft sein und keine weiteren Rückmeldungen mehr aus der Gruppe wünschen. Die Gruppe dagegen ist am Ende der Bearbeitungsphase in der Situation, über längere Zeit zugehört zu haben, und wünscht sich jetzt, auch die eigene Betroffenheit zu thematisieren. Der Therapeut kann in diesem Fall die Gruppe auffordern, die Rückmeldungen direkt an ihn zu richten.

Beispiel:

„Herr Meier hat intensiv gearbeitet und kann momentan keine weitere Rückmeldungen aufnehmen. Ich möchte Sie bitten, alles was Sie noch gerne sagen möchten, direkt mir zu sagen. Was war für Sie persönlich von Bedeutung an der vorhergehenden Gruppenarbeit?“

Der Therapeut hat die Aufgabe, darauf zu achten, dass der Fokuspatient vor weiteren Rückmeldungen geschützt wird, er kann mit diesem Vorgehen aber auch sicherstellen, dass die anderen Gruppenteilnehmer über ihre persönliche Betroffenheit sprechen können. Wenn jemand aus der Gruppe dennoch zu dem Fokuspatienten spricht, sollte er von dem Therapeuten mit der Bitte unterbrochen werden, direkt mit ihm zu reden. Rückmeldungen an den Fokuspatienten können auch aufgeschrieben werden. Er kann sie dann mitnehmen und später lesen.

3.5 Durchführung einer störungsspezifischen Gruppe am Beispiel der dialektischen Verhaltenstherapie

Störungsspezifische Verhaltenstherapie in der Gruppe ist aufgrund der manualisierten Behandlungskonzepte mit vielen Vorteilen verbunden. Patienten profitieren von der qualifizierten, störungsspezifischen, wissenschaftlich auf dem neuesten Stand befindlichen Behandlung. Therapeutenfehler werden durch das festgelegte Vorgehen eingeschränkt. Therapeuten gewinnen Sicherheit im Umgang mit Gruppen. Ökonomische Gründe sprechen ebenfalls für die Gruppentherapie.

Die Darstellung der verschiedenen Modelle störungsspezifischer Verhaltenstherapie in Gruppen würde den Rahmen dieses Artikels sprengen. Wir beschränken uns hier auf die Darstellung der Dialektischen Verhaltenstherapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) nach Marsha Linehan (1993). Die DBT basiert auf einer Kombination von Einzeltherapie und Gruppentherapie. Sie ist kognitiv orientiert, verhaltensorientiert, auf den Erwerb von Fertigkeiten ausgerichtet und achtet auf ein Gleichgewicht zwischen Akzeptanz und Veränderung.

Die Gruppentherapie hat einen psychoedukativen Schwerpunkt. Sie erfordert von den Therapeuten eine aktiv anleitende und strukturierende Rolle. Die Therapie ist in vier Hauptmodule eingeteilt:

5.3 Gruppentherapie

Tabelle 5: Beispiele manualisierter störungsspezifischer Gruppen und Präventivgruppen

Panikstörung mit Agoraphobie	Schneider und Faber, 2002;
Soziale Phobie	Schmidt-Traub, 2000
Zwangsstörung	Wlazio, 1998
Alkoholabhängigkeit	Müller-Svitak et al., 2002
Essstörungen	Lindemeyer, 1999; Petry, 1996;
Depression	Schuhler und Baumeister, 1999
Schizophrenie	Jacobi et al., 1996
Somatoforme Störungen	Herrle und Kühner, 1994; Hautzinger, 1997
Borderline-Persönlichkeitsstörung	Roder et al., 2002
Selbstunsichere Persönlichkeitsstörung	Rief et al., 2002
Schlafstörungen	Linehan, 1993
Schmerz	Hinsch und Pfingsten, 1998;
Asthma bronchiale	Ullrich de Muynck, 1998
Sexuelle Funktionsstörungen	Backhaus und Riemann, 1999
Angehörigengruppen	Denecke und Kröner-Herwig, 2000
	Petermann und Warschburger, 2000
	Gromus, 2001
	Wiltz et al., 2001

3.5.1 Innere Achtsamkeit

Diese Fertigkeiten sind psychologische Varianten von Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsübungen. Es geht um das Erlernen von teilnehmender Beobachtung (Was-Fertigkeiten: Wahrnehmen, Beschreiben, Teilnehmen) um konzentriertes, wirkungsvolles Handeln und den Verzicht auf Bewertungen (Wie-Fertigkeiten).

3.5.2 Zwischenmenschliche Fähigkeiten

Dieses Modul zielt auf die Verbesserung der sozialen Kompetenz. Besondere Betonung wird auf das Herausarbeiten von Handlungszielen, Selbstachtung und die Orientierung an Beziehungen gelegt. Im Gegensatz zum konventionellen sozialen Kompetenztraining wird auch verdecktem Verhalten (störenden Gedanken und Gefühlen) besondere Beachtung geschenkt und geeignete Selbstinstruktionen entwickelt.

3.5.3 Bewusster Umgang mit Gefühlen

Dieses Modul unterstützt die Patienten dabei, Gefühle zu identifizieren und zu benennen. Typische Auslöser, emotionsleitende Gedanken und aus Emotionen abgeleitete Handlungstendenzen werden herausgearbeitet und so das Verstehen von Emotionen gefördert. Die Sinnhaftigkeit von „negativen“ Emotionen wird berücksichtigt. Die Therapeuten leiten Emotionsveränderung durch Umdenken, Exposition oder durch das Prinzip des entgegengesetzten Handelns an.

3.5.4 Stresstoleranz

In diesem Modul werden Fertigkeiten (Skills) vermittelt, die geeignet sind, innere Spannung zu reduzieren, ohne selbstschädigend zu sein. Die Intensität der Anspannung wird bei der Auswahl der Fertigkeiten besonders berücksichtigt.

Im Originalformat findet eine Gruppensitzung pro Woche mit einer Dauer von 150 Minuten über ein Jahr hinweg mit ambulanten Patienten statt. Die Gruppe wird von zwei Therapeuten geleitet. In Deutschland ist dieses Format für intensive stationäre Behandlung in verschiedenen Kliniken adaptiert worden. Hier werden meist drei Sitzungen pro Woche mit einer Dauer von 100 Minuten angeboten. Pro Modul stehen festgelegte Zeiträume zur Verfügung (je nach stationärer Einrichtung zwischen 2 und 4 Wochen). Methoden der Gruppe sind Erarbeitung von Wissen anhand von Handouts und Flipcharts, Gruppendiskussion, Selbstbeobachtungsaufgaben, Rollenspiele und andere praktische Übungen.

Ziele der Eröffnungsrunde bei der DBT sind, die Fortschritt bei den Hausaufgaben zu erfassen und persönliche Anliegen innerhalb des vorgegebenen Moduls zu benennen. Wichtige Erfahrungen und Übungsversuche, die Patienten mit den Themen und Ergebnissen der vergangenen Therapiesitzungen gemacht haben, können berichtet werden. In der Bearbeitungsphase werden die im Modul vorgegebenen Elemente vermittelt und eingeübt. Diese können zusätzlich durch Anliegen der Patienten individualisiert und ausgestaltet werden. Zum Abschluss der Gruppe werden Ergebnisse der Sitzung nochmals zusammengefasst („Was war heute für mich am wichtigsten?“). Um ein sanftes Ausklingen der Gruppe zu ermöglichen, können auch Entspannungsübungen, Visualisierungen, Meditation und Atemübungen eingesetzt werden.

3.6 Schwierigkeiten bei der Durchführung einer störungsspezifischen Gruppe

3.6.1 Mangelnde Berücksichtigung der komorbiden Erkrankungen

Der Einsatz der manualisierten störungsspezifischen Konzepte funktioniert am besten bei einer Klientel mit mittelschwerer Symptomausprägung. Komorbide Erkrankungen werden nicht berücksichtigt. Gerade in stationären Einrichtungen, in denen störungsspezifische Gruppen überwiegend eingesetzt werden, treffen wir aber Patienten mit hoher Komorbidität an. Diese Patienten sprengen häufig den Rahmen der vorgegebenen störungsspezifischen Gruppen. Lösungsmöglichkeiten bestehen in einer sorgfältigen Auswahl der in die Gruppe aufgenommenen Patienten oder in der Anpassung der Manuale an die Komorbidität. Besonders ist zu vermeiden, dass die gesamte Gruppe in ihren therapeutischen Fortschritten behindert wird.

3.6.2 Geringe Flexibilität bei individuellen Anliegen

Die konkrete manualisierte Vorgabe der Inhalte der einzelnen Therapiestunden lässt kaum Spielraum für die Bearbeitung individueller Anliegen der Gruppenteilnehmer. Therapeuten befinden sich von daher immer in dem Spannungsfeld, einerseits zum Aufbau der instrumentellen Gruppenbedingungen mit individuellen Anliegen zu arbeiten, andererseits diese einzugrenzen, um den Vorgaben des Manuals zu folgen. Bezüglich der instrumentellen Gruppenbedingungen sollten Therapeuten aus diesem Grund weniger die Selbstöffnung der Patienten als vielmehr die kooperative Arbeitshaltung und die Gruppenkohäsion fördern.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Was kann ich tun bei schwierigen Gruppensituationen, z.B. wenn die Gruppe schweigt?*
 - Überprüfe, ob die instrumentellen Gruppenbedingungen ausreichend etabliert sind!
 - Überprüfe, ob die Teilnehmer die Gruppenregeln verstanden haben und einhalten!
 - Vermeide Kurzinterventionen in der Eröffnungsrunde!
 - Sorge für Entlastung nach belastenden Episoden oder Themen in der Gruppe!
 - Vermeide Vermischung von verschiedenen Gruppentherapiemodellen!
 - Nimm Supervision in Anspruch!
2. *Wie kann ich die Gruppenmitglieder während der Arbeit des Fokuspatienten mit einbinden?*
 - durch Beobachtungsaufgaben
 - durch Übernahme von unterstützenden Rollen oder Modellen
 - durch Mitwirkung bei verhaltenstherapeutischen Methoden (z.B. Verhaltensanalyse, ABC-Modell, Rollenspiele)
 - durch zielorientiertes strukturiertes Feedback
3. *Was kann ich tun, um zu verhindern, dass Patienten aus der Gruppe laufen?*
 - Etabliere Regeln zum Umgang mit hoher emotionaler Anspannung!
 - Ermögliche kurze Auszeiten zur Spannungsreduktion!
 - Vermeide, Rauslaufen zu belohnen (z.B. durch Trösten, Aufmerksamkeit)!
 - Setze die Schwelle für Rauslaufen hoch (z.B. durch Information über die Auswirkungen auf die Mitpatienten und Gruppenablauf)!
 - Bitte den Patienten in der nächsten Stunde, sein Verhalten zu erklären!
4. *Wie gehe ich mit Außenseitern in der Gruppe um?*
 - Zeige dich solidarisch mit den Außenseitern, damit sie integriert werden können und fordere im nächsten Schritt ihre Mitarbeit ein!
 - Fördere Selbstöffnung des Außenseiters gegenüber der Gruppe!
 - Fördere Akzeptanz der Gruppe gegenüber dem Außenseiter!

5 Prüfungsfragen

1. Welche Modelle der Gruppentherapie gibt es?
2. Welche instrumentellen Gruppenbedingungen kennen Sie?
3. Was sind Wirkfaktoren der Gruppentherapie?
4. Welche unterschiedliche Bedeutung hat Gruppendynamik in einer interaktionsorientierten Gruppe im Vergleich zu einer zieloffenen VT Gruppe?
5. Für welche Indikationen werden manualisierte störungsspezifische Gruppenkonzepte angeboten?
6. Für welche Zielgruppen werden präventive Gruppenkonzepte angeboten?
7. Welche Voraussetzungen sind zum Aufbau einer störungsspezifischen Gruppe notwendig?

6 Literatur

a) zitierte Literatur

- Backhaus J, Riemann D: Schlafstörungen. Göttingen: Hogrefe, 1999
- Bateman A, Fonagy P: Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158:36-42
- Bednar RL, Kaul T: Experiential group research. In: Bergin AE, Garfield SL (eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley, 1994, 631-663
- D'Zurilla TJ, Goldfried MR: Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychology* 1971;78:107-126
- Denecke H, Kröner-Herwig B: Kopfschmerz-Therapie mit Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe, 2000
- Gromus B: Sexualstörungen der Frau. Göttingen: Hogrefe, 2001
- Hautzinger M: Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim: Beltz, 1997
- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG: *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford, 1999
- Herrle J, Kühner C: Depression bewältigen. Weinheim: Beltz, 1994
- Hinsch R, Pflingsten U: Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Weinheim: Beltz PVU, 1998
- Jacobi C, Thiel A, Paul T: Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie. Weinheim: Beltz, 1996
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D: Selbstmanagementtherapie. Berlin: Springer, 1996
- Lazarus AA: *Praxis der Multimodalen Therapie*. Tübingen: DGVT-Verlag, 1995
- Lieberman MA, Yalom ID, Miles MB: *Encounter groups: first facts*. New York: Basic Books, 1973
- Lindenmeyer J: Alkoholabhängigkeit. Göttingen: Hogrefe, 1999
- Linehan MM: *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford, 1993
- Müller-Svitak S, Reinecker H, Rief W, Fichter M: Kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlung von Patienten mit Zwangsstörungen: Ein stationäres Gruppentherapieprogramm. *Verhaltenstherapie* 2002;12:108-115
- Petermann F, Warschburger P: *Asthma bronchiale*. Göttingen: Hogrefe, 2000
- Petry J: *Alkoholismustherapie*. Weinheim: Beltz, 1996
- Rief W, Bleichhardt G, Timmer B: Gruppentherapie für somatoforme Störungen – Behandlungsleitfaden, Akzeptanz und Prozessqualität. *Verhaltenstherapie* 2002;12:183-191
- Roder V, Zorn P, Andros K, Pfammatter M, Brenner HD: *Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter*. Bern: Huber, 2002
- Schmidt-Traub S: *Panikstörung und Agoraphobie*. Göttingen: Hogrefe, 2000
- Schneider M, Faber S: *Angstbewältigung in der Gruppe. Ein Behandlungsmanual in 20 Schritten*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2002
- Schuhler P, Baumeister H: *Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch*. Weinheim: Beltz, 1999
- Ullrich D, Mynck R: *Assertiveness-Training-Programm. Anleitung für den Therapeuten*. München: Pfeiffer, 1998
- Wilfley D, Weissman MM, Ayres VE: *Interpersonal psychotherapy for group*. Dallas: Behavioral Sciences Research Press, 2001
- Wilz G, Adler C, Gunzelmann T: *Gruppenarbeit mit Angehörigen von Demenzerkrankten. Ein therapeutischer Leitfaden*. Göttingen: Hogrefe, 2001
- Wlazel Z: *Soziale Phobie. Eine Anleitung zur Durchführung einer Exposition in vivo*. Germering: Karger, 1998