



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser  
gesamtes Programm finden Sie unter  
[www.klett-cotta.de/schattauer](http://www.klett-cotta.de/schattauer)

Trautmann-Voigt ■ Voigt

# Mut zur Gruppentherapie!

---

---

**Mit Beiträgen von**

Dr. Sabine Trautmann-Voigt

Dr. med. Bernd Voigt

Dipl.-Päd. Dipl.-Psych. Monika Moll

Dipl.-Päd. Tanja Unterberg

Dipl.-Psych. Daniela Schulze

Dr. med. Martin Sachs

Trautmann-Voigt ■ Voigt

# Mut zur Gruppentherapie!

---

Das Praxisbuch für gruppen-  
affine Psychotherapeuten

Leitfäden – Interventionstipps – Antragsbeispiele  
nach der neuen PT-Richtlinie



Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de) bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: OM40028

### **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

### **Besonderer Hinweis**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

[www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

© 2019 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung eines Fotos von © Adobe Stock/seafarer81

Gesetzt von Kösel Media, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Marion Drachsel, Berlin

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

ISBN 978-3-608-40028-1

Auch als E-Book erhältlich

# Einleitung

Sabine Trautmann-Voigt und Bernd Voigt

## Warum haben wir dieses Praxisbuch für Gruppenpsychotherapeuten<sup>1</sup> geschrieben?

Wissenschaftliche Publikationen zur Gruppenbehandlung zeigen fast durchgängig Folgendes: Gruppen, die vor allem im stationären Kontext erforscht wurden, sind effektiv, aber bei Praktikern vor Ort in der ambulanten Niederlassung unbeliebt (Strauß, 2017, S. 179 ff.). Trotz attraktiver Bezahlung, zumindest seit der Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie am 01.04.2017, werden in der ambulanten Praxis wenige Gruppen- und noch viel weniger Kombinationsbehandlungen angeboten; dies trotz der über mehr als zehn Jahre mühsam erstrittenen Möglichkeit – unterstützt durch die Aktivitäten der Deutschen Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie (DFT; [www.dft-online.de](http://www.dft-online.de)) –, auch im Rahmen der psychodynamischen Antragspsychotherapie Einzel- und Gruppenbehandlungen frei zu kombinieren und sogar durch zwei Therapeuten im Team durchzuführen (s. auch Semmler, 2016).

Eigene Befragungen von Patienten zeigen, wie sehr von Gruppentherapie, vor allem von der Kombination Einzel- und Gruppenpsychotherapie, profitiert wird<sup>2</sup>, jedoch gibt es hierzu kein flächendeckendes Angebot und schon gar keine dem aktuellen wissenschaftlichen Standard angemessene Forschungsliteratur. Zu diesem Dilemma äußert sich Bernhard Strauß wie folgt:

*»Nicht alles, was klinisch gedacht wird und sich möglicherweise auch in der Praxis bewährt hat, kann nach heutigen Maßstäben als evidenzbasiert bezeichnet werden (vielleicht sollte dann eher von Eminenzbasierung die Rede sein). Umgekehrt sind Befunde der Forschung in jedem Fall auf ihre ›Praxistauglichkeit‹ hin zu überprüfen. Schließlich: Nicht alles, was mit empirischer Forschung bislang nicht belegt wurde, ist notwendigerweise falsch.«*

(Strauß, 2017, S. 181)

---

1 Die männliche Form wurde lediglich aus Gründen der flüssigeren Lesbarkeit gewählt und schließt alle Menschen mit ein.

2 Die in diesem Buch erstmals veröffentlichte Patientenbefragung (s. Kap. 5) stammt aus einer Zeit, als es noch keine Kombinationsbehandlungen gab, die über die Krankenkassen abgerechnet werden konnten; sie lag dem Gemeinsamen Bundesausschuss bei der entscheidenden Anhörung vor, in welcher es um die Etablierung der neuen Psychotherapie-Richtlinie ging (Trautmann-Voigt, 2013).

Was kann dann dieses Buch überhaupt leisten?

Wir möchten vor allem anderen *Anregungen zur selbstbewussten Durchführung von Gruppentherapien in der ambulanten Kassenpraxis* geben und wir möchten den niedergelassenen psychodynamisch arbeitenden Kollegen und Kolleginnen *Mut machen*, sich durch erfahrene Gruppentherapeuten anregen zu lassen, gerade durch die hier dargestellten *unterschiedlichen Möglichkeiten*, wie eine ambulante Gruppe auf der Basis der Psychodynamischen Psychotherapie und mithilfe integrierbarer Techniken (auch aus anderen Bereichen) geleitet werden kann.

Wir möchten Sie also gern auffordern:

Überlegen Sie sich ein individuell passendes Konzept für eine Psychotherapie-Gruppe in der eigenen Praxis und nutzen Sie gern die hier zusammengestellten Erfahrungen des Autorenteams, das Konzeptionsentwürfe, Praxishandreichungen, Leitfäden, Beispiele aus der Praxis für die Praxis sowie hilfreiche Arbeitsmaterialien und genehmigte Anträge zusammengestellt hat.

Alle Mit-Autoren, die jeweils eigene Arbeitsschwerpunkte entwickelt und sich in ihrer Praxis auf dem Land oder in der Stadt mit einer jeweils besonderen Klientel eingehend beschäftigt haben, wollen Ihnen, den interessierten Praktikern und Praktikerinnen, verdeutlichen, welche kreative Möglichkeiten sich für Erwachsene, Jugendliche und Kinder in einer Therapiegruppe ergeben können!

Dabei beinhaltet jedes Kapitel Anregungen, die auch für andere Altersgruppen oder Patienten mit verschiedenen Störungsbildern genutzt werden können.

Mit dem vorliegenden Buch werden also bewusst *unterschiedlich akzentuierte, tiefenpsychologisch fundierte Rahmenkonzepte für Gruppenbehandlungen im ambulanten Psychotherapie-Setting* vorgelegt, welche niedergelassene Psychotherapeuten als Begründungshilfen für ihre eigenen Antragsstellungen und als praktische Leitfäden für eigene Interventionsentwicklungen nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie nutzen können.

## **Auf welche Publikationen zur Praxis der Gruppenpsychotherapie konnten wir zurückgreifen?**

In zwanzig Jahren seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes gibt es im deutschsprachigen Raum kaum nennenswerte wissenschaftliche Veröffentlichungen zur psychodynamischen Gruppenpsychotherapie im ambulanten Setting (s. Strauß, 2017). Nur vereinzelt finden sich Theoriehandreichungen für Erwachsene (s. Übersichten in Janssen & Sachs, 2018, S. 96 ff., S. 206, S. 222 f., S. 226 ff.; Mattke, 2017, S. 95 ff.).

Und *nichts dergleichen* existiert für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie!

In älteren Lehrbüchern finden sich hauptsächlich allgemeine Hinweise auf stationäre, störungsspezifische und psychoedukative Gruppen sowie auf Milieugruppen (z. B. Steinhausen, 2000, S. 158, S. 242, S. 268). Es fehlen ganz und gar Erfahrungsberichte über Gruppenbehandlungen von Kindern und Jugendlichen

von niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen oder Praxishandbücher aus dem ambulanten Bereich zur psychodynamischen Gruppentherapie: nichts bei Heine- mann & Hopf (2008), nichts bei Poser (2010), nichts bei Warnke & Lehmkuhl (2011) und nichts bei Buchartz (2015). In keinem dieser vier Werke findet sich im Schlagwortverzeichnis überhaupt der Begriff Gruppentherapie. Im bekannten Gutachter-Leitfaden für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten von Boes- mann (2005) geht es auch nur um Individualanträge. Im integrativen Praxis- lehrbuch von Remschmidt et al. (2008) wird wenigstens auf störungsspezifische Gruppen im stationären Bereich bei Essstörungen, sexuellem Missbrauch, Sozial- verhaltensstörungen und Schizophrenie kurz hingewiesen, auch ein Gruppen- therapiemanual, von denen es zahlreiche im Bereich der Verhaltenstherapie gibt, wird skizziert.

Aber wo ist die psychodynamische Gruppentherapie ausführlich und praxis- bezogen beschrieben?

Zwar liegt seit Kurzem das ausgezeichnete Überblickswerk »Psychodynami- sche Gruppenpsychotherapie – Theorie, Setting und Praxis« (Janssen & Sachs, 2018) vor, jedoch beziehen sich Beispiele und Forschungsergebnisse fast aus- schließlich auf stationäres Arbeiten mit Erwachsenen, was die Bedingungen in der ambulanten Praxis des niedergelassenen Psychotherapeuten und noch weni- ger die des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abbildet.

Auch in dem 2009 erstmals und 2017 in dritter, überarbeiteter Auflage erschie- nenen Praxisleitfaden »Keine Angst vor Gruppen« von Mattke et al. (2017) finden sich lediglich ein einziger Unterpunkt zur »Effektivität von ambulanten Grup- pen« und nur ausschnittweise Beschreibungen von Verläufen und Dynamiken. Auf das mühsame Prozedere der Zusammenstellung einer ambulanten Gruppe wird ebenfalls nur am Rande hingewiesen. Einige Anmerkungen zur Erarbei- tung von Gruppenregeln oder zur Formulierung von Vereinbarungen sind vor- handen, aber keine Handreichung, etwa zum nicht immer einfach zu formulie- renden Antrag an den Gutachter zur Kostenübernahme für die Krankenkasse.

Auch in der klassischen psychoanalytischen Literatur findet sich wenig. Zu nennen wäre beispielhaft der in mehreren Auflagen erschienene Sammelband »Die Gruppe als Container« (Hirsch, 2010), der eher ein umfangreiches Theorie- werk mit erläuternden Praxisvignetten ist, die sich allerdings – bis auf zwei (s. Ped- rina, 2010, S. 168–192; Trautmann-Voigt & Voigt, 2010, S. 194–232) – im Rahmen der traditionellen psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie bewegen.

Schauen wir – last, but not least – einmal in Irvin Yalom's Bestseller »Im Hier und Jetzt. Richtlinien der Gruppenpsychotherapie« (Yalom, 2005), so werden dort die wichtigsten Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Grup- pen benannt, ohne dass allerdings nachfolgend eingehender auf die Spezifika ambulanter Gruppenkonstellationen eingegangen würde. Diese Unterschiede können so zusammengefasst werden:

1. kurze Therapiedauer in der Klinik versus Langzeittherapiemöglichkeiten im ambulanten Setting
2. häufiger Wechsel der Gruppenmitglieder auf Station versus lange Gruppen- zugehörigkeit der Mitglieder in einer ambulanten Praxis



3. breites Spektrum der Psychopathologie oder sehr störungsspezifische Klientel in Kliniken versus »individuelle Auswahl« der Gruppenmitglieder nach eigenen Kriterien durch den ambulanten Gruppentherapeuten
4. Gruppe als Teil eines umfassenden Behandlungsplans in der stationären Arbeit versus unabhängige Therapieeinheit in der ambulanten Praxis
5. Vertraulichkeit in der stationären Gruppe unterliegt anderen Regeln als in der ambulanten Praxis, wo Patienten untereinander meist keinen Kontakt außerhalb der Gruppensitzungen haben
6. Therapeuten im stationären Setting verfügen über mehr Informationen als Therapeuten im ambulanten Setting (zumindest zu Beginn der Behandlung, gegen Ende ist es eher umgekehrt)
7. stationäre Therapeuten haben meist mehrere Rollen inne, z. B. auch als Oberarzt, ambulante Therapeuten treten nur in ihrer Rolle als Psychotherapeuten auf
8. der Grad der Störung bei Klinikpatienten ist meist höher, sie sind verzweifelter, mutloser, vom eigenen Umfeld getrennt, was sich auf die Gruppe auswirkt; ambulant behandelte Gruppenpatienten leben im eigenen Kontext bei Erhalt der wichtigsten Ich-Funktionen zur Regelung ihres Alltags

## Wie ist das vorliegende Buch entstanden, was ist darin enthalten und was nicht?

Viele Diskussionen haben uns dazu geführt, kein neues Lehrbuch zur Gruppenpsychotherapie zu konzipieren oder ein psychodynamisches Manual zu entwickeln, was den Anschein erwecken könnte, es gäbe störungsspezifische oder altersspezifische »Rezepte«, wie »man« Gruppen »macht« – auch wenn darauf hingewiesen wird, dass *nicht* manualisierte und *nicht* störungsspezifische Konzepte für die Forschung *nicht mehr* interessant seien (Strauß, 2017, S. 182f.). So müssen wir also konstatieren, dass dieses Buch – leider – für die Wissenschaftler unter Ihnen uninteressant ist.

Im Rahmen der Weiterbildungen in Gruppenpsychotherapie an der Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie (KBAP) wurden auf der Basis wissenschaftlicher Überlegungen aber immer wieder praxiserprobte psychodynamisch fundierte Konzepte entwickelt. So konnten wir im Laufe der Jahre zahlreiche Kollegen mit der Qualifikation zur Abrechnung einzel- und gruppentherapeutischer Leistungen in ihre eigenständige Arbeit entlassen. Einige von ihnen sind nun seit Jahren als Dozenten am Institut tätig und stellten dankenswerterweise ihr fundiertes Erfahrungswissen für dieses Buch zur Verfügung.

Um ein ambitionierter Praktiker und psychodynamisch arbeitender Gruppenleiter zu werden, ist es bekanntermaßen wichtig, gute Gruppenerfahrungen genossen und z. B. die Wirkung von Interaktion, Handlungsdialog, Übungen zu spezifischen Themen, von komplexen Assoziationsketten in Gruppen am eigenen Leibe erfahren zu haben. Natürlich gibt es zur Fokussierung auf die gruppenspezifische Herangehensweise sodann die Notwendigkeit, eine entsprechende

Zusatzqualifikation mit Gruppenleitung unter Supervision und Theorieaneignung zu erwerben. All dies regeln die Auflagen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Zum Erwerb solch einer Zusatzqualifikation für die sozialrechtliche Abrechnungsgenehmigung in Gruppenpsychotherapie gibt es zahlreiche Curricula an anerkannten Aus- und Weiterbildungsstätten und diverse theoretische Literaturhinweise.

Ja, was ist denn nun bitte drin in diesem Buch, werden Sie fragen? Die Antwort lautet: Unsere Auswahl der hier zusammengestellten Artikel richtet sich nach folgenden drei Kriterien:

- Jedes Kapitel soll in sich geschlossen sein und die Arbeit mit einer anderen Alters- bzw. Personengruppe zeigen, um zu verdeutlichen, dass z. B. die interaktionelle Gruppentherapie auch eine Möglichkeit für ihren Einsatz im Kinder- und Jugendbereich darstellt, was unserer Kenntnis nach bisher so noch nicht konzipiert wurde (s. Kap. 1).
- Jedes Kapitel soll einen eigenen Anreiz schaffen, einzelne Interventionstechniken oder Methoden selbst auszuprobieren oder in das eigene psychodynamisch ausgerichtete Arbeitsfeld zu integrieren (z. B. durch umfassende Antragsmaterialien (s. Kap. 2 und Kap. 4).
- Jedes Kapitel soll im Vergleich zu den anderen Kapiteln die Andersartigkeit des Umgangs mit speziellen Individuen in einer jeweils speziellen Gruppenkonstellation zeigen, was die Grenzen evidenzbasierter Forschung in diesem Bereich einmal mehr aufweist und deutlich werden lässt, wie wichtig die Phänomenologie, also die möglichst genaue Beschreibung und selbstkritische Auswertung von Therapieprozessen, ist (s. Kap. 3).

So entstand vorliegendes *vierblättriges Kleeblatt von Möglichkeitsräumen*, sprich von unterschiedlichen gruppentherapeutischen Zugangsweisen, die eines jedoch miteinander verbindet: eine psychodynamische Grundperspektive, eine Anerkennung und Wertschätzung jeder Gruppe als einer komplexen und gleichzeitig einzigartigen Matrix und eine Bereitschaft, komplizierte Interaktionszusammenhänge auf der Basis theoretischer psychodynamisch-integrativer Konzepte wahrzunehmen, um diese (therapeutisch reflektierten) Wahrnehmungen dann wiederum im Dienste der Patientengruppe auch praktisch und selbstbewusst zur Intervention zu nutzen.

- Das fünfte und abschließende Kapitel enthält ein *Plädoyer für Kombinationsbehandlungen*. Eigene Patientenbefragungen zeigen, wie sehr diese nun in der Richtlinie erlaubte psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeit geschätzt wird! Wussten Sie, dass vier Jahre nach Inkrafttreten der Psychotherapie-Richtlinie, also schon 2021(!), überprüft werden soll, ob diese Form der Behandlung in der Praxis angenommen wurde und sich bewährt hat? – Wenig Zeit, die neuen Chancen zu nutzen!

## Warum dieses Buch für Sie von Interesse sein könnte und wir uns in der ambulanten Praxis neu orientieren sollten

Vielleicht entdecken Sie durch die Lektüre eines oder mehrerer Kapitel in diesem Buch etwas Neues, vielleicht finden Sie Anregungen für die Erweiterung Ihres Behandlungsspektrums – zumindest was die Umsetzung der Psychotherapie-Richtlinie seit April 2017 betrifft, die sich, wie erwähnt, ja leider »bewähren« muss – und dafür müssten sich ambulante Behandler etwas mehr auf Gruppen konzentrieren.

Im Allgemeinen hängt das vergleichsweise geringe Interesse an der tiefenpsychologisch fundierten (Richtlinien-)Psychotherapie in der Gruppe natürlich mit der Komplexität von Gruppenprozessen zusammen, im Besonderen aber mit der bis vor Kurzem bestehenden Schwierigkeit bei der Kassenabrechnung von Gruppen.

Es spielen jedoch unseres Erachtens noch die folgenden Faktoren eine Rolle:

- **Die Geschichte der psychodynamischen Gruppenbehandlung ist im ambulanten Bereich extrem kurz, vor allem im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie!**

Historisch betrachtet gibt es tiefenpsychologisch fundierte Behandlungen von Kindern und Jugendlichen in Gruppen überhaupt erst seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes, also seit 1998/99. Im ambulanten Setting existierte vorher lediglich die »analytische Kindertherapie«, die im extrem dyadisch angelegten Einzelsetting stattfand – das hat die Profession der Therapeuten in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie geprägt.

Sodann gab es freie »spieltherapeutische« bzw. »psychagogische« oder ergotherapeutische oder psychomotorische Gruppenangebote, die aber alle nicht als Psychotherapie im engeren Sinne, nämlich als (von den Krankenkassen bezahlte) Behandlungen von psychischen Erkrankungen, galten. Erst nach 1998/99 wurde also die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als modernes, eigenständiges, fokusorientiertes Verfahren an den neu entstandenen staatlich anerkannten Ausbildungsstätten, vor allem für die ambulante Behandlung von Kindern und Jugendlichen und deren Familien – und Bezugssystemen, teilweise neu konzipiert bzw. für bestimmte Zielgruppen weiterentwickelt (s. [www.dft.de](http://www.dft.de); die DFT versammelt derzeit 27 anerkannte Institute unter ihrem Dach) (Poser, 2010; Trautmann-Voigt & Moll, 2011). Diese überaus kurze Entwicklungslinie wird häufig vergessen, ist aber die Hauptursache dafür, dass kaum Literatur zu diesem Themenkomplex vorliegt und nur wenige tiefenpsychologisch arbeitende Kollegen Gruppen anbieten. Im Rahmen der Erlangung der neu entstandenen Fachkunde »tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie« gibt es auch erst seit zwanzig Jahren die für diesen Bereich neue »Ergänzungsqualifikation Gruppenpsychotherapie« für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Plötzlich war dadurch eine neue Form von Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen sozialrechtlich anerkannt und wurde von den Krankenkassen bezahlt; es existieren aber bis heute

immer noch vergleichsweise wenige ausgebildete Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die als Gruppenpsychotherapeuten weitergebildet sind! Man muss dies anno 2019 in Erinnerung rufen, da sowohl die tiefenpsychologische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als auch dieselbe eigenständige tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie gerade einmal volljährig geworden ist. Und erst seit dem 01.04.2017 gilt diese neue Psychotherapie-Richtlinie, die unter anderem Kleingruppen (ab drei bis vier Kindern) sowie Kombinationsbehandlungen bei Kindern und Jugendlichen durch zwei Therapeuten mit einem gemeinsamen Antragsverfahren bei den Krankenkassen möglich macht. Kein Wunder also, dass wir in gewisser Weise mit diesem Buch Neuland betreten, wenn wir zu tiefenpsychologischen Gruppenbehandlungen aus der ambulanten Praxis Beispiele und Leitlinien vorlegen!

- **Universitäres Desinteresse verfehlt aktuelle Praxis von Psychodynamikern!**  
Ein weiterer Grund, warum es kaum Veröffentlichungen zu psychodynamisch fundierten Gruppenbehandlungen mit Kindern und Jugendlichen gibt und nur wenige Überblicke in Standardwerken der Tiefenpsychologie zur Behandlung von Gruppen im Erwachsenenalter zu finden sind (z. B. in Wöller & Kruse, 2015), liegt in der universitären Situation in Deutschland. Die Lehrstühle in klinischer Psychologie sind seit Jahren von Verhaltenstherapeuten besetzt, deren Interesse in keiner Weise auf die ambulante Versorgungspraxis, schon gar nicht in einem anderen als dem eigenen Richtlinienverfahren, gerichtet ist, noch dazu in Settings, die sich schwer mit den Mitteln des modernen, rein naturwissenschaftlich ausgerichteten, evidenzbasierten Forschungsparadigmas kontrollieren lassen. Und die psychosomatischen Mediziner, die zwar größtenteils als Psychodynamiker universitäre Lehrstühle besetzen, arbeiten eben fast ausschließlich in stationären Settings, nicht in der ambulanten Versorgung und schon gar nicht mit Kindern und Jugendlichen in Gruppen! Fazit: Das Thema, dem wir uns mit diesem Buch widmen, kommt in der universitären Forschung derzeit nicht vor.
- **Was die meisten Praktiker kennen, ist eine gruppenfeindliche Psychotherapie-Richtlinie, die quasi alle derzeit Niedergelassenen geprägt hat!**  
Die Psychotherapie-Richtlinien sahen bis 2017 tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie in der Gruppe vor, »sofern die Interaktion zwischen mehreren Kranken therapeutisch erforderlich ist und die Gruppendynamischen Prozesse entsprechend genutzt werden« (Psychotherapie-Richtlinie 2009, § 19, Satz 2, B II.2, G-BA, 2009). In den Richtlinien war auch die Gruppengröße von sechs bis neun Teilnehmern geregelt bzw. vorgeschrieben (Psychotherapie-Richtlinie 2009, § 19, B II.5, G-BA, 2009). Anders als in der Verhaltenstherapie war bis dahin eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche immer noch ausgeschlossen. Allerdings konnte solch eine Kombination mit einem Trick beantragt werden: als »niederfrequente Therapie in einer längerfristigen, Halt gewährenden therapeutischen Beziehung« (Psychotherapie-Richtlinie 2009, § 19, B I.1.1.1.4, G-BA,

2009), »auf der Basis eines besonders begründeten Erstantrags« (Psychotherapie-Richtlinie 2009, § 19, B II.6, G-BA, 2009). Der Leistungsumfang lag normalerweise bei 40–60 Doppelstunden, in besonderen Fällen sogar bei 80 Doppelstunden. Maximal nach jeder zehnten Gruppensitzung durfte eine Einzelsitzung stattfinden – und das Ganze musste im Erstantrag schon beantragt werden – ob es genutzt werden würde oder nicht. Die Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gaben ab etwa 2012 den Anstoß zur Änderung dieser Richtlinie. Die praxisorientierten Stellungnahmen aus der DFT sowie Expertenbefragungen und Forschungsbefunde, die vom international veröfentlichenden Gruppentherapeuten und Wissenschaftler Prof. Bernhard Strauß zusammengetragen wurden, haben dann zur Änderung der Richtlinie für die psychodynamische Psychotherapie geführt: Sie ist nun flexibler, offener, mit der Verhaltenstherapie auf Augenhöhe und somit auch vergleichbar mit anderen Verfahren (s. Kap. 5).

Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der Gruppe gab es übrigens in der alten Psychotherapie-Richtlinie gar keine besonderen Ausführungen – sie fand demnach in der Praxis so gut wie überhaupt nicht statt! Beginnend mit dem Jahr 2013 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss zwar eine erste Anpassung der tiefenpsychologisch fundierten Gruppenpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen an die Verhaltenstherapie in der Gruppe vorgesehen und es durften ab 2013 auch Kleingruppen mit drei bis vier Kindern eingerichtet werden (G-BA 2013), aber wirklich ändern sollten sich die sozialrechtliche Praxis und damit die Möglichkeit, auch für Kinder und Jugendliche Gruppen flexibel wie bei den Erwachsenen abzurechnen, eben erst ab dem zweiten Quartal 2017!

Aktuell stellt sich als neue Herausforderung, sinnvolle Verbindungen von Einzel- und Gruppenpsychotherapie auch im ambulanten tiefenpsychologisch fundierten Setting zu konzipieren und zu beantragen, denn es wird innerhalb von nur vier Jahren überprüft werden, ob diese Richtlinien-Reform in der Praxis angenommen wird. Es besteht die Sorge, dass bis dahin zu wenige Gruppentherapien und Kombinationsbehandlungen beantragt werden (s. Semmler, 2016, S. 149).

- **Die moderne Gesellschaft ist individualistisch geprägt und anders sozial vernetzt als früher.**

Ein vierter Grund für wenige ambulante Gruppenbehandlungen, vor allem bei Kindern und Jugendlichen, scheint auch eine abnehmende gesellschaftliche Akzeptanz von »ambulanter Gruppentherapie« zu sein – zumindest ist dies als gewisse klinische Evidenz im ambulanten Wirkungsbereich der Autoren und nach einer (nicht veröffentlichten) Befragung der DFT-Ausbildungsinstitute von 2017 anzunehmen. Dieser Tatbestand ist ein bedauerliches Manko, da die gesellschaftlichen Herausforderungen, in heterogen zusammengesetzten Gruppen agieren zu müssen, weiter zunehmen werden. Jedoch ist das steigende Interesse an internetbasierter Kommunikation durchaus auch für ein anderes Gruppenverhalten in der Freizeit verantwortlich und Umgangsformen, die

eine Gruppentherapie kennzeichnen, sind für manchen Patienten schlicht und einfach fremd. Es bedarf also neuer Motivationsstrategien, wenn man sich auf das Abenteuer einer Gruppe in der ambulanten Praxis einlassen will.

## Was erwartet Sie in diesem Buch im Einzelnen?

Im **ersten Kapitel** stellen Sabine Trautmann-Voigt und Bernd Voigt unter Mitarbeit von Elvira Chevally und Barbara Kunz in ihrem einführenden Beitrag »**Gruppenpsychotherapie – ein psychodynamisch-integrativer Konzeptentwurf – auch für die ambulante Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen**« einen Ansatz der Gruppenpsychotherapie vor, der sich seit über zwanzig Jahren als Basis für die praxisnahe gruppenpsychotherapeutische Weiterbildung an der Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie bewährt hat. Hier wird vor allem auf die interaktionelle Methode nach dem Göttinger Modell und mögliche Varianten unter Einschluss allgemeiner Überlegungen zur Gruppendynamik und allgemeiner Wirkfaktoren abgezielt. Eine Übertragung dieses Konzepts auf den Kinder- und Jugendbereich wird hier erstmals systematisch vorgenommen. Die Praxisbeispiele aus der Gruppentherapie stammen daher aus diesem Bereich und zu großen Teilen aus der ambulanten Zusammenarbeit von Elvira Chevally und Barbara Kunz. Die diagnostisch einordnenden Leitlinien und Antragsbeispiele gründen auf operationalisierbaren, psychodynamischen Ausbildungsleitlinien der Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie, was Konflikt- und Struktur-dynamik sowie interaktionsanalytische Aspekte, wie reziproke Beziehungsanalysen, umfasst. Der Umgang mit unterschiedlichen psychodynamisch begründeten Interventionstechniken – wie z. B. Spiegeln, Klarifizieren, Deuten – wird an Praxisbeispielen veranschaulicht und lädt zur Erprobung ein. Die Beschreibung eines Gruppenverlaufs hebt besonders die Phasenstruktur in dieser Gruppe hervor und verweist auf die integrative Perspektive des Konzepts, beispielsweise durch den gezielten Einbezug eines Manuals aus der Verhaltenstherapie im Rahmen dieser psychodynamisch geführten Gruppe mit Mädchen. Viele dieser Beispiele sind auf Gruppen im Erwachsenenbereich übertragbar.

Im **zweiten Kapitel** stellt Daniela Schulze in ihrem Beitrag »**Gruppenpsychotherapie – ein psychodynamisch-integrativer Konzeptentwurf und Leitlinie für die ambulante Psychotherapie mit Erwachsenen**« Aufbau, Organisation und Verlauf einer gruppentherapeutischen Behandlung von neun Erwachsenen in einer gemischtgeschlechtlichen Gruppe im Rahmen einer ländlichen ambulanten Praxis vor. Settingfragen, die Auswahl der Mitglieder, genaue Interventionsbeschreibungen z. B. zum Beginn eines Gruppenprozesses oder gut nachvollziehbare Überlegungen zu Verlaufsinterventionen lassen die einzelnen Charaktere und ihre Interaktionsgewohnheiten lebendig werden. Schwerpunkt dieses Kapitels ist die Beantwortung der Frage: Wie haben sich die (unbewussten Konflikt-) Themen der einzelnen Mitglieder, bezogen auf die elf Wirkfaktoren nach Irvin Yalom, entfaltet? Auch dieser individuelle Konzeptentwurf nimmt für sich eine psychodynamisch-integrative Perspektive in Anspruch. Es kommt darauf an,



dass man das, was man integrieren will, reflektierend fokussiert und dabei die psychodynamische Grundorientierung aufrechterhält (s. Trautmann-Voigt & Voigt, 2017). Möglichkeiten und Grenzen der neuen Psychotherapie-Richtlinie hinsichtlich gruppentherapeutischer Behandlungen werden in diesem Kapitel ausgiebig diskutiert. Systematisch erfolgt zudem eine epikritische Würdigung der ursprünglichen Zielsetzung. Reichhaltiges Material für die Nutzung in der eigenen Praxis wird in Form von Analogiemustern bzw. Kopiervorlagen beigefügt.

Das **dritte Kapitel** beschäftigt sich mit jungen Männern bzw. pubertierenden Jugendlichen, die in drei Gruppen über einen Zeitraum von ungefähr eineinhalb Jahren therapeutisch begleitet wurden. In »**Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapie mit männlichen Adoleszenten**« bezieht sich Martin Sachs auf drei unterschiedliche Gruppenkonstellationen (die der 13- bis 15-Jährigen, die der 16- bis 18-Jährigen und die der 18- bis 25-Jährigen). Dabei wird deutlich, wie anders diese Gruppenkonstellationen im Vergleich untereinander sind, aber auch hinsichtlich einer Mädchengruppe (s. Kap. 1) oder einer gemischten Erwachsenengruppe (s. Kap. 2): Genderaspekte, die in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter unterschiedlich virulent sind; Probleme, solche Gruppen von jungen Männern heutzutage überhaupt zustande zu bekommen, und eine Reihe (selbst-)kritischer Anmerkungen verweisen auf real oft auftretende Schwierigkeiten bei der Konzeptualisierung von ambulanten Gruppen. Drei Beispiele für Musteranträge an den Gutachter und drei ausgearbeitete Leitlinien zur Diagnostik hingegen machen wieder Mut, sich auch einmal auf eine Gruppe mit männlichen Probanden einzulassen.

Im **vierten Kapitel** greifen Monika Moll und Sabine Trautmann-Voigt unter Mitarbeit von Tanja Unterberg auf bereits bewährte Leitlinien für eine psychodynamische und interaktionsorientierte Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapie zurück (Trautmann-Voigt & Moll, 2011). In ihrem Beitrag »**Gruppenpsychotherapie mit Müttern**« wird auf das Bonner Modell der Interaktionsanalyse von Trautmann-Voigt & Voigt (2012) fokussiert und die Umsetzung der Arbeit mit angeborenen Systemzuständen (States) und mit angeborenen Motivationsystemen auf diese Zielgruppe übertragen. Auch hier werden der Aufbau der Gruppe, die spezielle Auswahl von körperpsychotherapeutischen und interaktionsanalytischen Elementen, die in die psychodynamische Gruppentherapie integriert werden, sowie ein überaus stark strukturierter Aufbau der Gruppensitzungen reflektiert und möglichst realitätsnah beschrieben. Die Materialsammlung, die diesem Kapitel beigefügt ist, ist für fast jede Gruppe einsetz- bzw. adaptierbar. Sie umfasst Arbeitsblätter zum Kennenlernen, zur Kontaktaufnahme, zu Gruppenregeln, zu den Grunddeterminanten des Seins: Raum, Kraft, Zeit, zu Motivationssystemen und States, zu Bindung und Exploration, zu Basisaffekten und Mentalisierung, zu Angst und Trauer, Aggression und Konflikt, Stress und Stressbewältigung, Selbstwert und Selbstfürsorge sowie Genießen und Genuss.

Das **fünfte Kapitel** von Sabine Trautmann-Voigt und Bernd Voigt »**Zur Kombination von Einzel- und Gruppentherapie im tiefenpsychologischen Setting**« zeigt die bisher im Rahmen der Deutschen Fachgesellschaft für tiefenpsycho-

logisch fundierte Psychotherapie/Psychodynamische Psychotherapie (DFT) und des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Vorfeld der Reform der Psychotherapie-Richtlinie dargebotenen Ergebnisse einer Befragung von eigenen Patienten über ihre Einschätzung der Wirksamkeit einer Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung im ambulanten Setting in Bonn. Gerade diese Einschätzung durch Betroffene kann besonders Mut machen, die Chancen, welche die neue Richtlinie für »gruppenaffine« Psychodynamiker eröffnet hat, zu nutzen.

Wir danken an dieser Stelle allen Mit-Autoren und allen Kollegen herzlich für ihr Engagement sowie allen Menschen, die uns angeregt und ermutigt haben, dieses Buch überhaupt in Angriff zu nehmen. Unser besonderer Dank geht an Wulf Bertram, der uns einmal mehr, nun im neuen Verlag bei Klett-Cotta, wie immer zuverlässig und fachkompetent begleitet hat, und an Marion Drachsel für das sorgfältige Lektorat. Zudem danken wir Catharina Obernolte für die Hilfe bei Formatierungs- und Korrekturarbeiten.

Wir wünschen Ihnen nun eine anregende Lektüre und hoffen, durch die Zurverfügungstellung von reichlich Praxisanleitungen und Anschauungsmaterial möglichst viele Kolleginnen und Kollegen in der ambulanten Praxis ermutigen zu können, sich mit Freude auf das »Abenteuer Gruppentherapie« einzulassen.

**Bonn, im Frühjahr 2019**  
**Für das gesamte Autorenteam**  
**Sabine Trautmann-Voigt und Bernd Voigt**

## Literatur

- Boesmann, U. (2005). Psychoanalytisch und tiefenpsychologisch fundierte Berichte an den Gutachter schnell und sicher schreiben – Mit Berücksichtigung der ICD-10 und OPD sowie Anträgen zur Kurzzeittherapie und Anträgen bei Kinder und Jugendlichen. Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.
- Buchartz, A. (2015). Psychodynamische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. 2. akt. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (Hrsg) (2009). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). Fassung vom 19.02.2009. Veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 58 (S. 1399) vom 17.04.2009. [www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20/) (letzter Zugriff: 19.02.2019).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (Hrsg) (2013). Angebot von Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen wird künftig erleichtert. Pressemitteilung Nr. 15. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss 2013. [www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/484/](http://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/484/) (letzter Zugriff: 19.02.2019).
- Heinemann, E., Hopf, H. (2008). Psychische Störungen in Kindheit und Jugend: Symptome – Psychodynamik – Fallbeispiele – psychoanalytische Therapie. 3. überarb. Aufl. Kohlhammer.
- Hirsch, M. (2010). Die Gruppe als Container. Mentalisierung und Symbolisierung in der analytischen Gruppenpsychotherapie. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.



- Janssen, P. L. & Sachs, G. (2018). *Psychodynamische Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Mattke, D. (2017). Durchführung einer psychodynamischen Gruppenpsychotherapie. In: Mattke, D., Reddemann, L. & Strauß, B. (Hrsg.). *Keine Angst vor Gruppen! Gruppenpsychotherapie in Praxis und Forschung. Leben Lernen 217*. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mattke, D., Reddemann, L. & Strauß, B. (Hrsg.) (2017). *Keine Angst vor Gruppen! Gruppenpsychotherapie in Praxis und Forschung. Leben Lernen 217*. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 179–277.
- Pedrina, F. (2010). Konflikte der frühen Elternschaft – Verarbeitungsprozesse in einer Mutter-Säuglings-Gruppe. In: Hirsch, M. (Hrsg.). *Die Gruppe als Container. Mentalisierung und Symbolisierung in der analytischen Gruppenpsychotherapie*. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Poser, M. (2010). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Schattauer.
- Remschmidt, H., Matteja, F. & Warnke, A. (2008). *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Semmler, K. (2016). Kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie im Spannungsfeld zwischen Arbeitsbündnis und Übertragungsgagieren. In: *Kombination Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Themenheft. PDP Psychodyn Psychother 3*: 140–149.
- Steinhausen, H. C. (2000). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. 4. neu bearb. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer.
- Strauß, B. (2017). Evidenzbasierte Gruppenpsychotherapie: Ergebnisse der Gruppenpsychotherapieforschung. In: Mattke, D., Reddemann, L. & Strauß, B. (Hrsg.). *Keine Angst vor Gruppen! Gruppenpsychotherapie in Praxis und Forschung. Leben Lernen 217*. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Trautmann-Voigt, S. (2013). DFT-Entwurf, vorgelegt zur Diskussion anlässlich der Expertenbefragung im G-BA, 08. 10. 2013. *Tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie in der ambulanten Psychotherapie (mündliche Darstellung und Folien)*.
- Trautmann-Voigt, S. & Moll, M. (2011). *Bindung in Bewegung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (2010). Gruppenpsychotherapie im Rhythmisch-Dynamischen Handlungsdialog. *Mentalisierung im Spiegel der Bewegung*. In: Hirsch, M. (Hrsg.). *Die Gruppe als Container. Mentalisierung und Symbolisierung in der analytischen Gruppenpsychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (Hrsg.) (2017). *Embodiment – verkörpertes Selbst und Affektregulation*. In: *Psychodynamische Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Ein integratives Praxishandbuch*. Stuttgart: Schattauer.
- Warnke, A. & Lehmkuhl, G. (2011). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland*. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Wöller, W. & Kruse, J. (2015). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer.
- Yalom, I. D. (2005). *Im Hier und Jetzt. Richtlinien der Gruppenpsychotherapie*. 2. Aufl. München: Btb Verlagsgruppe Random House.

## **Anschriften der Autoren**

### **Dr. Sabine Trautmann-Voigt**

Köln Bonner Akademien für Psychotherapie und Verhaltenstherapie  
Wenzelgasse 35  
53111 Bonn  
s.trautmann-voigt@kbap.de

### **Dr. med. Bernd Voigt**

Medizinisches Versorgungszentrum für Psychotherapie, Psychosomatik  
und Psychiatrie Bonn GmbH  
Bertha-von-Suttner-Platz 6  
53111 Bonn  
b.voigt@kbap.de

### **Dipl.-Päd. Dipl.-Psych. Monika Moll**

Überwasserstraße 9b  
48268 Greven – Gimble  
monimoll@t-online.de

### **Dipl.-Päd. Tanja Unterberg**

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
Lungengasse 26–30  
50676 Köln  
tanja.unterberg@gmail.com

### **Dipl.-Psych. Daniela Schulze**

Psychotherapeutische Praxis  
Kaiserstraße 45  
51454 Waldbröl  
daniela.schulze@online.de

### **Dr. med. Martin Sachs**

Im Wiesengrund 15  
53489 Sinzig

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen</b> .....	<b>1</b>
	Sabine Trautmann-Voigt, Bernd Voigt unter Mitarbeit von Elvira Chevally und Barbara Kunz	
<b>1.1</b>	<b>Einordnung gruppentherapeutischen Vorgehens</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2</b>	<b>Gesellschaftliche Erfordernisse für die gruppentherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen</b> .....	<b>4</b>
<b>1.3</b>	<b>Das Göttinger Modell der Interpersonellen Psychotherapie in unserer Rezeption</b> .....	<b>6</b>
<b>1.4</b>	<b>Indikationsstellung für eine Gruppenpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen</b> .....	<b>11</b>
<b>1.5</b>	<b>Theorie-Bausteine für eine integrative Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen</b> .....	<b>13</b>
<b>1.6</b>	<b>Allgemeine Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie und das »Besondere« einer psychodynamisch-integrativen Gruppe mit Kindern und Jugendlichen</b> .....	<b>17</b>
<b>1.7</b>	<b>Behandlungstechniken</b> .....	<b>27</b>
<b>1.8</b>	<b>Der Therapieprozess</b> .....	<b>37</b>
	<b>Anhang Kapitel 1</b> .....	<b>55</b>
<b>2</b>	<b>Gruppenpsychotherapie mit Erwachsenen</b> .....	<b>81</b>
	Daniela Schulze	
<b>2.1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>81</b>
<b>2.2</b>	<b>Das Setting der Gruppentherapie</b> .....	<b>81</b>
<b>2.3</b>	<b>Die Therapeutin</b> .....	<b>82</b>
<b>2.4</b>	<b>Struktur und Interventionen zu Ablauf und Inhalt</b> .....	<b>82</b>
<b>2.5</b>	<b>Vorüberlegungen zur Auswahl der Teilnehmer und Planung der Intervention</b> .....	<b>85</b>
<b>2.6</b>	<b>Der Therapieprozess</b> .....	<b>91</b>
<b>2.7</b>	<b>Planung von Gruppen nach den Psychotherapie-Richtlinien</b> .....	<b>114</b>

<b>Anhang Kapitel 2</b> .....	120
A1: Anträge .....	120
A2: Eckdaten/Leitlinien zur psychodynamischen Diagnostik und Interventionsplanung .....	128
A3: Rundbrief vor Beginn der Gruppentherapie .....	140
A4: Therapievorphase .....	142
A5: Informationen zur Gruppe .....	143
A6: Übungen und Informationsblätter .....	146
<b>3 Gruppenpsychotherapie mit männlichen Adoleszenten</b> .....	151
Martin Sachs	
<b>3.1 Einleitung</b> .....	151
<b>3.2 Gruppenzusammensetzung und Auswahl der Teilnehmer</b> .....	151
<b>3.3 Gruppentherapie im Gutachterverfahren</b> .....	153
<b>3.4 Gender und Lebensaufgaben</b> .....	154
<b>3.5 Der Therapieprozess</b> .....	159
<b>3.6 Zusammenfassung</b> .....	166
<b>Anhang Kapitel 3</b> .....	169
A1: Klinische Leitlinien zur interaktionsorientierten psychodynamischen Diagnostik und Interventionsplanung .....	169
A2: Anträge einer tiefenpsychologisch fundierten Jugendlichen- Langzeittherapie in der Gruppe .....	178
A3: Vereinbarung zur Gruppentherapie .....	187
<b>4 Gruppenpsychotherapie mit Müttern</b> .....	189
Monika Moll unter Mitarbeit von Sabine Trautmann-Voigt und Tanja Unterberg	
<b>4.1 Einleitung</b> .....	189
<b>4.2 Entwicklung der Konzeption</b> .....	190
<b>4.3 Ziele der Gruppenpsychotherapie für Mütter</b> .....	196
<b>4.4 Die Vorzüge einer Gruppe</b> .....	197
<b>4.5 Die Gruppenleiterin</b> .....	198
<b>4.6 Ablauf der Gruppensitzungen</b> .....	199
<b>4.7 Themen der Gruppensitzungen – Überblick</b> .....	200

<b>4.8</b>	<b>Der Therapieprozess</b> .....	200
<b>4.9</b>	<b>Resümee des Gruppenprozesses</b> .....	229
<b>4.10</b>	<b>Beispiel Erik, Sohn von Frau Sonja</b> .....	231
<b>4.11</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	234
	<b>Anhang Kapitel 4</b> .....	237
	A1: Material 1. Sitzung – Kennenlernen und Kontakt .....	237
	A2: Material 2. Sitzung – Menschliche Systemzustände .....	241
	A3: Material 3. Sitzung – Grunddeterminanten Raum – Kraft – Zeit .....	244
	A4: Material 4. Sitzung – Menschliche Motivationssysteme .....	246
	A5: Material 5. Sitzung – Bindung und Exploration .....	253
	A6: Material 6. Sitzung – Basisaffekte und Gefühle .....	256
	A7: Material 7. Sitzung – Angst und Trauer .....	258
	A8: Material 8. Sitzung – Wut, Aggression und Konflikte .....	261
	A9: Material 9. Sitzung – Stress und Stressbewältigung .....	263
	A10: Material 10. Sitzung – Selbstwertgefühl, Selbstfürsorge, Genießen und Genuss .....	265
<b>5</b>	<b>Zur Kombination von Einzel- und Gruppentherapie im tiefenpsychologischen Setting</b> .....	267
	Ergebnisse und Anregungen für Kombinationsbehandlungen nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie Sabine Trautmann und Voigt Bernd Voigt	
<b>5.1</b>	<b>Zweckmäßigkeit der Kombinationen von Einzel- und Gruppentherapie nach der neuen Psychotherapie-Richtlinie</b> .....	267
<b>5.2</b>	<b>Resümee unserer Erfahrungen</b> .....	271
<b>5.3</b>	<b>Ein Projekt der Integrierten Versorgung als Kombination von Einzel- und Gruppenbehandlung bei depressiven Patienten mit dem Ziel der schnellen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit</b> ..	277
<b>5.4</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	286
	<b>Sachverzeichnis</b> .....	291

# 1 Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

Sabine Trautmann-Voigt, Bernd Voigt unter Mitarbeit von Elvira Chevally und Barbara Kunz

## 1.1 Einordnung gruppentherapeutischen Vorgehens

Kennzeichen gruppentherapeutischer Verfahren ist, dass *viele Andere* präsent sind, die entweder wie Geschwister als Rivalen oder wie Verbündete, je nach Konflikt und Reifegrad des Patienten, erlebt werden. Die singuläre Eins-zu-Eins-Beziehung in der Einzeltherapie wird dabei zugunsten einer Mehrpersonensperspektive aufgegeben. Schon bei Moreno (1959) galt – und gilt bis heute in psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Gruppen – die Regel der freien Interaktion, die besagt, jeder solle so freimütig wie irgend möglich sprachlich mit den anderen Teilnehmern in Verbindung treten. Während entgegen dieser Regel Arbeitsgruppen durch die Bewältigung einer gemeinsamen Aufgabe mit einer klaren Zielvorgabe gekennzeichnet sind, ist die Therapiegruppe nach dem Prinzip der *Minimalstrukturierung* gekennzeichnet. Das Verhalten des Therapeuten richtet sich mehr oder weniger nach den ursprünglich psychoanalytisch definierten Prinzipien der Anonymität und Abstinenz. Diese beinhalten:

- keine oder wenige Informationen über das Leben und die Person des Therapeuten
- Verzicht auf narzisstische, libidinöse oder aggressive Bedürfnisse
- frei schwebende Aufmerksamkeit
- Unparteilichkeit allen Patienten gegenüber

Allerdings stellen sich heutzutage darüber hinaus zwei grundsätzliche Fragen:

1. Wie wird dem Phänomen der Pluralität Rechnung getragen?
2. Wie wird versucht, unterschiedlichen Krankheitsgruppen und Störungsbildern gerecht zu werden?

Wir kommen darauf zurück.

Gruppen finden sich in den verschiedensten Settings – nicht alle sind psychotherapeutisch in einem engeren Sinne definiert, z. B.:

- natürliche Gruppen
- Familientherapiegruppen
- Teams
- Institutionsberatungsgruppen
- Selbsthilfegruppen
- Therapiegruppen im stationären Setting, auch als Musiktherapie, Gestaltungs-

therapie, Tanztherapie, Psychoedukation oder Dialektisch-Behaviorale Therapie

- ambulante Therapiegruppen
- Kinder- und Erwachsenengruppen in der Beratung
- Coaching-Gruppen
- offene, halboffene oder geschlossene Gruppen

Ende des 18. Jahrhunderts wurden in Paris erstmals Theateraufführungen zu psychischen Themen inszeniert: Philippe Pinel versuchte in einem sogenannten psychodramatischen Prozess einen Menschen von der Zwangsvorstellung zu befreien, er müsse durch die Guillotine sterben. Anfang des 19. Jahrhunderts wurden in einigen süditalienischen Psychiatrien, z. B. in Palermo und Neapel, eigene Theater für die Patienten gebaut und Ende des 19. Jahrhunderts regte Pierre Janet zur Wiederholung traumatischer Ereignisse durch szenische Inszenierungen an, um kathartische/befreiende Prozesse bei Patienten auszulösen. Im Schweizer Sanatorium Bellevue, das 1857 von Ludwig Binswanger (d. Ä.) gegründet wurde, findet sich der Ursprung der sogenannten *therapeutischen Gemeinschaft*. Bekannt wurde in der Medizin der Arzt Joseph H. Pratt, der ab 1905 im Massachusetts General Hospital in Boston seine Tuberkulose-Patienten in Gruppen zusammenführte und sie über Hygienevorschriften unterrichtete. Ab den 1920er- und 1930er-Jahren stand die *therapeutische Gruppe* im Fokus seines psychiatrischen Wirkens. Pratt verstand bereits die Bedeutung von Emotionen für psychiatrische Erkrankungen und er diskutierte über deren Bedeutung in der Gruppe. Jakob L. Moreno, der Begründer des *Psychodramas*, spielte Anfang des 20. Jahrhunderts mit Tiroler Flüchtlingskindern in Wien Stegreiftheater und bildete dann Diskussionsgruppen, in denen die Kinder ihre Erlebnisse darlegen konnten. Aber erst Samuel Slavson prägte 1934 den Begriff »*Group Psychotherapy*« in seiner Kinderabteilung einer psychiatrischen Klinik. Bei der Begründung einiger Therapiemethoden, wie der Gruppentanztherapie durch Marian Chace in den 1940er-Jahren in den USA, spielte das St. Elizabeth's Hospital in Washington DC eine besondere Rolle (s. Trautmann-Voigt, 2015). Hier arbeitete unter anderem ab den 1920er-Jahren Edward W. Lazell mit Weltkriegsveteranen gruppentherapeutisch. Aber auch in der deutschen Psychoanalyse gab es Entwicklungen in Richtung Gruppentherapie: Alfred Adler entwickelte mit Kollegen in Wien sogenannte Fallkonferenzen, in denen sich Kinder mit ihren Eltern und Lehrern über ihre Probleme gemeinsam austauschen konnten.

Seit den 1950er-Jahren existiert Balints modifizierte Supervisionsgruppe im Weiterbildungscurriculum der Ärzte (Balint, 1998 [1987]). Seit den 1960er-Jahren haben Heigl-Evers und andere im *Göttinger Modell* die Gruppenpsychotherapie weiterentwickelt (s. Abschn. 1.3).

Historisch betrachtet beginnt die Gruppentherapie in den 1920er-Jahren. Hintergrund sind die großen *Bewegungen*: Frauenbewegung, Jugendbewegung, Kommunistische Bewegung. Die wissenschaftliche Aufarbeitung dieser Vorgänge gehört in den Fachbereich der Soziologie und der Geschichte. Man spricht auch von *Massen*, wenn es sich um größere Gruppen handelt. Die existenzialisti-

sche Philosophie stellte übrigens eine einsame Gegenbewegung zu diesen frühen Gruppenbewegungen dar, in denen das Individuum eher an Bedeutung verloren hatte. Mitscherlichs »Auf dem Weg zur Vaterlosen Gesellschaft« (1983 [1963]) oder Marcuses »Der eindimensionale Mensch« (1989 [1964]) beklagten den fehlenden Dritten nach dem Zweiten Weltkrieg. Die Wichtigkeit der Erforschung des Menschen in der Gruppe auch für die Psychotherapie wurde aber erst allmählich nach dem Zweiten Weltkrieg gesehen. Für die Theoriebildung der Gruppentherapien entstanden ab den 1960er-Jahren zentrale Marker: Das Verhältnis des Einzelnen zur Gruppe wurde gesellschaftlich und zunehmend auch psychotherapeutisch in den 1970er-Jahren durch das vermehrte Auftreten des Narzissmus als Pathologie interessant.

Grundsätzlich gibt es verschiedene Möglichkeiten, Gruppentherapie zu gestalten. Neben der Psychoedukation, der Stabilisierung durch die Erarbeitung von Lösungen zur Veränderung von Zuständen oder Verhalten, der Arbeit mit Kreativität in Gestaltungsgruppen usw. möchten wir uns im Folgenden auf unsere Arbeit, die aus der Rezeption psychodynamischer Modelle erwachsen ist, konzentrieren. Es kann hier, unabhängig z. B. vom Einbezug kreativer Medien, nach dem Prinzip der *Einzelarbeit in der Gruppe* oder der *Analyse der Gruppe und ihrer Interaktionsthemen* gearbeitet werden. Heute verbinden wir beides meist miteinander.

Wenn die unbewusste Dynamik des Einzelnen und die Erforschung der intrapsychischen Prozesse eines im Mittelpunkt stehenden Patienten im Fokus stehen, dann wird der Therapeut eher das spontane Interagieren der Gruppenmitglieder verhindern. Das Geschehen bleibt mehr dyadisch, viele Einzelne beschäftigen sich mit Einem. Querverbindungen zwischen den vielen Einzelnen untereinander werden nicht gefördert und nicht genutzt.

1961 entwickelte Bion in London hingegen ein Konzept, in dem der Therapeut die Gruppe wie eine Person behandelte (Bion, 1961). Argelander (1963) und Ohlmeier (1973) haben diese Methodik im deutschsprachigen Raum übernommen. Argelander richtete die Aufmerksamkeit dabei mehr auf Homogenisierungsphänomene, Ohlmeier meinte, die Gruppe bilde eher ursprüngliche Familiensettings ab. Die Familienkonflikte könne man daher in der Gruppe eher als im Einzelsetting durcharbeiten.

*Foulkes Modell der psychoanalytischen Gruppentherapie* ist neben dem »Göttinger Modell« heute eines der bekanntesten Modelle in psychodynamischen Fachkreisen: Er richtet seine Aufmerksamkeit auf das Ganze und auf den Einzelnen. Zentral ist das Denken im Konzept der *Matrix* (Foulkes, 1948, 2007). Die neurotische Störung des Einzelnen wird als Kommunikationsstörung verstanden, die als Niederschlag verinnerlichter frühkindlicher Beziehungskonflikte mit den Eltern aufgefasst wird. Aus dem Muster dieser Störung bildet sich in Verbindung mit den Beziehungsnetzen der anderen Gruppenmitglieder ein latentes Netzwerk, eben die Matrix. Aus dieser unterliegenden Netzwerkstruktur bilden sich neue, aktuelle Beziehungen unter den Gruppenmitgliedern heraus. Der Therapeut legt den Fokus seiner Aufmerksamkeit und seine Interpretationsbemühungen auf die ständig alternierenden interindividuellen und intraindividuellen



Ebenen. Aus der Matrix, aus der eine vorsprachliche Verständigung der Gruppenteilnehmer resultiert, drängen ständig andere Erlebnisinhalte an die Oberfläche und führen zur Artikulation von Konflikten in der Gruppe. Die Klarifizierungs- und Deutungsarbeit des Therapeuten ist darauf gerichtet, aus der vorsprachlichen Wirkungsweise zu bewusst artikulierbarer Sprache zu führen.

Dieses Matrixmodell ist dem »Schichtmodell« des Göttinger Modells gegenüberzustellen! Dort geht es um ein primär soziales Gebilde, hier vor allem um ein zu deutendes Gebilde. Wir kommen später darauf zurück.

## 1.2 Gesellschaftliche Erfordernisse für die gruppen-therapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen

Martin Dornes arbeitete bereits vor mehr als zehn Jahren einen besonderen Aspekt des gesellschaftlichen Wandels heraus, der sich in Eltern-Kind-Beziehungen im westlichen Kulturraum vollzogen hat (Dornes, 2006, S. 350 ff.; s. auch Dornes, 2011). Ein Kind ist heute nicht mehr in erster Linie als materieller Versorger der nächsten Generation wichtig, sondern wird als emotionale Stütze für das eigene Wohlbefinden erlebt. Dies führt dazu, dass zwischenmenschliche Beziehungen, besonders zwischen den direkt aufeinanderfolgenden Generationen, zunehmend stärker psychologisiert wurden. Gleichzeitig, und eng damit verbunden, werden kindliche Anerkennungsbedürfnisse übermäßig stark befriedigt, was pathologische Entwicklungen – vor allem hinsichtlich narzisstischer Entgleisungen – fördert. Bedürfnisse der Kinder hierzulande werden mehr als kultiviert, bis dahin, dass sich Eltern physisch und psychisch verausgaben, da täglich Termine für den Nachwuchs zu organisieren sind und die natürliche Auseinandersetzung in der Familie und in der Kleingruppe zugunsten von Musikstunden, Trainings, Förderveranstaltungen usw. ausfällt.

Die gegenteilige Entwicklung zeigt misshandelte, vernachlässigte und bis hin zu Tötungsdelikten gequälte Kinder – teilweise schon ab dem Säuglingsalter (Barth, 1999; Möhler, 2013; Trautmann-Voigt, 2016).

Was ist die Ursache dieser tiefen Spaltung im Umgang mit Kindern und Jugendlichen in den reichen Industriegesellschaften? Es fehlen heute klare, tradierte, gesellschaftlich abgesicherte Formen des Umgangs mit Kindern und Jugendlichen. Stattdessen entstehen neue gesellschaftlich kontrollierte Systeme: Eltern-Säuglings-Beratungsstellen, Fütter- und Stillgruppen, Säuglingsambulanzen, Ernährungsberatungsprogramme für übergewichtige Kinder, Programme zur Entwicklung gesunder Aggression usw. Dornes (2006) betonte schon damals, dass dadurch eine Entbettung der Familie aus ursprünglich tragenden gesellschaftlichen Kontexten stattfindet. Die intuitive Elternschaft lässt nach, Verunsicherungen angesichts globaler, unübersichtlicher Entwicklungen nehmen zu. Gruppenzugehörigkeiten werden unklarer, »Schichten« im ursprünglichen Sinne verschwinden, dafür gibt es sogenannte Globalisierungsgewinner und -verlierer, die wenig reflektiert das gesellschaftliche System, in dem sie leben und in dem sie sich benachteiligt fühlen, für ihr Scheitern verantwortlich machen (Albert et al.,

2010, 2015). Die Angst, in einer globalisierten Welt bedeutungslos zu werden und den eigenen Lebenssinn zu verfehlen, führt zu Verwirrung und kulturellem Normenverlust (Strenger, 2016).

Die Familie wird in unserem Kulturkreis zunehmend reduziert auf eine einzige Kernfunktion, die der Persönlichkeitsentwicklung hin zu maximaler Autonomie. Dabei werden traditionelle (westlich kultivierte) Erziehungsnormen und -ziele wie Pünktlichkeit, Gehorsam einer (erwachsenen) Autorität gegenüber, Ordnung und Zuverlässigkeit sowie Leistungsbereitschaft ohne direkten Gegenwert weitgehend durch das Ziel einer Erziehung zu größtmöglicher Unabhängigkeit ersetzt. Das Ziel, dem Kind größtmögliche Freiheit und Autonomie zu verschaffen, galt nach Dornes (2006) für zwei Drittel der Familien aus höheren sozialen Schichten. Aus klinischer Erfahrung können wir dies nur bestätigen und würden den Prozentsatz weit höher ansetzen.

Das vermehrte Engagement der (deutschen) Eltern führt aber zu einem Paradoxon: Einerseits sollen Selbstständigkeit und Autonomie gefördert werden, gleichzeitig können sich Kinder immer weniger selbst beschäftigen, weil quasi von Geburt an jemand zu ihrer Verfügung steht und/oder Reize durch Computer, Internet, Fernsehen zu bewältigen und (konsumierend) zu verarbeiten sind.

Ein weiteres Paradoxon ergibt sich aus der Stellung und Funktion des Kindes innerhalb der Familie: Das Kind in der (deutschen) Familie dient der emotionalen Bedürfnisbefriedigung, stiftet Lebenssinn, macht Freude, soll die Fortsetzung des Lebens der Eltern sein. So werden schon Säuglinge mit der Verantwortung belastet, einen Lebensinhalt für ihre Eltern zu stiften. Weil die Eltern abhängig sind von der Anerkennung ihrer Erziehungsmaßnahmen schon durch ihre Kleinen, erhalten die Kinder eine Funktion, die ihrer Selbstständigkeit gerade zuwider läuft. Dadurch entstehen schon frühe Parentifizierungstendenzen und viele Stresssituationen, wenn Kinder sich nicht so entwickeln oder nicht so funktionieren, wie sie – aus Sicht ihrer anerkennungshungrigen Eltern – sollen.

Es ist also zu vermuten, dass selbst bei einigermaßen gelungener Selbstständigkeitserziehung Probleme auftauchen: Kinder werden zwar freier im Ausdruck ihrer Bedürfnisse, aber auch unwilliger, unangenehme und anstrengende Verpflichtungen zu erfüllen. Die spätmoderne (westliche) Subjektivität ist daher durch eine erhöhte Labilität, weniger Anstrengungsbereitschaft und eine größere hedonistische Bedürfnisbefriedigung bei hoher Wertung für die »Eigen-Art« gekennzeichnet. Genau im Gegensatz dazu steht das Bedürfnis vieler Migranten, die Zugehörigkeit zu ihrer Gruppe, ihrer Religionsgemeinschaft und ihren Familiengewohnheiten gegen das »Muss«, im westlichen Sinne autonom zu werden, zu verteidigen: Es geht nicht um unser deutsches (westliches) »Selbst-Verständnis« und nicht um das Wünschen und Wollen der Kinder, es geht um völlig andere Werte wie Unterordnungsbereitschaft unter das große Ganze, Schutz und Heimat in einer eigenen, von unseren Normen abgeschotteten Gemeinschaft in der Familie, um das Akzeptieren eines größeren Systems, das sich der von uns hochgeschätzten »Wahrnehmung« des »Hier und Jetzt« eher entzieht, einem Glaubensgebäude, in das sich der Einzelne einzupassen hat – weil das immer schon so war und weil das Bewahren der Tradition den allerhöchsten Wert darstellt.

So entstehen – durchaus auch unbewusst – »Gruppenkämpfe« und Konkurrenzverhalten zwischen Jugendlichen um die »bessere« Zugehörigkeit, was sich in der Kleidung, in Ess- und anderen Konsumgewohnheiten, in Beziehungsvorstellungen zwischen den Geschlechtern, in unterschiedlichen Gruppenbildungen, in gegenseitigen Abwertungen und Beschimpfungen bis hin zu Gewalttätigkeiten ausdrückt – was natürlich die gewohnten »deutschen« Gruppennormen in jedem Fall auch angreift, zumindest infrage stellt.

Solche dringend notwendigen, hier nur knapp skizzierten kultursensiblen Auseinandersetzungen mit den Kindern und Jugendlichen sowie ihren Eltern finden in der üblichen Einzeltherapie in der Praxis oder in der Klinik kaum statt, sind aber extrem wichtig, wenn man bedenkt, dass zunehmend mehr Kinder aus den unterschiedlichsten Kulturen in Deutschland leben, zusammen in Gruppen ausgebildet werden und später zusammen arbeiten werden – und mit psychischen Erkrankungen in Beratungsstellen und Praxen geschickt werden. Hinzu kommt, dass früh erworbene strukturelle Defizite bei Kindern und Jugendlichen, egal welcher Kultur, besonders dann aufbrechen, wenn externe Leistungen wie in der Schule oder während der Berufsausbildung gefordert werden, sei dies Anpassungsfähigkeit an unbekannte Normen, Einordnung in Mannschaftsgefüge oder Konkurrenz in Lerngruppen.

Es scheint plausibel, wenn nicht notwendig, das eigene Normengebäude korrigierende interaktionelle Erfahrungen aktiv anzubieten, um in der Familie erworbene Defizite, gleich welcher Art, auszugleichen. Es handelt sich bei Kindern und Jugendlichen ja gerade darum, aus dem primären Schutz der frühen Bindungsbeziehungen hinauszutreten in eine pluralisierte Gesellschaft voller unklarer Gruppenanforderungen. Das Unbewusste von (interkulturell auszuhandelnden) Gruppennormen kann und sollte in die psychotherapeutische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen vermehrt integriert werden, zumal wir eben nicht mehr von eindeutigen Normen in Gruppen oder in unserer Gesellschaft ausgehen können, sondern immer mehr darauf angewiesen sein werden, ständig neu auszuhandeln, was geht und was nicht geht!

Hierzu bedarf es einer integrativen übergeordneten Konzeption, die sowohl die eingeführten Theorien aus der psychoanalytischen Entwicklungstheorie, der Säuglingsforschung und der Bindungstheorie berücksichtigt, aber auch neuere Konzeptionen aus der Systemtheorie und Sozialisationsforschung integriert (die nicht mehr nur dyadisch orientiert sind, wie dies in der ursprünglichen Psychoanalyse der Fall war) und das Lernen von neuem Verhalten, wie es in der Verhaltenstherapie kultiviert wurde, als eine Ressource versteht.

### **1.3 Das Göttinger Modell der Interpersonellen Psychotherapie in unserer Rezeption**

Mit der Interpersonellen Psychotherapie wird die seit 1973 von Annelise Heigl-Evers und Franz Heigl in Göttingen an der Klinik Tiefenbrunn konzipierte »psychoanalytisch-interaktionelle Methode« beschrieben (Heigl-Evers & Ott, 1994).

Sie wurde entwickelt, weil die klassische Behandlung im Einzelsetting der sich verändernden Patientenpopulation ab den 1970er-Jahren nicht mehr entsprach. Vor allem in den psychosomatischen Kliniken gab es vermehrt (erwachsene) Patienten, die durch Deutungen in Bezug auf die Familiengnese im Einzelsetting nicht erreicht werden konnten. Später wurden diese Patienten als Patienten mit *Ich-strukturellen Störungen* bzw. mit *Frühstörungen* bezeichnet, heute gehört die strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf (2009) in jeden Lehrplan einer psychodynamisch orientierten psychotherapeutischen Ausbildung. In der Interpersonellen Psychotherapie wurden Ansätze von Ferenczi (1921 [1919]); Balint (1998 [1987]); Winnicott (1994), aber auch aus der Sozialpsychologie und der Entwicklungstheorie zusammengefügt. Vor allem wurde das Abstinenzprinzip verändert und aktivere Aspekte des Haltens, Spiegels und Antwortens wurden konzeptionalisiert. Bewährt hat sich die Methode im stationären klinischen Setting, bei alkoholabhängigen Patienten, im Rahmen psychotischer Erkrankungen und bei Ich-strukturellen Störungen. Reddemann (2012 [2001]) und Sachsse (2004) haben einige Modifikationen für traumatisierte Patienten vorgeschlagen. Da tiefe Regression ausgeschlossen wird, ist die Interpersonelle Psychotherapie auch im ambulanten Gruppensetting gut einsetzbar und mit anderen Techniken (z. B. mit Körperarbeit und Verhaltenstherapie-Techniken) sehr gut kombinierbar (s. Abschn. 1.8).

Anfangs unterschieden Heigl-Evers et al. (1997) folgende drei Vorgehensweisen:

- die eigentliche analytische Arbeit mit dem Unbewussten
- die tiefenpsychologisch-fokussierte Arbeit mit dem Vorbewussten
- die entwicklungsfördernde Auseinandersetzung mit Normen und Regeln auf der bewussten Ebene

Es handelt sich um ein *Schichtmodell* mit der Möglichkeit, je nach Indikationsbereich und Strukturniveau der Patienten psychoanalytisch-deutend, tiefenpsychologisch-fokussiert oder antwortend-interaktionell vorzugehen.

Die Gruppe gilt dabei als ein primär *soziales Gebilde*, das als therapeutisches Medium für eine Mehrzahl von Patienten wirksam werden kann. Das Prinzip der *Minimalstrukturierung* führe, so die Idee, zu einem *inneren Notstand* der Teilnehmer (sie sind weder über eine Aufgabe noch über ein Thema oder über strukturierende Regeln zunächst miteinander verbunden). Dadurch werden Gruppenleistungen stimuliert. Diese zeigen sich auf allen drei Ebenen (dem Unbewussten, dem Vorbewussten, dem Bewussten). Allerdings manifestieren sich diese Leistungen auf einem bestimmten Niveau, je nach psychischem Reifegrad der Teilnehmer. Mit Rückgriff auf den sozialpsychologischen Begriff der *Norm* wird die Gruppenleistung folgendermaßen konzeptualisiert:

- Bei überwiegend frühgestörten Patienten mit Über-Ich-Defekten werden sich schnell *verhaltensregulierende Regeln* herausbilden.
- Bei Patienten auf mittlerem Strukturniveau werden *psychosoziale Kompromissbildungen* stattfinden. Das heißt, die Gruppenleistung betrifft die Umschaltstelle intrapsychischer und interpersonaler Konflikte, soziodynamische Phänome-

ne, z. B. Untergruppenbildungen, Kollusionen und Vorgänge zur Homöostase des Individuums und der ganzen Gruppe, werden stattfinden.

- Sind viele Patienten mit klassischen Neurosen anwesend, so wird sich die Gruppenleistung überwiegend auf der unbewussten Ebene manifestieren: Es kommt zu *gemeinsamen Tagträumen* und Ideen, die als Ich-modifizierte Abkömmlinge unbewusster Fantasien zu verstehen sind. Dann kann auf diesem Regressionsniveau gedeutet werden.

Die Einzelnen werden dabei in ihrer Wirkung auf die Gruppenleistung berücksichtigt. Daraus resultiert folgende Fragestellung: Welche Ebene der Manifestationsdominanz entwickelt sich z. B. durch welche Beiträge einzelner Gruppenmitglieder?

Nach und nach wurden fünf Konzepte als Basis anerkannt, die in ihrer Gesamtheit die Interpersonelle Psychotherapie ausmachen.

### Die fünf grundlegenden Konzepte der Interpersonellen Psychotherapie

1. Das **topische Modell** Freuds. Es gibt drei Erlebensbereiche: bewusstes, vorbewusstes und unbewusstes Erleben, wobei man nicht immer getrennt an den Erlebensbereichen arbeiten kann.
2. Die **Analyse handlungsleitender Regeln und Normen** zur Bearbeitung von Über-Ich-Pathologien.
3. **Interpersonelles Lernen**. Therapeut bzw. Gruppe übernimmt Hilfs-Ich-Funktionen, um mangelhaft ausgebildete Affektwahrnehmung und Affektdifferenzierungsfähigkeit zu fördern. Der Patient kann sich durch Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen weiterentwickeln.
4. **Prinzip »Antwort«**. Gilt als Sonderform einer Hilfs-Ich-Funktion und beinhaltet reale Erklärungen, Hilfen und das »Lernen am Modell«.
5. **Erleben von »Alterität«**. Antwortende Interventionen im Ich-Du-Dialog erleichtern den Übergang von dyadischen zu triadischen Beziehungsmustern.

Es gab inzwischen verschiedene Entwicklungsphasen in der interaktionellen Methode, die zeigen, dass Einflüsse aus unterschiedlichen Richtungen integriert werden können.

#### 1.3.1 Betonung bewusster Konflikte

Ich-strukturell gestörte Patienten geraten schon an Grenzen ihrer Belastbarkeit durch bewusste Konflikte. Es geht nicht selten um reale Bewältigungsmöglichkeiten (existenzielle Fragen rund ums Geld, Kindererziehung etc.). Hier gibt es Verbindungen zu sozialpsychologischen und anderen psychoanalytischen Gruppenmodellen. Es ging vorrangig um manifeste Normen, die das Verhalten der Gruppenteilnehmer erkennen und akzeptieren lernen sollten (Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Kontinuität, Verantwortlichkeiten, Hierarchieaspekte usw.). Pathologien im Bereich des Ich-Ideals und des Über-Ichs standen im Vordergrund.

Über-Ich-Übertragungen galt es zu bearbeiten, z. B.: Wie kann ein Patient konfrontiert werden, der bei seinem Therapeuten wütend wird und sich über eine Krankenschwester beschwert, die ihn tags zuvor aufgefordert hatte, ein Bild von Adolf Hitler von der Wand zu entfernen?

Heute halten wir sowohl in der Arbeit mit Erwachsenen als auch mit Kindern und Jugendlichen eine klare und Grenzen verteidigende Konfliktauseinsetzung in der Gruppenpsychotherapie für unerlässlich.

### 1.3.2 Auseinandersetzung mit themenzentrierter Interaktion und Verhaltenstherapie

Ruth Cohn beschrieb ihr Verfahren der themenzentrierten Interaktion als eine Weiterentwicklung der Psychoanalyse (Cohn, 1975). Das sog. themenzentrierte Lernen (TZI) wurde mit »Lebendigem Lernen« verknüpft und fokussiert immer auf eine ausgeglichene Balance zwischen »Ich«, »Es« (hier im Sinne des Themas!) und »Wir«. Es wurden sieben Leitsätze entwickelt, die moderne Gruppentherapien stark beeinflussten. Besonders bekannt wurde folgender Leitsatz: »Störungen haben Vorrang.«

Es gab auch Einflüsse verhaltenstherapeutischer Vorgehensweisen. Der Aspekt des Lernens wurde vor dem Hintergrund der Ich-Psychologie integriert: Patienten sollten ihre Ich-Funktionen verbessern und ihre »Entwicklungsdefizite« auffüllen lernen. Die Ich-Funktionen der Wahrnehmung und der Differenzierung von Affekten standen dabei im Vordergrund. Therapeuten wurden »selektiv-authentisch«, also auch aktiver. Das direkte Ansprechen von Auswirkungen des Patientenverhaltens wurde zunehmend wichtiger und die Funktionen von Handlungen oder Verhaltensweisen für den Alltag wurden in der Gruppe thematisiert, z. B. durch Intervention: »Wenn Sie das so sagen, könnte das auch die und die Folge haben ...«, »Bemerken Sie eigentlich, wie Frau ... jetzt dasitzt? Was meinen Sie, wie sie sich nach Ihrer Aussage jetzt fühlen könnte?«, »Was, glauben Sie, würde Ihre Frau dazu sagen?«

Diese und ähnliche Interventionen sind eher im Sinne von Antworten oder von Antizipationen der Antworten anderer zu verstehen, nicht als Deutungen. Heute spricht man davon, Affekte zu klarifizieren, Verhaltensweisen zu benennen und auf deren Folgen aufmerksam zu machen durch »modifizierend antwortende Angebote« an den Patienten.

### 1.3.3 Auswirkungen entwicklungspsychologischer Erkenntnisse

Vor allem Anna Freuds Beobachtungen an gestörten Jugendlichen wurden in die Interpersonelle Psychotherapie integriert und dann erst für die Gruppenpsychotherapie mit Erwachsenen konzipiert: Die Interpersonelle Psychotherapie steht als ein Modell für den professionellen Umgang mit einer Entwicklungsstörung. Zur Erinnerung: Basis ist die Idee, dass es drei Arten der *Störungsgenese* gibt: die *Konfliktgenese*, die *Entwicklungsdefizit- oder Entwicklungsstörungsgenese* und die *Traumagenese*. Entwicklungsgestörte Menschen (z. B. Borderline-Patienten, nar-



zisistisch gestörte Persönlichkeiten) können sich nicht in eine Beobachtungsposition bezüglich ihrer eigenen Interaktion versetzen. Dies ist aber nötig, wenn man die Deutung als Prinzip anwenden möchte. Deutung funktioniert jedoch nur, wenn eine gewisse Triangulierungsfähigkeit (also die Wahrnehmung und Anerkennung von einem Ich, einem Anderen und einem Dritten als eine Art Beobachter von uns beiden) vorhanden ist. Das Dritte als verinnerlichte Größe, als Ausgleich oder als Gegensatz zum Zweiten, ist aber psychisch nicht eingeführt bei einer Entwicklungsstörung!

Aus dieser Erkenntnis heraus wurde der Begriff der **Alterität** entwickelt (von Alter Ego, der Andere, das Gegenüber). Der Andere ist eben zunächst für früh gestörte Patienten nicht immer als andersartig wahrnehmbar – in Analogie zur Unfähigkeit des ganz kleinen Kindes, Gefühle, Handlungen und Wünsche eines Gegenübers zu verstehen (Fonagy et al., 2015). In Form früher Begegnungen, die eher einem mütterlichen Prinzip ähneln, muss zunächst in der Therapie eine Art »Nachreifung« erfolgen. Dies passiert in der Gruppe so, dass immer wieder auf Ich-Du-Kontakte klarifizierend eingewirkt wird, d. h., dass die aufmerksame Präsenz des Therapeuten, das Akzeptieren des Patienten und der Respekt vor ihm und seiner Lebensgeschichte unbedingt hervorgehoben werden. Die Interventionen ähneln dem Verhalten einer Mutter gegenüber ihrem kleinen Kind, das noch nicht versteht, was z. B. ein Fremder, der andere Worte benutzt als die Mutter, eigentlich meint. Das Kind muss insofern in seiner Entwicklung gefördert werden, als dass es sich hineinversetzen können muss in »das Gemeinte«, das hinter bisher unbekanntem Sätzen steckt. Die neuere State-of-Mind-Forschung hat unter dem Stichwort »Mentalisierung« hierzu Prägnantes weiterentwickelt (Schulz-Venrath, 2015). Wichtig wurde schon ab den frühen 1990er-Jahren das Aufnehmen der Befunde aus der Säuglingsforschung: Affekte werden als frühe Interaktionsmuster implizit gelernt; diese Interaktionsmuster werden reproduziert und lösen wiederum Affektantworten im Gegenüber aus, die »alten« affektiv aufgeladenen Interaktionsepisoden ähneln können.

### 1.3.4 Zusammenfassung

Charakteristisch für die interaktionelle Methode ist bis dato Folgendes:

- Präsenz, Akzeptanz und Respekt sowie selektive Aktivität des Therapeuten
- besonders hervorzuheben ist, dass antwortende Interventionen bzw. Anregungen dazu in der Gruppe gemacht werden
- »mütterliches« Verhalten, d. h. zunächst stützen, verstehen, nicht deuten, was eine Distanz schaffen würde
- das Ziel, vor allem Ich-strukturell gestörten Patienten konkrete therapeutische Hilfen zu geben und die Gruppe als ein Konglomerat aus vielen unterschiedlichen Hilfs-Ichs zu nutzen

Es entsteht wenig zusätzliche Regression in der Interpersonellen Psychotherapie, vor allem durch ein aktives, Normen schützendes Therapeutenverhalten. Übertragungsbedingte Verzerrungen des Therapeuten werden nicht als Zuschreibun-

gen angenommen, die auf Erinnerungen und Konflikte bezogen werden, sondern in der aktuellen Interaktion direkt bearbeitet: Der Therapeut ist ein reales und wohlwollendes *Beziehungsobjekt*, was manchmal sehr anstrengend sein kann und was die ursprüngliche psychoanalytische Lehrmeinung modifiziert. Als besondere Schwierigkeit ergibt sich hier: Bei geringer innerer Konfliktfähigkeit und bei Impulsdurchbrüchen der Patienten gibt es meistens auch heftige interpersonelle Konflikte. So kommen Idealisierungen oder Entwertungen, Spaltungen und projektive Identifikation häufig vor, überstrenge Über-Ich-Anforderungen wechseln sich mit Impulsdurchbrüchen ab. Eine Bearbeitung der oft unerreichbaren Normen der Patienten und eine realistische Normendiskussion hinsichtlich aktueller Bedürfnisse führen dabei meist zu einer Entlastung.

Strukturschwache Patienten können häufig nicht die Perspektive des die Interaktion beobachtenden Dritten einnehmen, daher müssen Therapeuten über ein gesichertes theoretisches und Erlebens-Wissen über die primitiven Abwehrmechanismen (Spaltung, primitive Idealisierung und Entwertung, projektive Identifikation) verfügen, da sie »gesunde« Ich-Funktionen übernehmen und gleichzeitig die primitiven Abwehrmechanismen erst einmal aushalten müssen. Zuwendung *und* das Setzen klarer Grenzen müssen gleichzeitig erfolgen! Man muss die Perspektive des Opfers (der Patient früher) einnehmen, obwohl der Patient einen häufig so behandelt, wie es der Täter früher mit ihm getan hat, und man gerne mit den eigenen »gesunden« (vielleicht eher aggressiven) Anteilen antworten möchte. Der Patient würde dadurch jedoch retraumatisiert.

Starke Belastbarkeit und die ausgeglichene Persönlichkeit des Therapeuten spielen in der Interpersonellen Psychotherapie eine sehr große Rolle. In der Gruppe, gleich welchen Alters, ist dieses Verfahren deshalb so gut einsetzbar, weil die eigene Präsenz und die beobachtende, reflektierende Haltung abwechseln können. Die Gruppe selbst ist ein Anreiz, dyadisch fixierte Interaktionsmuster zu überwinden.

## 1.4 Indikationsstellung für eine Gruppenpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

**Aufseiten des Patienten** Strukturniveau, Differenziertheit der Ich-Funktionen einschließlich Abwehrfunktionen, bevorzugte Modi der Affektregulierung und die psychosexuelle Färbung der inneren und äußeren Konflikte sollten berücksichtigt werden.

- *Wenigstens mäßige Fähigkeit zur Frustrations- und Unlusttoleranz:* Bei Kränkungsgefühlen durch die Präsenz anderer beim Therapeuten sollte zunächst einzeltherapeutisch gearbeitet werden.
- *Wenigstens mäßige Fähigkeit zur Regression und therapeutischen Ich-Spaltung:* Bei der Beurteilung dieser Ich-Funktionen geht es darum, ob sich jemand in einer unstrukturierten Situation eigenen Fantasien überlassen kann oder Angstzustände bekommt und ob er in der Lage ist, frühes von jetzigem Erleben zu unterscheiden. Ist dies nicht der Fall, wird von Gruppentherapie abgeraten.



- *Wenigstens mäßige Fähigkeit zur Wahrnehmung, Differenzierung und Steuerung von Affekten:* Reduktion von Impulshaftigkeit und einigermaßen ausgeprägte Steuerungsfähigkeit sollten vorhanden sein.

**Aufseiten der bestehenden Gruppe** Nicht jeder Patient passt in jede Gruppe. Es kommt auf die Art der Gruppe an.

- *Homogenität der Gruppe:* Solche Gruppen werden z. B. als Essgestörten-Gruppen, Psychosomatische Gruppen, Gruppen für Krebs-Patienten, Suchtgruppen, nach sozialer Schicht oder nach Strukturniveau eingerichtet.
- *Heterogenität der Gruppe:* Alltagserfahrungen und Alltagskonflikte stellen sich eher ein. Solche Gruppen kommen dem Leben näher, sie sind häufiger im ambulanten Bereich anzutreffen.

**Aufseiten des Therapeuten** Hinsichtlich seiner Fähigkeiten sollte der Therapeut in der Lage sein, die bevorzugten Schutz- bzw. Abwehrmechanismen des Patienten einschätzen zu können:

- Unstrukturierte Situationen führen zu einer Beunruhigung eines jeden Menschen.
  - Wird alles als *normal* angesehen? (Verleugnung)
  - Werden *vernünftige* Erklärungen gesucht, um sich die Situation plausibel zu machen? (Rationalisierung, Intellektualisierung)
  - Wird der Therapeut oder die Klinik für die schwer aushaltbare Situation verantwortlich gemacht? (Externalisierung)
  - Geschieht eine Verbündung gegen den Therapeuten mit anderen Teilnehmern? (psychosoziale Kompromissbildung)
- *Klassisch psychodynamisch geführte Gruppen* sind geeignet für Patienten mit Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, die auf hohem Strukturniveau organisiert sind. Der Therapeut muss mit Deutungen arbeiten können.
  - *Ziel:* Unbewusste Wünsche aufspüren. Auflösung innerer Konflikte durch Deutung; Symptome sind Kompromissbildungen zwischen unbewussten Wünschen und ihrer Abwehr. Vernetzungen unbewusster Wünsche werden im Erleben in der Gruppe deutlich.
- *Tiefenpsychologisch-fokussiert geführte Gruppen* sind geeignet für Patienten mit psychosomatischen Störungen, Phobien, Angstzuständen und Persönlichkeitsstörungen auf einem mittleren Strukturniveau.
  - *Ziel:* Psychosoziale Kompromissbildungen finden. Aufzeigen, mit welchen Möglichkeiten sich Gruppenteilnehmer vor unangenehmen Gefühlen schützen, z. B. in Kollusionen, durch Untergruppenbildungen. Über-Ich- und Ich-Funktionen sind konflikthaft eingeschränkt. Eine vorhandene seelische Struktur soll verfestigt werden. Konflikthaft eingeschränkte Funktionsdefizite sollen durch Bearbeitung der Konflikte aufgehoben werden.
- *Interaktionelle Gruppenpsychotherapie* ist für Borderline-Patienten, Patienten mit Narzisstischen und anderen Persönlichkeitsstörungen, präpsychotische Persönlichkeiten, Patienten mit Suchterkrankungen und für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen geeignet.