



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)

Paul L. Janssen ■ Gabriele Sachs

# Psychodynamische Gruppenpsychotherapie

---

Theorie, Setting und Praxis

Paul L. Janssen ■ Gabriele Sachs

# Psychodynamische Gruppenpsychotherapie

---

Theorie, Setting und Praxis

Univ. Prof. Dr. med. **Paul L. Janssen**

(Emeritus der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
der Ruhr Universität Bochum)

Brühler Weg 13

40667 Meerbusch

paul.janssen@ruhr-uni-bochum.de

Ao. Univ. Prof. Dr. med. Dr. phil. **Gabriele Sachs**

Medizinische Universität Wien

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Währinger Gürtel 18–20

1090 Wien

Austria

gabriele.sachs@meduniwien.ac.at

### **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.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

© 2018 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover unter Verwendung eines Fotos von © ELENKS – shutterstock.com

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

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

ISBN 978-3-608-43163-6

Lektorat: Dr. Thomas Rosky, [thomas.rosky@t-online.de](mailto:thomas.rosky@t-online.de)

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani

Auch als E-Book erhältlich

## Vorwort

Da Menschen als soziale Wesen in Familien und Gruppen zusammenleben und in diesen Gruppen auch ihre Probleme besprechen, sind die Untersuchungen des Gruppenverhaltens auch immer Gegenstand der Psychologie, insbesondere der Sozialpsychologie, gewesen. Die psychotherapeutische Nutzung von Gruppen beginnt in der Medizin und Psychologie erst mit dem Beginn der wissenschaftlichen Psychotherapie. Moreno, der Begründer des Psychodramas, war der Erste, der in den 20er-Jahren des letzten Jahrhunderts die Bezeichnung »Gruppenpsychotherapie« für seine psychotherapeutische Methode benutzte.

Freud hat sich aus der Sicht der Psychoanalyse in seiner Arbeit »Massenpsychologie und Ich-Analyse« (1921) mit dem Verhalten von Massen, den Beziehungen in Gruppen (Kirche und Militär) und den Beziehungen zu Führern und Leitern solcher Gruppen befasst. Freuds Arbeiten sind zwar keine Einführung in die psychotherapeutische Gruppenarbeit, sie sind aber sehr anregend für die Analyse in Gruppen. Freud zitiert Le Bon: »An einer psychologischen Masse ist das Sonderbarste dies: Welcher Art auch die sie zusammensetzenden Individuen sein mögen, wie ähnlich oder unähnlich ihre Lebensweise, Beschäftigung, ihr Charakter oder ihre Intelligenz ist, durch den bloßen Umstand ihrer Umformung zur Masse entsteht eine *Kollektivseele*, vermöge deren sie in ganz anderer Weise fühlen, denken und handeln, als jedes für sich fühlen, denken oder handeln würde. [...] Die psychologische Masse ist ein provisorisches Wesen, das aus heterogenen Elementen besteht, die für einen Augenblick sich miteinander verbunden haben, genauso wie die Zellen des Organismus durch ihre Vereinigung ein neues Wesen mit ganz anderen Eigenschaften als denen der einzelnen Zellen bilden« (Freud 1921, S. 106). Die Ursache dieser Gruppenbildung findet Freud nach der Analyse von Kirche und Heer in der *Bindung an den Führer*. Diese Verbundenheit des Individuums mit der Kollektivseele »Gruppe« sei dem Zustand der Verliebtheit oder der Hypnose vergleichbar. Entweder ist für Freud die Gruppe eine Bindung an den autoritären Vater oder in seiner Arbeit »Totem und Tabu« eine *Bruderhorde*, die den Leiter (Vater) ablösen und töten will (Freud 1912).

Eine erste Anwendung der Psychoanalyse in der Gruppe beschrieb Burrow (1926), der auch den Begriff Gruppenanalyse einführte und ein psychoanalytisches Gruppenkonzept formulierte. Burrow war mit der dyadisch konzipierten Psychoanalyse unzufrieden und glaubte an eine soziale Entstehung der Neurose. Also: Nicht die Internalisierung der primären Objektbeziehungen führt zur Neurose, die Neurose ist durch die Gesellschaft, durch ein »neurotisches Sozialsystem« verursacht. Ihn interessierte also mehr die sozial bedingte Identität des Neurotikers und des Menschen generell (nach Schultz-Venrath 2015).

Freud blieb hinsichtlich der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen skeptisch. Er schrieb 1926 an Burrow: »Ich glaube nicht, dass die Analyse eines Patienten auf irgendeine andere Weise als in der familiären Situation, d. h. begrenzt

auf zwei Personen, durchgeführt werden kann. Die Massensituation wird entweder sofort in einem Führer resultieren und solchen, die durch ihn geführt werden, was (zwar) bedeutet, dass es einer familiären Situation nahe kommt, die aber mit großen Schwierigkeiten in der Funktion des Ausdrucks und unnötigen Komplikationen von Eifersucht und Rivalität verbunden ist, oder es bildet sich eine ›Bruderhorde«, in der jeder das selbe Recht hat und ein analytischer Einfluss, so fürchte ich, unmöglich ist.« (nach Schultz-Venrath & Döring 2009, S. 148)

Die schließlich notwendige Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen entstand aus einer Mangelsituation in der Versorgung. Englische Psychiater und Psychoanalytiker (Bion, Foulkes, Main u. a.), die in der klinischen Psychotherapie tätig waren und vor der Aufgabe standen, psychisch kranke Soldaten zu behandeln, führten entsprechende Modelle ein. Bion (1960/1971) und Foulkes (1946, 1992) konzipieren die »Gruppenanalyse« und Main (1946) die »therapeutische Gemeinschaft« für stationäre psychiatrische Einrichtungen (siehe auch Nitzgen 2011). Besonders das Konzept von Foulkes, die *gruppenanalytische Psychotherapie*, beeinflusste die Entwicklung der psychoanalytisch begründeten Gruppenpsychotherapie.

Neben dieser analytisch-psychotherapeutischen Entwicklung inspirierte insbesondere die sozialpsychologische Kleingruppenforschung und deren Anwendung in der Gruppendynamik und dem Sensitivity-Training die therapeutische Arbeit in Gruppen. Ursprünglich konzipiert von dem Sozialpsychologen Lewin (Bradford et al. 1972) kam diese Methode der Untersuchung des interpersonellen Verhaltens in Gruppen und der Veränderung des Verhaltens in Gruppen über die gruppendynamische Bewegung Anfang der 1960er-Jahre auch nach Deutschland (vgl. Däumling et al. 1974). Die Kleingruppenforschung, die sich mit dem interpersonellen Verhalten, dem Führen von Gruppen, dem Rollenverhalten in Gruppen, der Gruppenstruktur, den Gruppenkonflikten, der Kommunikation in Gruppen und den Dependenz- und Independenz-Problemen u. a. in Gruppen befasste (siehe Luft 1971, König 2012), beeinflusste auch die Gruppenpsychotherapie.

Mit Beginn der gruppentherapeutischen Bewegung in Westdeutschland Ende der 1950er-Jahre/Anfang der 1960er-Jahre entwickelten sich nach und nach in einigen Orten in West- und Ostdeutschland Angebote zur Qualifizierung in Gruppenpsychotherapie (siehe Gfäller & Leutz 2006). Es entwickelten sich Gruppenpsychotherapien, die mehr der Psychoanalyse, der Sozialpsychologie oder einer pragmatischen, klinischen Anwendung verpflichtet waren. Aus dem 1971 erstmals in Lissabon stattfindenden gruppenanalytischen Symposium der *Group Analytic Society London*, die Foulkes in London gegründet hatte, wurde seine Methode, die gruppenanalytische Psychotherapie, nach Deutschland transferiert. Foulkes hatte seine Methode der Gruppenanalyse in dem *Institute of Group-Analysis* in London entwickelt und von anderen Anwendungen der Psychoanalyse in Gruppen abgegrenzt. Die von der *Group-Analytic-Society* über Alice Ricciardi-von Platen, Josef Shaked und Michael Hayne nach Altaussee/Österreich transportierten gruppenanalytischen Seminare etablierten sich 1976 als Internationale Arbeitsgemeinschaft für Gruppenanalyse nach S.H. Foulkes in Altaussee (vgl.

Hayne 1997, Shaked 2011). Ebenso an Foulkes orientiert sind die Gruppenanalyse-seminare e. V. (GRAS), die von Michael Lukas Moeller 1977 in Frankfurt a. M. gegründet wurden.

Auch Heigl-Evers (1972) knüpfte an Foulkes an und entwickelte daraus ihre Auffassung von der Gruppenpsychotherapie nach dem Göttinger Modell (► Kap. 1.4). Anfang der 1960er-Jahre etablierte auch in Frankfurt eine Gruppe von Psychoanalytikern, orientiert an den Konzeptionen von Bion und Foulkes, die Gruppenanalyse (vgl. Argelander 1972, Kutter 1976, 1985). Weiterbildungsangebote gab es auch auf den Lindauer Psychotherapie-Wochen, z. B. von Helmut Enke. Langen (1956) hatte schon 1951 die Gruppenpsychotherapie in seiner Klinik in Mainz eingeführt. Insbesondere die stationäre Psychotherapie wurde ein Förderer der Gruppenpsychotherapie.

So gab es verschiedene Strömungen, die sich in den folgenden Jahrzehnten durchsetzten. 1967 wurde in Westdeutschland der Deutsche Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG) von Enke, Däumling, Heigl-Evers und Heigl gegründet, die alle gruppenspezifischen und gruppenpsychotherapeutischen Aktivitäten zusammenfassten. Nach und nach entwickelten sich in den darauffolgenden Jahren weitere Institutionen, z. B. in Heidelberg, die speziell in Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie aus- und weiterbildeten. Sie wurden damals über den DAGG und seine Sektion Analytische Gruppenpsychotherapie anerkannt. Heute hat die 2011 neu gegründete Gesellschaft für Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie (D3G) diese Aufgabe übernommen.

Der Beginn der Gruppenbewegung war auch mit einer Veränderung in der Auffassung der Störungen und mit einer Kritik an der Psychoanalyse verbunden. Wie schon Burrow kritisierte, würde die Psychoanalyse zu wenig die soziale Dimension menschlichen Verhaltens berücksichtigen. Dies griffen auch die Begründer der Gruppenanalyse (Foulkes 1946) und andere Gruppenanalytiker auf, wie auch Main (1946), der Begründer der therapeutischen Gemeinschaft. Die Gruppenanalyse und die therapeutische Gemeinschaft sollten Abhilfe schaffen und die psychischen Störungen so behandeln, als würden sie aus individuellen wie aus sozialen Quellen entstehen. Vor diesem Hintergrund entstand eine Bewegung, die über die klinische Anwendung der Gruppenpsychotherapie hinausging. Die Gruppenbewegung verstand die »Gruppe« eher als Medium zur Einflussnahme auf gesellschaftliche Entwicklungen. H.-E. Richter (1972) gab seinem Buch »Die Gruppe« den Untertitel »Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien«. Ein Zitat aus dem Buch belegt die Erwartungen an die Gruppe: »Die Einführung der Gruppe als eines neuen therapeutischen Rahmens markiert einen historischen Wendepunkt in der Entwicklung der Psychotherapie. Aber weit über die Medizin hinaus stellt sich die Gruppe als eine moderne Existenzform dar, mit deren Hilfe das Individuum seine deformierten und entleerten Beziehungsformen mit neuem Sinn zu erfüllen versucht« (Richter 1972, S. 33).

Richter verband Gruppenarbeit mit den vielfältigen Aktivitäten u. a. in Wohngemeinschaften, Elterngruppen und sozialpolitischen Gruppeninitiativen. Die Gruppenbewegung definierte das Individuum als psychosozial vernetztes. Daher untersucht sie nicht wie die Individualpsychotherapie einzelne, sondern ver-

netzte Individuen in Gruppen, Institutionen, Organisationen, Teams, Arbeitsgruppen, Selbsterfahrungsgruppen, Lerngruppen usw. Damals galt die Gruppe als »Heilsbringer« für die angestrebten individuellen, familiären, institutionellen, politischen und gesellschaftlichen Veränderungen, insbesondere auch für die Bewältigung gesellschaftlicher Konflikte. Solche Veränderungen schienen über den individuellen Weg in der Psychotherapie nicht erreichbar. Die Gruppe sollte mehr als eine Psychotherapie sein. Die Gruppe ist nach diesen Auffassungen auch immer ein soziologisches Thema mit Bezug zur menschlichen Entwicklung und Fehlentwicklung in gruppalen Kontexten. Die Gruppe steht also immer im Spannungsfeld von Individualität und Gesellschaft (Gfäller 2010).

In Österreich wurde 1959 der Österreichische Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik (ÖAGG) durch Raoul Schindler gegründet. Auf der Gründungsversammlung hatte Schindler die Ursprünge der Gruppenanalyse zitiert und bezog sich dabei in erster Linie auf Freud und seine Libidotheorie des Gemeinschaftsgefühls, die übrigens bereits den Hinweis auf die Bedeutung der kleinen, intimen Gruppen enthält und sich den damals üblichen Vorstellungen vom sog. »Herdeninstinkt« entgegenstellte. Ebenso erwähnte er die praktische Anwendung und Fortführung dieser Gedanken im Werk von Eichhorn. Der Psychoanalytiker Adler, dessen Betonung des »Wir-Erlebens« eine logische Wendung zur Gruppenpsychotherapie enthält, wird als einer der Mitbegründer des ÖAGG genannt. Seine Arbeiten haben auf die individualpsychologischen Erziehungsberatungsstellen Einfluss genommen. In der weiteren Entwicklung des ÖAGG differenzierten sich die Sektionen ähnlich wie im DAGG.

Der ÖAGG ist ein anerkanntes Ausbildungsinstitut für die gesetzlich geregelte Ausbildung von Psychotherapeuten. Die Fachsektion Gruppenpsychoanalyse ist Ausbildungsträger für die Zusatzbezeichnung Gruppenpsychoanalyse/analytische Psychotherapie. Über die Ausbildung für Psychotherapeuten hinaus ermöglicht die Gruppenanalyse vielfältige Anwendungen einer modernen »Psychoanalyse jenseits der Couch«. Im ÖAGG besteht auch ein Diplomlehrgang für gruppenanalytische Team- und Organisationsentwicklungen und ein kontinuierlicher fachlicher Austausch für professionelle Berater, Coaches und Trainer.

Unsere Idee für dieses Buch ist, den Leser an der jahrzehntelangen Erfahrung im Umgang mit Gruppen in verschiedenen psychosozialen Kontexten (siehe Janssen 2017) teilnehmen zu lassen und ihn anzuregen, sich mit Gruppenpsychotherapie und deren Anwendungen in klinischen und nichtklinischen Feldern zu befassen. Auf der Grundlage dieser langjährigen Erfahrungen in der Durchführung von psychodynamischer Gruppenpsychotherapie werden die Interventionen ausführlich mit Fallbeispielen illustriert. Die Autoren legen in diesem Buch besonderen Wert auf eine praxisnahe Darstellung und eine vertiefende Beschreibung von psychodynamischen Gruppenprozessen. Darum auch die vielen Beispiele, die alle aus eigener Gruppenerfahrung stammen. Beide Autoren sind seit vielen Jahren als Gruppenanalytiker in den Workshops der Internationalen Arbeitsgemeinschaft in Altaussee tätig. Zusätzlich zu den traditionellen Konzepten werden auch neue Entwicklungen auf dem Gebiet der Gruppenpsychotherapie und der gegenwärtige Forschungsstand beschrieben.

Wir haben nicht den Anspruch, eine umfassende Abhandlung zur Theorie und Praxis der Gruppenanalyse und Gruppenpsychotherapie vorzulegen. Wir stellen die von uns rezipierten theoretischen Konzepte und Reflexionen sowie unsere laufende Praxis in der Gruppenpsychotherapie, aber auch in den Selbsterfahrungsgruppen und Beratungen dar. Dabei lassen wir offen, ob die Gruppenpsychotherapie ein eigenständiges Verfahren ist oder eine Methode der psychodynamischen Psychotherapieverfahren. Möge die nachfolgende Generation die Kraftquelle von Gruppen neu einschätzen und weiterentwickeln.

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einige theoretische Grundlagen der Praxeologie psychodynamischer Gruppenpsychotherapie</b> .....	1
1.1	Grundzüge der psychoanalytischen Therapie .....	1
1.2	Grundzüge einiger psychodynamischer Psychotherapieverfahren .....	7
1.3	Grundzüge der Gruppendynamik .....	10
1.3.1	Relevante Konzepte der Gruppendynamik für die psychodynamische Gruppenpsychotherapie .....	13
1.4	Grundzüge der Gruppenanalyse .....	17
1.4.1	Die Gruppe und die psychoanalytische Haltung .....	24
1.5	Psychodynamische Gruppenpsychotherapie bei strukturellen Ich-Störungen .....	28
1.5.1	Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie .....	29
1.5.2	Mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie (MBT-G) .....	31
<b>2</b>	<b>Beiträge der Neurowissenschaften zu den Grundlagen der Gruppenpsychotherapie</b> .....	43
2.1	Neurobiologische Grundlagen von Gruppenprozessen .....	46
2.1.1	Neurobiologie und Mentalisieren in Gruppen .....	50
2.1.2	Das Oxytocin-/Vasopressin-sensitive Schleifensystem .....	51
2.1.3	Zur interpersonellen Neurobiologie (IPNB) .....	51
2.1.4	Das Modell der neuropsychodynamischen Mechanismen .....	52
<b>3</b>	<b>Gruppenpsychotherapie und Bindungstheorie</b> .....	55
<b>4</b>	<b>Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren in der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie</b> .....	59
4.1	Supportives Klima und Gruppenkohäsion .....	64
4.2	Bereitschaft zur Selbstöffnung und Katharsis .....	66

4.3	<b>Interpersonales Lernen</b> .....	67
4.4	<b>Spezifische Wirkfaktoren</b> .....	70
4.5	<b>Einiges zur Interventionstypologie in der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie</b> .....	72
<b>5</b>	<b>Ambulante psychodynamische Gruppenpsychotherapie</b> ...	75
5.1	<b>Vorbemerkungen zur Indikationsstellung in der Psychotherapie</b> ..	75
5.2	<b>Indikation zur Gruppenpsychotherapie</b> .....	77
5.3	<b>Rahmenbedingungen der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie</b> .....	80
5.3.1	Diagnostische Untersuchung .....	80
5.3.2	Sitzordnung in der Gruppe .....	80
5.3.3	Sitzungsfrequenz und Sitzungszeit .....	81
5.3.4	Die Grundregel .....	82
5.3.5	Honorar und Ausfallregelung .....	83
5.3.6	Co-Leiter und Beobachter .....	83
5.3.7	Protokoll über den Gruppenprozess .....	84
5.3.8	Ausscheiden aus der Gruppe .....	84
5.3.9	Neuordnung der Richtlinien-Psychotherapie für die Gruppenpsychotherapie .....	85
5.4	<b>Ein Beispiel für unbewusste Interaktionsprozesse in der Gruppenpsychotherapie</b> .....	87
5.5	<b>Träume in der Gruppenpsychotherapie</b> .....	89
5.6	<b>Einige besondere Situationen im Verlauf kontinuierlicher ambulanter psychodynamischer Gruppenpsychotherapie</b> .....	96
5.6.1	Durch Symptome ausgelöste besondere Situationen .....	96
5.6.2	Ereignisse während des Verlaufs der Gruppenpsychotherapie .....	100
<b>6</b>	<b>Einige Anwendungen der psychodynamischen Gruppe im nichttherapeutischen Setting</b> .....	107
6.1	<b>Selbsterfahrungsgruppen</b> .....	107
6.2	<b>Balint-Gruppen</b> .....	124
6.3	<b>Leitung von therapeutischen Institutionen</b> .....	130

<b>7</b>	<b>Die stationäre psychoanalytische Therapie</b> .....	134
<b>7.1</b>	<b>Die therapeutische Gemeinschaft</b> .....	134
7.1.1	Grundsätze der psychotherapeutischen Gemeinschaft .....	135
7.1.2	Die therapeutische Gemeinschaft als fortlaufender gruppenanalytischer Prozess .....	139
<b>7.2</b>	<b>Entwicklung der stationären psychoanalytischen Therapie</b> .....	140
<b>7.3</b>	<b>Modelle stationärer psychoanalytischer Therapie</b> .....	144
7.3.1	Die Übertragung im stationären Rahmen .....	151
7.3.2	Die Gegenübertragung und das Teamkonzept .....	154
7.3.3	Die stationäre psychoanalytische Therapie struktureller Ich-Störungen .....	156
<b>7.4</b>	<b>Weiterentwicklung der stationären psychoanalytischen Therapie</b>	163
<b>8</b>	<b>Kombination der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie mit anderen Methoden</b> .....	167
<b>8.1</b>	<b>Kombination von Gruppenpsychotherapie und Pharmakotherapie</b>	167
8.1.1	Grundsätzliche Überlegungen zu Wechselwirkungen therapeutischer Interventionen .....	169
8.1.2	Zur Kombinationsbehandlung von Psychotherapie und Pharmakotherapie am Beispiel der Angststörung .....	170
8.1.3	Wechselwirkungen von Gruppenpsychotherapie und Psychopharmakotherapie .....	171
8.1.4	Neurobiologische Korrelate zeigen differenzielle Effekte von Psychopharmakotherapie und Psychotherapie .....	172
<b>8.2</b>	<b>Gruppenpsychotherapie kombiniert mit psychodynamischer Einzelpsychotherapie</b> .....	174
<b>8.3</b>	<b>Gruppenpsychotherapie kombiniert mit psychoanalytisch orientierter Maltherapie</b> .....	176
<b>8.4</b>	<b>Gruppenpsychotherapie kombiniert mit psychoanalytisch orientierter Musiktherapie</b> .....	179
<b>9</b>	<b>Störungsorientierte Behandlungen in der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie</b> .....	183
<b>9.1</b>	<b>Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit depressiven Störungen</b> .....	183
9.1.1	Psychodynamische Modelle depressiver Störungen .....	184

<b>9.2 Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit Angststörungen</b> .....	190
9.2.1 Psychodynamische Modelle der Angststörungen .....	191
<b>9.3 Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit Schizophrenie</b> .....	196
9.3.1 Mentalisierungsdefizite bei Patienten mit Schizophrenie .....	196
9.3.2 Konsequenzen für die psychotherapeutische Behandlung .....	196
<b>9.4 Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit Borderline-Störungen</b>	204
9.4.1 Psychodynamik der Borderline-Persönlichkeitsstruktur .....	204
9.4.2 Ambulante und stationäre Gruppenpsychotherapie mit Borderline-Patienten .....	206
<b>9.5 Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit Suchtstörungen</b> .....	213
<b>9.6 Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit somatopsychischen und psychosomatischen Störungen</b> .....	216
9.6.1 Psychodynamische Modelle zu psychosomatischen Störungen .....	216
9.6.2 Stationäre Gruppenpsychotherapie .....	218
9.6.3 Stationäre Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit Essstörungen .....	220
9.6.4 Ambulante Gruppenpsychotherapie mit Colitis-ulcerosa- und Morbus-Crohn-Patienten .....	222
<b>10 Empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit psychodynamischer Gruppenpsychotherapie</b> .....	226
10.1 Allgemeines zur Wirksamkeit psychodynamischer Psychotherapien .....	226
10.2 Zur Wirksamkeit psychodynamischer Gruppenpsychotherapien ..	227
10.3 Zur Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapie bei spezifischen psychischen Störungen .....	230
10.4 Evaluierung der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie im stationären Setting .....	231
10.5 Manualisierte psychodynamische Gruppenpsychotherapien .....	232
10.6 Forschungsergebnisse zur mentalisierungsbasierten Gruppenpsychotherapie (MBT-G) .....	236
<b>Literatur</b> .....	239
<b>Sachverzeichnis</b> .....	259

# 1 Einige theoretische Grundlagen der Praxeologie psychodynamischer Gruppenpsychotherapie

## 1.1 Grundzüge der psychoanalytischen Therapie

Eine der Grundlagen der psychoanalytisch begründeten Psychotherapien und damit auch der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie ist die Theorie der Psychoanalyse. Die Psychoanalyse ist zwischen 1890 und 1920 von Sigmund Freud und seinen Schülern entwickelt worden. Sie ist eine Wissenschaft, die die bewussten und unbewussten seelischen Prozesse im Erleben und Verhalten des Menschen, die innerseelischen Konflikte und Objektbeziehungsmuster als Niederschläge infantiler Beziehungserfahrungen sowie die Selbstkonzepte untersucht. Diese theoretischen Grundlagen beziehen sich zusammengefasst auf die Theorie vom Unbewussten, auf die Trieb-, Konflikt- und Strukturtheorie, die Ich-Psychologie, die Objektbeziehungstheorie, die Selbstpsychologie bzw. Narzissmustheorie, die Entwicklungspsychologie, die Bindungslehre und die Mentalisierungstheorie (siehe zusammenfassend bei Janssen 2009). Auch wenn diese Grundlagen hier nicht umfassend dargestellt werden können, sondern vorausgesetzt werden, so sind wir doch der Auffassung, dass diese psychoanalytischen Konzepte den psychodynamisch arbeitenden Gruppentherapeuten in Grundzügen vertraut sein sollten.

Zentrale methodische Konzepte der psychoanalytischen Behandlungslehre sind die Erfassung des Unbewussten in Verhalten, Gedanken, Fantasien, Beziehungen und in den freien Assoziationen. In der dualen Beziehung entfalten sich nach der Herstellung definierter Rahmenbedingungen und der Etablierung einer therapeutischen Arbeitsbeziehung insbesondere die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse und die Widerstände. In ihnen repräsentieren sich unbewusste Beziehungsmuster, die bewusstgemacht und gedeutet werden können und zur Einsicht in die infantilen Konflikte und Objektbeziehungsmuster führen. Freud selbst und seine Schüler<sup>1</sup> vertraten die Vorstellung, wonach sich – gemäß dem Konfliktmodell für Neurosen – infantile unbewusste Triebabwehrkonflikte, das heißt intersystemische Konflikte zwischen Ich, Über-Ich bzw. Ideal-Ich und Es, in der Übertragung wiederholen. Sie waren überzeugt, dass diese bewusst gemacht werden und durch eine deutende Bearbeitung und eine Durcharbeitung der Übertragungsneurose aufgelöst werden können. In der Übertragungsneu-

---

1 Mit dem Ziel der besseren Lesbarkeit verzichten wir in diesem Buch auf die Differenzierung der weiblichen und männlichen Form, es sind aber ausdrücklich beide Geschlechter gemeint.

rose sollte die Vergangenheit, d.h. die infantilen Konflikte, in der Gegenwart wiederhergestellt und gedeutet werden, damit es zu einer Auflösung der Neurose (der Übertragungs- wie der infantilen Neurose) kommt. Das Ziel ist, strukturelle Veränderungen im psychischen Apparat des Patienten zu bewirken, die ihn zu einer besseren Anpassung an seine Lebensumstände befähigen (siehe ausführlich bei Janssen 2016a).

Freuds These von der *Wiederholung infantiler, unbewusst konflikthafter Beziehungsmuster in der Beziehung zum Therapeuten* ist von hohem theoretischem und therapeutischem Wert. In der Wiederholung im Hier und Jetzt kann das Verdrängte als Gegenwärtiges wiedererlebt werden. Das interpersonelle Feld, insbesondere das der Eltern-Kind-Beziehung, war damit als Entstehungsbedingung für Verhalten und ggf. für psychische Störungen entdeckt und Wiederholungen dieser verinnerlichten, unbewussten Konflikte in Denk- und Verhaltensschemata in der Beziehung zum Therapeuten als therapeutischer Zugang konzipiert. Die Wiederholung ist ein klinisches Phänomen, in der Übertragung kehrt das Verdrängte wieder, der Mensch erinnert nicht, sondern wiederholt in der Übertragung und Handlung. Dieser Grundsatz gilt nicht nur für die duale, sondern auch für die grupppale Situation. Darum gilt die Grundregel des freien Einfalls, der *freien Assoziation*, auch grundsätzlich in abgewandelter Form für die psychodynamische Gruppenpsychotherapie: Sie können alles sagen, was Ihnen durch den Sinn geht. Sie sollten sich darum bemühen, alles zu sagen, alle Gefühle, Eindrücke, Erfahrungen, Erinnerungen. Der Patient soll offen sprechen, ohne Zensur, ohne Wertungen, auch wenn er es für unsinnig und unwichtig hält. Die Aufforderung, seinen Vorstellungen, Gedanken und Gefühlen freien Lauf zu lassen und sie unzensiert und spontan zu äußern, ist sowohl in der Psychoanalyse wie in der Gruppe eine einmalige Erfahrung, auch wenn es für viele am Anfang schwer ist, sich darauf einzulassen. Zur freien Assoziation gehört zudem die Aufforderung, *Träume* mitzuteilen, die auch in der Gruppenpsychotherapie ein besonderer Zugang zum Unbewussten sind (► Kap. 5.5).

*Widerstände* gegen die aufdeckende Behandlung sind strukturell in der Persönlichkeit verankerte Abwehrformen, die spezifisch für die Person sein können. Die Bewusstmachung dieser Widerstände und der abgewehrten Triebansprüche in den aktuellen und den infantilen Beziehungsmustern ist eine wichtige Technik der Psychoanalyse. In der Psychoanalyse wird der Widerstand verstanden als charakterologisch verankerte Abwehrleistung gegen die Aufdeckung unbewusster Konflikte und als ein Widerstand gegen das Erinnern. Widerstand kann aber in jedem psychischen Akt enthalten sein, er dient dazu, ein innerseelisches Gleichgewicht aufrechtzuerhalten. Nach Freud ist das Verstehen und Analysieren des Widerstandes die Hauptaufgabe des Therapeuten und erfordert das, was Freud *Durcharbeiten* nennt.

In der Beziehung zum Psychoanalytiker, die sowohl Realaspekte wie gemeinsam geschaffene Rahmenbedingungen hat, wie Aspekte der *Übertragung*, soll die innere Welt des Patienten – seine Erwartungen und unbewussten Konflikte – erfahrbar werden. Gemäß dem Wiederholungszwang wird der Analysand auf den Analytiker oder auf andere Personen seine früheren Erfahrungen und seine

Erwartungen an Beziehungen unbewusst übertragen. Übertragungen sind also unbewusste Reaktionsbereitschaften des Menschen in Beziehungen allgemein und in therapeutischen Beziehungen, insbesondere hervorgerufen durch das Setting und die psychoanalytische Haltung. In der klassischen psychoanalytischen Behandlungstechnik soll also der Analytiker die Projektionsfläche der inneren Verhältnisse des Patienten werden, z. B. seiner Abwehrformation, seiner Über-Ich-Forderungen und seiner Triebwünsche. Daraus leitet sich ab, dass eine strukturelle Veränderung über die Analyse der Übertragungen und der Übertragungsneurose möglich ist, wenn der Analytiker sich abstinente und neutral verhält (zur psychoanalytischen Haltung ► Kap. 1.4.1). Wir orientieren uns besonders an der Auffassung Gills (1984), der die Übertragung durch die »Unangemessenheit« der vom Analysanden auf den Analytiker ausgerichteten negativen oder positiven Gefühle charakterisiert sieht. Die Übertragung ist ubiquitär in verschiedenen Beziehungen, also auch in Gruppen wirksam, aber sie bekommt in der Gruppe eine andere Gestalt (► Kap. 1.4). Sie aktualisiert sich in dualen Settings eher in Vorstellungen und Fantasien, in gruppalen Settings mehr im Verhalten und Interaktionen der Gruppenteilnehmer. So können Gefühle, motorische Handlungen, Träume, Kindheitserinnerungen, Kommentare über die Realität, schließlich jede Äußerung des Patienten und jede Interaktion einen Übertragungsbezug haben. Das Vorhandensein von Übertragungen heißt noch nicht, dass der Analysand darüber spricht, denn er schämt sich, seine Gefühle, Einstellungen, Gedanken und Einfälle (z. B. über die Person des Analytikers) zu äußern. Er entwickelt also einen Widerstand gegen die Wahrnehmung der Übertragung. Der Widerstand hängt mit Schamgefühlen, Verlegenheit und Demütigungen zusammen, mit »internalisierten sozialen Missbilligungen« (Sandler & Sandler 1985).

Gill (1984) unterscheidet in der dualen Situation zwei Manifestationsformen der Übertragung: den Widerstand gegen die Wahrnehmung der Übertragung und den Widerstand gegen die Auflösung der Übertragung. Im Widerstand gegen die Wahrnehmung der Übertragung manifestiert sich die Abwehr, im Widerstand gegen die Auflösung der Übertragung der Wunsch. Nach Janssen lässt sich die Übertragung/Gegenübertragung für die duale Situation heute folgendermaßen definieren: »Übertragung ist zum einen die spontane Aktualisierung früher Beziehungserfahrung in den Interaktionen mit Therapeuten oder anderen Bezugspersonen. Übertragung ist aber nicht nur verzerrte Wiederholung der Vergangenheit in der Gegenwart, sondern andererseits das Ergebnis bewusster und unbewusster Erfahrungen in den Beziehungen zum Therapeuten und damit ein Amalgam zwischen Vergangenheit und Gegenwart. Aber sie ist auch nicht alleine Ergebnis einer Interaktion, sondern partiell Externalisierung der Innenwelt des Patienten« (Janssen 2016a, S. 392).

Neben diesen Formen der Übertragung hat Freud weitsichtig schon eine weitere Ebene der Beziehung zwischen Analysand und Analytiker formuliert, die er »unanstößige« oder »milde« Übertragung nannte. Die unanstößige Übertragung entspricht der nicht spezifizierten Voraussetzung des Analysanden, sich auf eine therapeutische Beziehung einzulassen.

Nach Gill (1984) soll die unanstößige Übertragung nicht analysiert werden. Sie sei notwendig, damit der Patient den Widerstand in der Therapie überwindet. Sie sei für alle Fälle förderlich für den therapeutischen Prozess. Dieser Beziehungsmodus lässt sich mit einer emotionalen Verfassung vergleichen, die nach der Bindungsforschung mit »sicher gebundenem Verhalten« und in der Gruppenanalyse als »Matrix« oder als »Container-Funktion« bezeichnet wird (► Kap. 1.4).

Aus der Konzeption der unanstößigen Übertragung wurde unter Ich-psychologischen Aspekten später das Konzept der *therapeutischen Allianz* oder das des *Arbeitsbündnisses*. Beide sind keine festen Größen, sie sind variabel und hängen von der jeweiligen Konstellation ab. Sie beruhen wesentlich darauf, dass eine Beziehung entsteht, die es ermöglicht, die therapeutische Ich-Spaltung zu vollziehen und sich mit dem analysierenden Ich des Therapeuten zu identifizieren. Diese Beziehungsebene ist daher mehr als ein reales, rationales Arbeitsbündnis, es ist eine basale Beziehung/Übertragung, auf der jede Behandlung auch in der Gruppe aufbaut.

Die Ich-psychologische Psychoanalyse benutzt den Begriff der *technischen Neutralität*, der die Abstinenz- und Anonymitätsregel umfasst, als Kernmerkmal der psychoanalytischen Haltung. Technische Neutralität bezeichnet auch Haltungen wie z. B. grundsätzliche Offenheit gegenüber dem Material, keine Auswahl treffen, sich flexibel auf die Interaktion einstellen und nicht an dem eigenen Konzept festhalten. Besonders hervorzuheben ist, dass der Therapeut sich nicht zu Stellungnahmen gegenüber dem Patienten hinsichtlich seiner Person, aber auch hinsichtlich Werten und Urteilen verleiten lassen soll (Kernberg 1999). Neuere Konzepte zur Abstinenz betonen das Bemühen des Therapeuten, emotionale Verwicklungen mit dem Patienten, die sich im Rahmen der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung einstellen, immer wieder bewusst zu reflektieren und so ein unbewusstes Agieren des Therapeuten zu vermeiden. In diesen Aspekten der psychoanalytischen Behandlung weicht die Behandlung in der Gruppe vom dualen Setting erheblich ab (vgl. Kap. 1.4).

Die Wahrnehmungseinstellung des Psychoanalytikers in der dualen Beziehung ist die der *teilnehmenden Beobachtung* bzw. der »gleichschwebenden Aufmerksamkeit« (Freud 1923), die der freien Assoziation der Patienten entspricht. Es ist ein Verstehensprozess, in dem *Empathie* für die Lebenssituation des Patienten und Identifikation mit ihm eine Rolle spielen (Loch 1965). Unter dem Einfluss des interaktionellen Verständnisses von Übertragung und Gegenübertragung entwickelt sich in den letzten Jahrzehnten ein neues Verständnis des Freudschen Verfahrens, das den Gruppentherapien sehr entgegenkommt. Im deutschsprachigen Raum z. B. formulierte Argelander (1968, 1970) das Konzept des »*szenischen Verstehens*« (vgl. auch Laimböck 2015). Unbewusste Bedeutungen liegen nicht allein in verbalen, sondern auch in situativen Informationen. Aus der situativen Information kann der Therapeut die in der Interaktion entstandenen unbewussten Fantasien herausarbeiten. Was sich in der Szene manifestiert, ist nicht ein einzelnes Ereignis, sondern eine Konfiguration von Ereignissen. Durch die Übertragung wird der Therapeut zum Teilhaber der vergangenen und gegenwärtigen Lebenspraxis des Analysanden, was ihm die Möglichkeit ver-

schaft, Zugang zu dessen Innenwelt einschließlich der infantilen Szene zu gewinnen. In der Übertragungsszene ist er nicht nur Teilhaber, sondern zugleich Mitspieler. Das szenische Konzept umfasst nicht nur die Sprache, sondern auch das Handeln, sodass man mit Klüwer (1983) von einem *Handlungsdialog zwischen Patient und Therapeut* sprechen kann. Spricht Argelander von der Szene, die das Ich in der analytischen Situation erschafft, so spricht Gabbard (1999) von solchen Szenen als *Enactments*, die sowohl der Analysand als auch der Analytiker erschaffen könne. Janssen hat dies in der stationären psychoanalytischen Therapie als »handelnde Inszenierung« definiert (Janssen 1987, vgl. auch Kap. 7.3.1).

Das »monadische« Konzept der Übertragung nach Freud war für viele Analytiker, die interaktionell und intersubjektiv orientiert sind, unbefriedigend, da dem Einfluss des Analytikers zu wenig Beachtung geschenkt wurde (vgl. Thomä & Kächele 2006). Zunehmend bekam ein neues Konzept von *Gegenübertragung* Bedeutung. Die Gegenübertragung wurde als konkordante oder komplementäre Spiegelung der Übertragung des Patienten verstanden. Die konkordante Gegenübertragung setzt ein empathisches Band zwischen Analytiker und Analysand voraus. Der Analytiker kann sich mit einer Selbstrepräsentanz des Patienten identifizieren. Eine komplementäre Gegenübertragung setzt die Identifizierung des Analytikers mit einer verleugneten inneren Objektrepräsentanz des Patienten voraus. Seit der Person des Therapeuten mehr Beachtung in der therapeutischen Interaktion zukommt, befassen sich die Therapeuten mit der Wirkung der Persönlichkeit des Therapeuten und der Wirkung seines Behandlungsangebotes auf den Analysanden, was selbstverständlich auch für die psychodynamische Gruppenpsychotherapie gilt.

Heute versteht man unter Gegenübertragungen alle affektiven Regungen, Einfälle, Vorstellungen und Handlungen des Therapeuten mit Bezug auf die gesamte Person des Patienten und nicht nur bezogen auf die Übertragung. Dieser *interaktionelle Gesichtspunkt* ist heute tragend für das Verständnis des therapeutischen Prozesses. Entscheidend ist die Einsicht, dass Übertragung und Gegenübertragung eine Einheit bilden.

Der Analytiker ist aber nicht nur Übertragungsobjekt, sondern auch ein »neues Objekt« (Treurniet 1995). Nicht alles, was der Patient am Analytiker wahrnimmt, ist Spiegelung, sondern er hat auch realistische Wahrnehmungen von dem Therapeuten. Die realistischen Wahrnehmungen verbinden sich mit den Übertragungen oder sind Auslöser von Übertragungen. Es gibt also eine real wahrgenommene Interpersonalität und eine durch die Übertragung verzerrte Interpersonalität, sodass in jeder therapeutischen und insbesondere gruppen-therapeutischen Situation zwischen interpersoneller Realität und Übertragung/Gegenübertragungskonstellation unterschieden werden muss.

Ein neues Konzept, das für die psychodynamische Gruppenpsychotherapie bedeutsam wurde, kam aus der kleinianischen Psychoanalyse. Melanie Klein hat schon 1946 das Konzept der *projektiven Identifikation* formuliert, ein zentrales Konzept der kleinianischen Psychoanalyse: Schlechte Anteile des Ich werden ausgestoßen und in das Objekt verlegt, dadurch werden diese schlechten Anteile kontrolliert. Melanie Klein ist der Ansicht, dass die projizierten Inhalte eher *in*

das Objekt hineinprojiziert würden als *auf* das Objekt. In diesen projektiven Prozessen wird die Zeitlichkeit, Vergangenheit und Gegenwart aufgehoben, sodass die unbewussten Übertragungs- und Gegenübertragungsfantasien einen ahistorischen Charakter bekommen und sich im Hier und Jetzt ereignen. Das Konzept der projektiven Identifizierung, das auch für die Gruppe große Bedeutung hat, wurde z. B. von Bion (1990, 1992) und Odgen (1988) aufgegriffen und zu einer Behandlungstheorie weiterentwickelt. Die projektive Identifizierung charakterisiert nicht nur die basale Form der Kommunikation zwischen Mutter und Säugling, sondern ist auch eine elementare Kommunikation im späteren Leben zwischen zwei Personen, so zwischen Analysand und Analytiker, aber auch zwischen und innerhalb von Gruppen, und zwar zwischen Gruppenleiter und Gruppenteilnehmer oder zwischen einzelnen Teilnehmern. Die projizierten Selbst-Anteile können »gut« oder »böse« sein. Die emotionale Beeinflussung oder sogar Manipulation des Analytikers durch die Projektion des Analysanden ist der zentrale Bestandteil in dem Geschehen. Im optimalen Fall gelingt es, die Reaktion auf die Projektion des Analysanden zu verarbeiten. Dazu entwickelte Bion für die duale Situation die Theorie des Verhältnisses von »Container/Contained«. Der Container ist die zur Aufnahme fähige Psyche des Objektes z. B. des Therapeuten, die die Inhalte, die in sie hineinprojiziert werden, bewahren (»containen«) kann. Durch das Containment werden die Inhalte transformiert. Der Therapeut nimmt sie auf und verändert sie, und zwar so, dass sie vom Patienten wieder reinternalisiert werden können. Damit hat die projektive Identifikation einen interpersonalen, intersubjektiven Aspekt jenseits der Projektion von unbewussten Fantasien. Dieses Konzept gilt auch für die Arbeit mit Gruppen, die Gruppe ist dann der Container, der Behälter, die fördernde und haltende Mutter, das Selbstobjekt (siehe Hirsch 2010). Nähere Ausführungen zur Gruppe finden sich dazu im Kap. 1.4.

Vergleichbar, aber radikaler, veränderten sich die Auffassungen von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen in der relationalen oder intersubjektiven Perspektive der Psychoanalyse. Nach diesen Positionen sind die Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse eine *gemeinsame schöpferische Konstruktion* von Analytiker und Patient innerhalb der analytischen Beziehung. Nach den intersubjektiven Theorien der Psychoanalyse (z. B. Greenberg & Mitchell 1983, Mitchell 2005, Altmeyer 2003) ist der Analysand nicht *das Objekt* des erkennenden Therapeuten, es handelt sich um eine *Begegnung zweier Subjekte*. Patient und Therapeut sind »Koautoren des analytischen Prozesses und der schöpferischen Konstruktion von Bedeutungen, die relativ multipel und nicht abschließend festzulegen sind« (Bohleber 1999, S. 816). Fonagy und Target (2006a) beschreiben die Veränderungen, die die intersubjektiven Perspektiven für die Psychoanalyse bringen, dahingehend, dass der Psychoanalytiker nicht Beobachter ist, sondern Teilnehmer an einer gemeinsamen Aktivität, der Psychoanalyse. Dies gilt besonders für die psychodynamische Gruppenpsychotherapie, da das Intersubjektive und Interpersonelle immer eine Rolle spielt und der Therapeut auch Gruppenmitglied ist (► Kap. 1.4).

Die Ich-psychologisch orientierten Psychoanalytiker entwickelten mit dem

Konzept des *Enactments* (vgl. Gabbard 1999) eine vergleichbare methodische Position. Enactment in der Gegenübertragung, auch *Gegenübertragungsin szenierung* genannt, ist ein Beispiel für das Ineinandergreifen von Übertragungs- und Gegenübertragungsmomenten. Das Konzept besagt Folgendes: Die Übertragung wirkt sich auf die Haltung des Analytikers aus und beeinflusst das interpersonale Feld zwischen Patient und Analytiker. Aktualisierte Übertragungen führen zu Gegenübertragungsreaktionen, die auch im Handeln ihren Ausdruck finden, z. B. im Schweigen, in bestimmten invasiven Interpretationen, der Körperhaltung, einer Änderung des Settings usw. Während das Konzept der projektiven Identifizierung den Analytiker als Container sieht, sieht das Konzept des Enactments den *Analytiker als handelnde Person*.

Diese hier nur kurz skizzierten Konzepte der psychoanalytischen Behandlungspraxis, die ausführlicher bei Janssen (2016a) nachzulesen sind, finden in der gruppalen Situation modifizierte Anwendungen.

## 1.2 Grundzüge einiger psychodynamischer Psychotherapieverfahren

Die Anwendungen der Psychoanalyse in der psychodynamischen Psychotherapie haben ebenso wie die Psychoanalyse selbst eine fast hundertjährige Geschichte. Sie begann schon mit den Werken Freuds. Lange Zeit waren die Differenzen von Psychoanalyse und Psychotherapie durch die Frage bestimmt, ob supportive und suggestive Elemente eher und intensiver in der Psychotherapie zur Anwendung kommen und weniger in der Psychoanalyse (vgl. Janssen 2016b). In den letzten Jahren sind Konzepte entwickelt worden, die die psychodynamische Psychotherapie als eigenständiges Verfahren von den psychoanalytischen Therapien abgrenzen wollen. Es entstand eine Praxeologie psychodynamischer Verfahren (z. B. Reimer & Rüger 2012, Dreyer & Schmidt 2008).

Janssen (2002) rechnet zu den *psychodynamischen Psychotherapieverfahren*, in denen die Psychoanalyse zur Anwendung kommt,

- im Zweipersonensetting: analytische Psychotherapie, Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Fokalthherapie, Kurztherapie, supportive Therapie
- im Mehrpersonensetting: psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Gruppenpsychotherapie, psychoanalytische Ehe- und Familientherapie, stationäre psychoanalytische Therapie
- in den nonverbalen Verfahren: psychoanalytische Kunst- und Musiktherapie, psychoanalytische Körpertherapien

Auf das große Spektrum der aus der Psychoanalyse abgeleiteten psychodynamischen Psychotherapien ist hier nicht einzugehen, sondern nur auf die Methoden, die auch im Gruppensetting angewandt werden oder die mit dem Gruppensetting kombiniert werden (vgl. auch Janssen 2016b, c).

Die *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* und die *analytische Psychotherapie* sind beide auch im Gruppensetting anwendbar. Die in der vertragsärzt-

lichen Versorgung etablierten Methoden sind hinsichtlich der Technik und der Zielsetzung im Text der Psychotherapie-Richtlinien ausdrücklich für das duale Setting definiert. Für das gruppale Setting halten wir diese im dualen Setting erarbeiteten Differenzierungen für inadäquat. In der Gruppe heben sich nämlich die Unterschiede im Gruppenprozess, wie wir noch darlegen werden, auf. Dennoch sollen die Methoden, wie sie in den Psychotherapie-Richtlinien, die seit 1967 in Deutschland eingeführt sind und die administrativ die Krankenkassen-finanzierte Psychotherapie regeln (vgl. Rüger et al. 2015), kurz definiert werden. Eine ausführliche Darstellung mit Literaturhinweisen findet sich bei Janssen (2016b, c).

Unter die *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie* werden die Kurztherapie, die Fokalthherapie, die dynamische Psychotherapie und die niederfrequente Therapie in einer haltgewährenden therapeutischen Beziehung subsumiert. Die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie wird definiert als Durcharbeitung aktuell wirksamer, unbewusster Konflikte unter Beachtung von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand. Die *analytische Psychotherapie* wird definiert als Technik der Behandlung der neurotischen Konflikte und der zugrunde liegenden neurotischen Struktur mithilfe der Übertragungs-, Gegenübertragungs- und Widerstandsanalyse unter Nutzung regressiver Prozesse. Die analytische Psychotherapie kommt der nicht terminierten Psychoanalyse sehr nahe, ist aber wegen der therapeutischen Zielsetzungen, der Dauer der Behandlung, der Stundenfrequenz pro Woche und der methodischen Orientierung begrenzter als die Psychoanalyse. In Deutschland hat die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie im dualen Setting die weiteste Verbreitung gefunden. Sie wird insgesamt häufiger angewandt als die analytische Psychotherapie (Kruse & Herzog 2012). Da sie für die Versorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie von hoher Relevanz ist, soll auf die Methodik noch etwas näher eingegangen werden. Gegenstand der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sind sowohl die intrapsychischen wie die interpersonellen Konflikte, ein Schwerpunkt liegt auf den interpersonellen Konflikten. Bearbeitet werden die reaktualisierten Beziehungsrepräsentanzen in aktuellen interpersonellen Beziehungen. Ermann (2004) nennt diese die *Außenübertragung*, d. h. ein Übertragungsmuster in aktuellen sozialen Beziehungen. Er grenzt sie von der *Binnenübertragung* ab, d. h. von der Übertragung auf den Therapeuten. Eine weitere Unterscheidung liegt in einer *aktiveren therapeutischen Haltung*, im Einsatz von stützenden, ermutigenden, grenzsetzenden Interventionen und in der Einschränkung regressiver Prozesse. Die Behandlungstechnik zielt also nicht allein auf die Bearbeitung der unbewussten Konflikte in der Übertragungs-Gegenübertragungskonstellation, sondern auf die Durcharbeitung der in den aktuellen interpersonellen Konstellationen sich manifestierenden unbewussten intrapsychischen Konflikte und deren Zusammenhang mit Symptomen. Die Therapeuten nutzen dabei auch supportive und psychoedukative Techniken und wechseln zwischen Strukturieren, Fokussieren und Freiraum-Gewähren.

Aus den Anforderungen der Patientenversorgung sind auch weitere psychodynamische Verfahren entwickelt worden, insbesondere für Störungsbilder aus

dem Bereich der strukturellen Ich-Störungen, der sog. präödpalen oder frühen Störungen oder Störungen auf dem Borderline-Funktionsniveau (► Kap. 1.5). Sie sind gekennzeichnet durch eine unzureichende Selbst-Objekt-Differenzierung, den Einsatz früher Abwehrmechanismen (z. B. Spaltung und Projektion), Störungen der Ich-Funktionen, wie der Realitätswahrnehmung und des Denkens, und der Wahrnehmung der Affekte sowie der Identität. Hier kommen die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie und die Mentalisierungsbasierte Psychotherapie sowohl im dualen Setting wie in ambulanten und stationären Gruppenpsychotherapien zur Anwendung.

Die *psychoanalytisch-interaktionelle Therapie* wurde von Heigl-Evers & Heigl (1973, 1983) konzeptualisiert. Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie löst das Prinzip Deutung durch das Prinzip Antwort ab. Das *Prinzip »Antwort«* ist eine weitgehende Veränderung psychoanalytischer Therapieprinzipien. Es besagt, dass dem beobachtbaren Verhalten und den vorbewussten Interaktionen zwischen Therapeut und Patient viel stärker Rechnung getragen werden muss. Der Therapeut ist selektiv darauf eingestellt, mit seinem »antwortenden Verhalten« und seinem komplementären Erleben auf die Interaktionen des Patienten zu reagieren und dem Patienten sein Erleben als Antwort zur Verfügung zu stellen. Der Therapeut ist also vielmehr ein interaktionelles Gegenüber und lässt sich nicht in regressive Übertragungsmanifestationen, etwa i. S. von Selbstobjektübertragungen, verwickeln. Der antwortende Interventionsmodus des Therapeuten wird angewandt, um eine stärkere Differenzierung und Trennung von Selbst und Objekt im Gegensatz zum Wunsch des strukturell Ich-gestörten Patienten nach Ungetrenntsein und Verschmelzen zu erreichen. Des Weiteren wird dem Patienten vor Augen geführt, dass das interpersonelle Verhalten des Patienten dysfunktional ist und er die Grenzen des anderen (des Therapeuten) beachten muss. In dieser Wendung von der Deutung der Übertragung zur interaktionellen Antwort liegt eine grundsätzliche Veränderung psychodynamischer Psychotherapieansätze, deren Wirkung z. B. bei Borderline-Patienten nachgewiesen wurde (Leichsenring et al. 2007). Zur ausführlichen Darstellung der Methodik mit Beispielen wird insbesondere auf Streeck (2007) und Streeck & Leichsenring (2009) verwiesen und hinsichtlich der Anwendung in Gruppen auf Kap. 1.5.1.

Die neueste Methode der psychodynamischen Psychotherapie für strukturelle Ich-Störungen ist die *Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT)* (Bateman & Fonagy 2008). Die MBT geht auch von einem Defizit in der Ich-Selbst-Entwicklung aus, was theoretisch mit den Ergebnissen der Bindungstheorie, der Säuglingsforschung und der neurobiologischen Forschung begründet wird. Die zentrale Annahme der MBT ist, dass das Affektleben des Kindes sich in den frühesten Stadien des Lebens in einer sicheren Bindung entwickelt. Diese dyadische Erfahrung bildet die Grundlage der Mentalisierung. Die sichere Bindung führt über Affektrepräsentation zur Mentalisierung, d. h. zur Fähigkeit, über ein Wahrnehmen eigener Gefühle das Objekt sowohl kognitiv wie affektiv richtig zu verstehen (interpersonale Interpretationsmechanismen). Dazu entwickeln sich »innere Arbeitsmodelle« des Selbst, sozusagen die innere beruhigende »Mutterimago«, ein Ergebnis der Erfahrung zwischen affektivem Selbst und beruhigen-

dem Objekt. Unter den Bedingungen einer unsicheren Bindung persistieren Vorstadien der Mentalisierung. Sie werden in einem späteren Lebensstadium in affektiv belastender Situation reaktiviert. Die höchsterreichte Stufe der Mentalisierung ist die Symbolisierungskompetenz. Die Mentalisierung ist also ein Teil unseres Selbst, unserer Sprachfähigkeit und unseres interpersonellen Verhaltens (zur Mentalisierung vgl. Schultz-Venrath 2013). In unserer Darstellung der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie hat diese Methode eine besondere Würdigung erfahren (► Kap. 1.5.2).

Nach diesem Überblick über die Psychoanalyse und einige Formen ihrer Anwendungen in der psychodynamischen Psychotherapie ist festzuhalten, dass die Psychoanalyse wertvolle Behandlungskonzeptionen für die psychodynamische Gruppenpsychotherapie entwickelt hat. Die intersubjektiven Theorien und insbesondere die Diskussion über die Bedeutung der Gegenübertragung haben im Laufe der Jahrzehnte die psychoanalytische Haltung verändert.

Heute ist das Zentrum der klinischen und behandlungstechnischen Diskussion nicht mehr das Konzept des Widerstandes wie noch bei Freud, sondern das Konzept der Gegenübertragung, des Enactments und der projektiven Identifikation. Die Intersubjektivisten heben die asymmetrische Beziehung der Psychoanalyse auf und sprechen von einer symmetrischen Beziehung, in der Gegenseitigkeit und Aushandeln eine große Rolle spielen. Diese Entwicklung kommt der interaktionellen Orientierung in der Gruppenpsychotherapie sehr nahe, wie wir noch zeigen werden.

### 1.3 Grundzüge der Gruppendynamik

Bei den Beiträgen der Gruppendynamik zur Theorie der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie wollen wir uns nicht auf die soziologischen oder sozialpsychologischen Grundlagen der Groß- oder Kleingruppenforschung beziehen, sondern insbesondere auf die experimentelle Methode des gruppendynamischen Laboratoriums. Darauf beruhen auch unsere Erfahrungen. Einer der Autoren (Janssen) ist auch Trainer für Gruppendynamik und er verknüpfte die Psychoanalyse und die psychodynamische Gruppenpsychotherapie mit der Gruppendynamik. Er hat an verschiedenen gruppendynamischen Laboratorien mitgewirkt, insbesondere an dem von Tobias Brocher, Christa Deichmann und Peter Fürstenau (siehe Brocher et al. 1972) konzipierten berufsbezogenen gruppendynamischen Laboratorium, das ausdrücklich eine psychoanalytische Richtung vertrat (Janssen 1977).

Der Begriff »Gruppendynamik« bezieht sich auf die Untersuchung von Individuen, die in Kleingruppen interagieren, hier insbesondere in sog. gruppendynamischen Laboratorien (siehe König 2012). Das Wort »Dynamik« weist darauf hin, dass komplexe und interdependente Kräfte in dem Lebensraum »Gruppe« angenommen werden. Der Begriff »Gruppendynamik« ist also analog zu dem Begriff »Psychodynamik« gewählt, der die Dynamik im Individuum beschreibt. Gruppendynamik umfasst alle bewussten (und unbewussten) wechselseitigen

Beeinflussungsprozesse in einem interpersonellen Bereich von mehr als zwei Individuen. Gruppendynamik bedeutet, dass das Individuum in einer Mehr-Personen-Beziehung versucht, seine Bedürfnisse, seine Werte und Normen durch Übereinkünfte zu regeln, sich zu arrangieren, sich zu koordinieren. Amann (2001) nennt dies den »Prozess der Vergemeinschaftung«. Gruppendynamik heißt also, diesen Prozess der Vergemeinschaftung zu erleben und zu reflektieren. Dazu eignen sich die gruppenspezifischen Laboratorien, wobei jede Gruppe durch ein besonderes Muster der Vergemeinschaftung charakterisiert ist.

Schon Lewin hatte bei der Einführung des gruppenspezifischen Trainings festgestellt, dass Verhaltensbeobachtungen und deren Rückmeldung eine verändernde Wirkung auf das Individuum in der Gruppe haben. Zur Veränderung und zur Verbesserung der Verhaltenskompetenz ging er also nicht ins soziale Feld, sondern er entwickelte die Methode der Trainingsgruppen (T-Gruppen), eine Laboratoriumsmethode, die wie ein Experiment aufgebaut ist. Luft (1971) schrieb dazu: »Wenn man Menschen Gelegenheit gibt, in einer Laboratoriumsgruppe zu arbeiten, entsteht bei den meisten Menschen genug persönliche Beteiligung, sodass sie die Prozesse empfinden und beobachten können, während sie lernen, sie begrifflich zu fassen« (S. 13). Die Teilnehmer lernen über ihr Verhalten und über die allgemeine Dynamik in Gruppen. Das Erlernen der Gruppendynamik wird eher durch die Selbsterfahrung gefördert als durch rein theoretische Informationen oder praktische Anleitungen. Nur Erfahrungen helfen weiter. Solche Trainingsgruppen wurden am *Massachusetts Institute of Technology* eingerichtet (siehe Bradford et al. 1972) und erlangten eine besondere Bedeutung in den 1960er- und 1970er-Jahren, als sie von dem Sozialpsychologen und klinischen Psychologen Alf Däumling nach Deutschland gebracht wurden (vgl. Däumling et al. 1974). In der Bundesrepublik entwickelte sich damals eine Gruppenbewegung mit zahlreichen gruppenspezifischen Laboratorien. Diese gruppenspezifische Bewegung hat wiederum eine Entwicklung in der Gruppenpsychotherapie und insbesondere in der stationären Psychotherapie und der Psychosomatischen Medizin angestoßen (siehe Janssen 2017).

Das Medium Gruppe wird also dazu benutzt, Verhaltenskompetenzen der Teilnehmer zu verbessern. Wie solche T-Gruppen eingesetzt werden, ist sehr verschieden. Manchmal werden der Gruppe Aufgaben gestellt, die sie zu erledigen hat, und es wird der Gruppe überlassen, wie sie sie erledigt und wie der Einzelne sich integriert. Dazu sind gruppenspezifische Übungen (vgl. Antons 1973) entwickelt worden, die teilweise noch heute praktiziert werden. Der Gruppenleiter, gruppenspezifischer Ausbilder bzw. Trainer spielt dabei keine aktive Rolle, sondern ist relativ abstinenter. Die Minimalstrukturierung und das Prinzip des Hier und Jetzt verunsichert die Teilnehmer innerhalb der T-Gruppen und es entwickeln sich regressive Prozesse und auch Übertragungsprozesse, die in dem Prozess der Vergemeinschaftung im gruppenspezifischen Raum reflektiert werden (siehe Amann 2001). Die T-Gruppenmethode erfordert eine Atmosphäre des Gewährenlassens und kein autoritatives Vermitteln von Inhalten. Die Zielsetzung ist eine Veränderung der individuellen Handlungskompetenz durch Analyse der konkreten Verhaltensdynamik. Diese Analyse gründet immer auf dem

Hier und Jetzt und nicht auf dem biografischen Hintergrund, der in der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie relevant wird. Die klassische T-Gruppe ist also eine *selbstreflexive Gruppe*, die sich zur Verbesserung der Aufgabenerledigung mit sich selbst befasst. Die Prozesse in diesem gruppenspezifischen Raum werden – anders als in der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie (► Kap. 1.4) – reflektiert unter den Gesichtspunkten Zugehörigkeit, Macht und Intimität.

Ob *Zugehörigkeit* besteht oder nicht, ist ein besonderes Prozessmerkmal in jeder Gruppe: Nach den Untersuchungen von Antons et al. (2001) sollen die Prozesse der Zugehörigkeit in aktuellen T-Gruppen bedeutsamer geworden sein als in früheren T-Gruppen. Wer zur Gruppe gehört und wer nicht, sei eine zentrale Frage. Die Zugehörigkeit wird in der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie aber meist durch den Leiter festgelegt, dürfte also in solchen Gruppen keine so große Rolle spielen. Die *Macht* ist das Merkmal jeder sozialen Beziehung. Macht reduziert die Komplexität von Kommunikation in Gruppen. Es gibt verschiedene Formen der Macht, es gibt die hierarchische Macht und die Normen etablierende Macht. Meistens übernimmt der Gruppenleiter die Macht in der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie, wodurch auch die Übertragungsprozesse geprägt werden. Die Themen *Intimität*, Nähe/Distanz, Beziehungswünsche versus Beziehungsängste bis hin zu sexuellen Wünschen und sexuellen Ängsten sind reflexiver Gegenstand in allen Gruppen (vgl. König 2012) und selbstverständlich besonders in therapeutischen Gruppen.

Die Gruppendynamik hat sich auch mit der Frage befassen müssen, wie Gruppen nach ihrer Größe einzuteilen sind. Nach König (2012) unterscheiden sich *Kleingruppen* mit drei bis zwölf Mitgliedern von *Mediengruppen* mit zwölf bis 25 Mitgliedern und *Großgruppen* ab 25 Mitgliedern. Diese Zahlen sind von Relevanz, da in den Psychotherapie-Richtlinien bisher nur Gruppengrößen von maximal neun Teilnehmern für die psychodynamische Gruppenpsychotherapie vorgesehen sind.

Weiterhin liefert uns die Gruppendynamik Definitionen der Gruppe. Hier geht es u. a. um die Frage: Wann ist eine Ansammlung von Menschen eine Gruppe? Der Sozialpsychologe und Gruppendynamiker Sader (2008) definiert die Gruppe folgendermaßen:

- Die Teilnehmer erleben sich als zusammengehörig,
- definieren sich explizit als zusammengehörig,
- verfolgen gemeinsame Ziele,
- teilen Normen und Verhaltensvorschriften für einen bestimmten Verhaltensbereich,
- entwickeln Ansätze von Aufgabenteilung und Rollendifferenzierung,
- haben mehr Interaktionen untereinander als nach außen,
- identifizieren sich mit einer gemeinsamen Bezugsperson oder über einen gemeinsamen Sachverhalt oder eine Aufgabe,
- sind räumlich und/oder zeitlich von anderen Individuen der weiteren Umgebung abgehoben.

König (2012) definiert die essenziellen Merkmale von Gruppen noch differenzierter:

- Gruppen haben die Möglichkeit zur direkten Face-to-Face Kommunikation. Hierbei spielt natürlich die Größe der Gruppe eine entscheidende Rolle. Je größer die Gruppe ist, umso weniger ist diese Kommunikation möglich.
- Gruppen haben ein gemeinsames Ziel (z. B. Selbsterfahrung, Lernen, Psychotherapie).
- Gruppen haben eine gewisse zeitliche Dauer. Hier stellt sich die Frage, inwieweit eine Mindestdauer erforderlich ist, damit Prozesse überhaupt zustande kommen. Das hängt sicher auch von der Zielsetzung ab.
- Gruppen teilen Normen und Werte, z. B. kommunikative Basisregeln, die notwendig sind, um sich zu verstehen. Normen und Werte im Sinne von Arbeitsregelungen, z. B. Vertraulichkeit, werden durch den Leiter festgelegt. Normen und Werte werden durch die Gruppe selbst entwickelt.
- Gruppen haben ein Geflecht von Rollen, die aufeinander bezogen sind, z. B. die führende, die beratende, die stützende Rolle.
- Gruppen haben ein Gefühl der Zugehörigkeit, ein Wir-Gefühl im Sinne einer Gruppenkohäsion.

Diese Kriterien von Sader und König treffen auch auf Gruppen in der psychodynamischen Psychotherapie zu: Patienten erleben sich als zusammengehörig, verfolgen das gemeinsame Ziel einer Psychotherapie, halten Regeln über die Zusammenarbeit ein, z. B. Zeit und Ort, haben regelmäßige Interaktionen untereinander, identifizieren sich mit der gemeinsamen Aufgabe der Selbstreflexion der persönlichen Entwicklung und grenzen sich zu einem festgelegten Zeitpunkt von anderen Gruppen ab.

Für die Gruppenpsychotherapie ist es sicher nützlich, das Phänomen Gruppe auch aus dem Blickwinkel der Evolution zu verstehen. Seit Beginn der Menschheit haben Menschen über alle Zeiten hinweg Sicherheit und Geborgenheit in Gruppen gesucht. Aber nicht nur Sicherheit, Geborgenheit und Zugehörigkeit ist in Gruppen zu finden, sondern auch ein Konformitätsdruck, der allgemein als Gruppendruck beschrieben wird. Einzelne Individuen unterwerfen sich dem Gruppendruck entgegen besseren Wissens und Gewissens und schließen sich der Gruppenmeinung an. Die Gruppe ist immer mehr als die Teile, das haben schon Lewin und viele andere nach ihm belegt. Gruppe ist die Bezeichnung für etwas Überindividuelles, ein reales und ganzheitliches System. Diese Auffassung drückt Freud (1921) mit dem Begriff der »Kollektivseele« aus.

### 1.3.1 Relevante Konzepte der Gruppendynamik für die psychodynamische Gruppenpsychotherapie

Die Gruppendynamik hat verschiedene Konzepte für Gruppenprozesse entwickelt, die nach unserer Auffassung auch auf die psychodynamische Gruppenpsychotherapie anwendbar sind, so z. B. ein Schema für die *interpersonelle Wahrnehmung*. Luft (1971) nennt dieses Schema das Johari-Fenster. Es lässt sich in der

	Mir bekannt	Mir unbekannt
Anderen bekannt	I Bereich der freien Aktivität	II Bereich des blinden Flecks
Anderen nicht bekannt	III Bereich des Vermeidens und Verbergens	IV Bereich der unbekannt en Aktivität

**Abb. 1-1**  
Johari-Fenster  
(nach Luft 1971)

psychodynamischen Gruppenpsychotherapie auf der reflexiv-interaktionellen Ebene (► Kap. 1.4) einsetzen.

Der Quadrant I ist der Bereich der freien Aktivität. Er beschreibt die Verhaltensweisen und Motivationen, die einem selbst und anderen auch bekannt sind. Der Quadrant II ist der Bereich des blinden Flecks. Er bezeichnet den Bereich, den andere sehen können, den wir selbst aber nicht wahrnehmen. Der Quadrant III ist der Bereich des Vermeidens oder Verbergens. Er beschreibt den Bereich, den wir selbst wissen, den wir aber nicht offenbaren, z. B. geheime Absichten oder Ziele. Der Quadrant IV ist der Bereich der unbekanntenen Aktivität: Weder das Individuum noch andere Menschen bemerken bestimmte Verhaltensweisen oder Motive. Wir können jedoch annehmen, dass sie existieren, denn am Ende treten einige dieser Dinge zutage; dann wird erkannt, dass diese unbekanntenen Verhaltensweisen und Motive die ganze Zeit bestehen und die Beziehungen beeinflussen.

Im Verlauf des Gruppenprozesses soll der Quadrant I größer werden gegenüber den anderen Quadranten. Die Teilnehmer werden freier, können sich offener äußern und andere teilnehmen lassen. Je größer der Quadrant I wird, umso mehr schrumpft Quadrant III. Quadrant II nimmt langsam ab, wenn andere uns Feedback geben. Quadrant IV ändert sich während einer Lernsituation nur wenig, aber wir dürfen annehmen, dass derartige Veränderungen sogar noch langsamer vor sich gehen als im Quadranten II. Hier setzt dann die psychodynamische Gruppenpsychotherapie mit der Erfassung der unbewussten Interaktionen an. Das Ziel einer psychodynamischen Gruppe zur Psychotherapie wie zur Selbsterfahrung wie auch eines gruppenspezifischen Laboratoriums ist, auf der bewussten Ebene die interpersonellen Wahrnehmungen zu fördern, damit Quadrant I größer wird als Quadrant II, III und IV. Daraus lässt sich auch die *Grundregel* ableiten: Einen offenen emotionalen Austausch über die Probleme fördern.

Ein weiteres Konzept, das auf die psychodynamische Gruppenpsychotherapie anwendbar ist, ist das *Feedback-System*. Kommunikation und Interaktion umfassen die dynamischen Vorgänge innerhalb der Gruppe in dem jeweiligen interpersonellen Geflecht. Kommunikation erfasst nicht nur die verbalen, sondern auch die nichtverbalen Verhaltensweisen, artikulierten Gedanken und Gefühle ebenso wie mimische und gestische Mitteilungen. Sie betrifft die Absicht des

Menschen und die Eindrücke, die diejenigen bekommen, an die die Mitteilungen gerichtet sind. Darum ist *Beobachten* und *Zuhören* innerhalb von Gruppen ein wesentlicher Vorgang, der erst die Lebendigkeit in Gruppen ausmacht. Das Training des Beobachtens und Zuhörens ist für jeden Gruppenleiter entscheidend; dies kann über Tonband und Videoaufzeichnungen geschehen, aber auch durch direkte Verhaltensbeobachtung. Zudem werden die Rollendifferenzierungen der Gruppenmitglieder über die Kommunikation vermittelt. Einige sind die Fragenden, andere die Problemlösenden, einige übernehmen eine therapeutische Funktion, andere die von Patienten. Kommunikationskonflikte in Gruppen sind Ausdruck eines unbewussten Gruppenprozesses, haben aber auch einen bewussten Anteil. Wenn man mit eigenen Gedanken, Gefühlen und Ängsten beschäftigt ist, ist das Zuhören und Beobachten schwer. Darum ist es notwendig, dass andere in der Gruppe einen korrigierenden Faktor darstellen. Das geschieht über das Feedback-System. Es hat sehr dazu beigetragen, dass auch die psychodynamische Gruppenpsychotherapie sich mit dem manifesten Verhalten auseinandersetzt. Darum ist es sinnvoll, hier die in der Gruppendynamik entwickelten Richtlinien für Feedback vorzustellen, von denen wir einige aus unserer Erfahrung nennen wollen:

- Gib dann Feedback, wenn der/die andere es auch hören kann.
- Feedback soll ausführlich und konkret sein.
- Die Wahrnehmungen sollen als Wahrnehmungen und Vermutungen als Vermutungen und die Gefühle als Gefühle mitgeteilt werden.
- Feedback soll umkehrbar sein.
- Feedback soll die Informationskapazität des anderen berücksichtigen.
- Feedback soll möglichst unmittelbar erfolgen.
- Der Empfänger von Feedback soll zunächst ruhig zuhören.
- Feedback gibt Informationen und überlässt es dem anderen, sich zu verändern.

Ein weiterer Begriff der Gruppendynamik ist der der *Gruppenstruktur*. Er bezeichnet die innere Organisation und die inneren Verfahrensweisen der Gruppe, z.B. die Regeln, die sich die Gruppe gibt. Je geringer die Aufgabenorientierung einer Gruppe ist, je schwächer die Gruppe strukturiert ist, umso mehr muss sie selbst Regeln finden, z.B. was das Ende von Sitzungen oder Zweiergespräche in Gruppen (Einer fragt, der andere gibt Antwort usw.) betrifft. Es entwickelt sich eine Gruppenatmosphäre, die auch für die Art und Weise der Leitung von psychodynamischen Gruppenpsychotherapien von Bedeutung ist.

Das Konzept der *Rolle*, das aus der Soziologie und Psychologie stammt, definiert ein bestimmtes Verhaltensmuster, das den Platz in der Gruppe charakterisiert. Es sind verschiedene Rollenkonzepte ausgearbeitet worden. In der Kleingruppenforschung haben sich insbesondere die nachfolgenden zwölf Verhaltensmuster bewährt, die Bales (1970) beschrieb – sie sind auch in der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie hinsichtlich der Veränderungen im Laufe eines Gruppenprozesses untersucht worden (z. B. Janssen & Busse-Simonis 1978):

- Zeigt Solidarität, hebt den Status anderer, hilft und belohnt.
- Zeigt eine Lösung von Spannung, scherzt, lacht, zeigt Befriedigung.
- Stimmt zu, zeigt passive Annahme, versteht, wirkt mit, willigt ein.
- Gibt anderen Hinweise, Anleitung, wobei er ihre Autonomie voraussetzt.
- Gibt seine Meinung, sein Urteil, seine Analyse bekannt, bringt auch Gefühle und Wünsche zum Ausdruck.
- Gibt Orientierung, Information, wiederholt, stellt dar, bestätigt.
- Bittet um Orientierung, Information, Wiederholung, Bestätigung.
- Bittet um Äußerung von Meinung, Beurteilung, Analyse, Gefühle.
- Bittet um Hinweise, Anleitung, mögliche Aktionsweisen.
- Widerspricht, zeigt passive Ablehnung, Förmlichkeit, verweigert Hilfe.
- Zeigt Gespanntheit, bittet um Hilfe, zieht sich aus dem Feld zurück.
- Zeigt Feindseligkeit, mindert den Status anderer, verteidigt oder behauptet sich.

Diese deskriptive Beschreibung ist eigentlich kein Rollenverhalten im Sinne der Soziologie, sondern eine *Typisierung von Interaktionsmustern*. Die psychodynamische Gruppenpsychotherapie bleibt aber nicht bei der Rollentypisierung, sondern fragt danach, welche unbewussten identifikatorischen Prozesse oder unbewussten Reinszenierungen durch Übernahme bestimmter Rollen (Übertragungen), z. B. Hilfestellung geben, um Orientierung bitten, solchen interaktionellen Aktionen zugrunde liegen. Auch die heutige Gruppendynamik befasst sich nicht mehr nur mit dem manifesten Verhalten und den wahrnehmbaren interpersonellen Phänomenen und Rollen, sondern auch mit latenten Prozessen innerhalb von Gruppen und knüpft damit an die gruppenanalytische Tradition eines Ebenen-Modells für Gruppen an, wie wir es in Kap. 1.4 darstellen werden (vgl. z. B. Schattenhofer 2001, König 2012).

In der Gruppendynamik werden nach König (2012) vier Ebenen unterschieden:

- Die Arbeits- oder Sachebene der Gruppe: In einer T-Gruppe bestehen die Sachaufgaben z. B. in der Gestaltung und Untersuchung der sich entwickelnden Gruppenprozesse. Forschungsziel ist die Erkundung und Erkennung des Gruppenprozesses, also des Prozesses der Vergemeinschaftung.
- Die Ebene der Soziodynamik: Diese Ebene betrifft das Geflecht an Normen, Rollen und Ordnungen im Hier und Jetzt der T-Gruppe. Wer reagiert auf wen, welche Äußerungen werden angenommen, welche abgelehnt usw. Hier lässt sich auch das Rollenkonzept (► Seite 15) integrieren.
- Die Ebene der Psychodynamik: Das ist die Ebene der unbewussten Übertragungsprozesse der Gruppenmitglieder untereinander oder auf den Gruppenleiter. Es sind die unbewussten Wünsche, Ängste, Projektionen, alles das, was wir in der Gruppenanalyse beschreiben werden.
- Die Ebene des »Kernkonflikts« der Gruppe: Die Gruppendynamik geht davon aus, dass sich für jede Gruppe ein spezifischer, sie charakterisierender Kernkonflikt im Laufe des Prozesses ergibt. Dieser Kernkonflikt ist in der psychodynamischen Sichtweise das kollektive Unbewusste. In der Gruppendynamik sind Kernkonflikte Konstruktionen, die von dem Beobachter und von dem

Leiter der Gruppe ausgehen und benannt werden. Der Gruppendynamik geht es bei dem Kernkonflikt insbesondere um das Muster der Vergemeinschaftung, das jede Gruppe charakterisiert.

Insofern unterscheiden sich auch die Ebenen-Modelle, die wir in der psychodynamischen Gruppe herausarbeiten, von denen in der Gruppendynamik. Es scheint eine gewisse Scheu in der Gruppendynamik zu geben, sich der psychoanalytischen Erfahrungen und Begrifflichkeiten zu bedienen.

## 1.4 Grundzüge der Gruppenanalyse

Die Skepsis Freuds gegenüber der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen wurde im Vorwort erwähnt. Bei einigen Psychoanalytikern besteht die Skepsis weiterhin, daher plädieren einige Vertreter der Gruppenanalyse auch für einen Weg unabhängig von der Psychoanalyse. Andererseits schaffte es die spätere Gruppenbewegung (siehe z. B. Richter 1972), ein wesentlich positiveres Bild der Anwendung in Gruppen zu vermitteln und einige Psychoanalytiker davon zu überzeugen, dass es notwendig ist, der sozialen Dimension des Psychischen mehr Beachtung zu schenken.

Die Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen begann erfolgreich mit den englischen Psychoanalytikern im Northfield-Experiment. Sie standen vor der Aufgabe, eine große Anzahl psychisch kranker Soldaten zu behandeln, dazu praktizierten sie die Psychoanalyse in der Gruppe. Aus diesen Erfahrungen entstanden die Gruppenanalyse (Bion 1971) und die gruppenanalytische Psychotherapie (Foulkes 1946, 1948, 1974, 1992) sowie die therapeutische Gemeinschaft (Main 1946). Letztere brachte neue Gesichtspunkte für die stationäre Psychotherapie, die grundsätzlich eine Form von Gruppenpsychotherapie ist (vgl. Kap. 7.1).

Bions Konzeption (1971), die auch als *Psychoanalyse durch die Gruppe* bezeichnet wird, versteht die Gruppe in der Beziehung zum Leiter als Einheit. Bion entwickelte dieses Konzept in geschlossenen Gruppen. Er unterschied in diesen Gruppen eine Arbeitsebene und eine Grundannahmeebene (basic-assumption-group). Die Arbeitsgruppe funktioniere realitätsorientiert, erledige Aufgaben und sei vom Ich bestimmt. Er beobachtete, dass die Gruppen bestimmte Beiträge von einzelnen Mitgliedern nicht aufgriffen und schloss, dass eine unbewusste Übereinkunft der Mitglieder in einer Gruppe existiere, manche Themen auszusparen. Diese unbewussten Übereinkünfte in der Gruppe nannte er die unbewussten Übertragungswünsche der Teilnehmer auf den Gruppenleiter, er beschrieb dies als einen gemeinsamen Gruppenwunsch. Er verstand diesen unbewussten Wunsch, der sich auf den Gruppenleiter richtet, als Wiederholung der frühen Mutter-Kind-Beziehung, als Wunsch nach Befriedigung, Zuwendung, Geborgenheit und Erfüllung oraler und narzisstischer Bedürfnisse. Bion sprach von der *Gruppenmentalität*. Die Gruppe verharre in Abhängigkeit, in Passivität. Keiner dürfe seine Wünsche wirklich aktiv verfolgen, da sonst Neid entstünde. Alle müssten lediglich geduldig warten, bis der Leiter die Wünsche erfülle. Diese

Gruppenmentalität ist die in der Strukturtheorie der Psychoanalyse als Es bezeichnete Instanz. Da die Wünsche nicht befriedigt werden, erfolge der Kampf mit dem Gruppenleiter. Die von Bion beschriebenen drei Grundannahmen haben also ihre Wurzeln in den oralen und narzisstischen Wünschen und Bedürfnissen der Individuen, die sich in der Übertragung auf die Gruppe und den Leiter zeigen.

Als erste Grundannahmegruppe beschrieb Bion die *Abhängigkeitsgruppe*. Das ist die Gruppe, die abhängig vom Gruppenleiter ist, abhängig von einer unbewussten Erwartung an eine spendende und versorgende Mutter. Die Abhängigkeitsgruppe ist wie ein unmündiges bedürftiges Kind, das Versorgung durch den als allmächtig fantasierten Leiter sucht und Leid vermeidet. Als zweite Grundannahmegruppe beschrieb er die *Kampf- und Flucht-Gruppe*. Kampf und Flucht sind Folge von unbefriedigenden Situationen bzw. von individuellen Unzufriedenheiten in der Gesamtgruppe mit dem Leiter, die sich dann in Aggressionen entladen. Im Leiter wird der Feind gesehen, der die Befriedigung der Wünsche verhindert. Die Aggressionen auf den Leiter können auch nach außen gelenkt werden. Kampf und Flucht können sehr zerstörerisch für den Gruppenprozess sein. Als *dritte Grundannahmegruppe* beschrieb Bion die *Paarbildung*. Das ist die Gruppe, die in einem Paar in der Gruppe, das gleichgeschlechtlich oder gegen geschlechtlich sein kann, nach dem Erlöser sucht, der Hoffnung und neues Leben bringen soll. Dieses Paar soll für die Gruppe das Problem der Abhängigkeit oder auch des Hasses lösen. Die Paarbildung ist hier nicht alleine im Sinne einer erotischen Beziehung gemeint, sondern wird auch als versorgendes Elternpaar verstanden.

### Fallbeispiel

#### Abhängigkeitsgruppen

Die Gruppe schwieg zehn Minuten. Die Co-Leiterin sprach die Grundregel an. Dadurch fühlte sich eine Teilnehmerin gestört. Es gab ein kurzes Gespräch über das Essen, dann wieder Schweigen. Der Gruppenleiter (Janssen) verstand das Schweigen als Reaktion auf die ungeklärt gebliebenen Themen der letzten Sitzung, in der viele unbeantwortete Fragen an die Eltern aufgetaucht waren. Er interpretierte das Schweigen als Hilflosigkeit: Sie wollten ihm Fragen stellen, aber sie trauten sich nicht. Danach kam eine Zweierinteraktion zwischen zwei Teilnehmerinnen zustande. Die eine hatte die andere eingeladen, mit dem Auto mitzufahren, die wollte aber lieber zu Fuß laufen. Der Versuch einer Kontaktaufnahme scheiterte. Die Gruppe war also noch sehr verunsichert, Kontakt untereinander aufzunehmen war noch nicht möglich. Sie wünschten sich, dass sich das Leiterpaar äußerte und Beziehungen herstellte. Eine Teilnehmerin meinte, sie müsse sich mit ihrem Vater auseinandersetzen. Sie erzählte von ihrem Vater, der als Pfarrer eine große Bedeutung in der kirchlichen Politik hatte und der nicht viel zu Hause war. Bei ihm konnte sie nur Anerkennung über Leistung, z. B. über Sport, bekommen. Die Frage aber, wie der Vater zu ihr stehe, sei nie beantwortet worden. Es wurde deutlich, dass die meisten der Teilnehmer solche Fragen an das Leiterpaar hatten. Wie steht ihr zu uns? Von den durch Krieg traumatisierten Eltern waren diese Fragen nicht beantwortet worden. Es war nicht die Sicherheit entstanden, geliebt zu werden. Nachdem dies bewusst geworden war, konnte eine Teilnehmerin über ihren Vater erzählen. Der Vater sei sehr depressiv gewesen, habe Medika-

mente nehmen müssen. Sie habe mit dem Vater wenig Kontakt gehabt, da die Eltern sich in ihrem achten Lebensjahr trennten und sie bei der Mutter lebte. Heute sei der Kontakt zum Vater stärker. Mit dem Vater zusammen habe sie eine Ausstellung von Claude Monet besucht. Das Lieblingsbild des Vaters sei ein graues düsteres Bild gewesen, in dem ein kleines Mädchen mit einem roten Mantel zu sehen war. Der Vater habe ihr gesagt, das Bild sei nicht düster, weil das Mädchen mit dem roten Mantel darin sei und das sei sie, seine Tochter. Der Leiter interpretierte, sie sei der Sonnenschein des Vaters gewesen. Sie bestätigt: Sie musste der Sonnenschein des Vaters sein und durfte nicht weinen. Diese Szene berührte alle Gruppenmitglieder, denn ähnlich ging es ihnen in der Abhängigkeit vom Leiterpaar, das in ihren Augen lachende und strahlende Gesichter sehe. In den darauffolgenden Sitzungen wurde dieses Thema der Wünsche an die Eltern fortgeführt und in einem Traum symbolisiert. Ein Teilnehmer erzählte diesen Traum: Er war mit der Gruppe unterwegs. Die Gruppenteilnehmer mussten nacheinander in eine Höhle gehen, wo sich eine schrecklich aussehende Frau aufhielt. Die zwei Männer der Gruppe blieben draußen, dort aber war eine Riesenbiene, die sie stechen wollte. Es tauchte die Angst vor der Gruppe auf, vor der alten Frau in der Höhle, die gefangen nimmt. Diese Ängste, sich in Abhängigkeiten und Sehnsüchten zu verfangen, waren das gemeinsame Thema der Gruppe, das auf der individuellen Ebene, aber auch auf der Gruppenebene vertieft wurde.

Bion verstand diese Grundannahmen als Abwehrkonstellationen gegenüber starken Ängsten, die er auch psychotische Ängste nannte. Je stärker gestört Patienten sind, je höher die Zurückhaltung bis Verweigerung der Übernahme von strukturierenden Funktionen durch den Leiter ist, desto eher zeigen sich solche Grundannahmeprozesse in Gruppen. Die Arbeitsgruppenebene zu erhalten, die an der Realität und an der Aufgabe orientiert bleibt, ist Aufgabe des Leiters. Dazu wird er die beschriebenen Grundannahmeprozesse, die Ausdruck einer Regression der Gruppe sind, interpretieren und den Teilnehmern der Gruppe bewusstmachen. Solche Interpretationen beziehen sich meist auf die Gruppe als Ganzes und weniger auf Individuen oder Interaktionen unter den Teilnehmern.

Das Besondere an der Konzeption Bions ist, dass er die Gruppe als Ganzes verstand und die Gruppenaktionen und -interaktionen verschiedenen Ebenen zuschrieb. Bions Konzept wurde später von Analytikern aufgegriffen und fortgeführt, z. B. in Deutschland von Argelander (1972), Kutter (1971, 1976, 1985), Ohlmeier (1975), Sandner (1978, 2013). Für diese Gruppenanalytiker gilt, dass die Gruppe als Ganzes einen Bezug zum Leiter hat und dass es gemeinsame unbewusste Aktionen der Gruppe als Repräsentanz des allen gemeinsamen Inneren gegenüber dem Leiter gibt. Jeder Einzelne in der Gruppe vertritt bestimmte Funktionen von inneren Repräsentanzen, z. B. vertritt ein Teilnehmer mehr die Es-Seite, einer mehr die Über-Ich-Seite oder ein anderer mehr die Ich-Seite. Die Individuen sind also mit ihrer inneren Struktur (Ich – Es – Über-Ich) am Gruppenprozess beteiligt. Argelander (1972) beschrieb dies als *Gruppenstruktur*, die sich im Laufe der Zeit herausbilde und auch verändere. Es ist eine gemeinsame und für die jeweilige Gruppe spezifische Struktur, deren regressive Bewegung unter der Gesetzmäßigkeit eines inneren strukturellen Systems erfolgt. Argelander vermutete, dass sich diese Matrix aus einer Integration der individuellen Persönlichkeitsstrukturen der Gruppenmitglieder bildet.

Ein mehr an der sozialen Dimension des Menschen orientiertes Konzept hat Foulkes (1946, 1948, 1974, 1992) vertreten. Es hat sich über England (Group Analytic Society London) hinaus in Deutschland und anderen europäischen Ländern verbreitet. An verschiedenen Ausbildungsinstituten – auch in den deutschsprachigen Ländern – wird dieses Konzept gelehrt. Foulkes lieferte nicht nur eine gründliche Theorie der Gruppenanalyse, die für die Anwendung in psychotherapeutischen Gruppen von Bedeutung ist, sondern auch eine Großgruppentheorie und damit eine Gesellschaftstheorie. Foulkes verstand die Kleingruppe als Netzwerk von vielfältigen Beziehungen und Übertragungen. Er trug damit sowohl den kollektiven wie den individuellen Aspekten der Gruppe Rechnung. Nach Foulkes wird das Intrapsychische durch das Gruppale oder Soziale beeinflusst. Jedes Individuum wird dabei zentral bestimmt von der Welt, in der es lebt, durch die Gemeinschaft, durch die Gruppe. Das Soziale durchdringt die Innenwelt des Individuums. Das Netzwerk der Gruppen beschrieb Foulkes als Gruppenmatrix. Die Matrix entstehe, weil alle Menschen sind, die Dynamik in der Matrix entstehe, weil über das Menschsein hinaus jedes Individuum spezielle kulturelle und familiäre Hintergründe habe.

Nach Foulkes erfasst die Gruppensituation besonders gut das Intrapsychische, da jedes Individuum ein Interaktionsnetzwerk der Primärfamilie internalisiert habe, das es auch i. S. der Übertragung in dieses neue Netzwerk der entstehenden Gruppe projiziere. Die inneren Prozesse im Individuum seien Internalisierungen von Kräften, die in der Gruppe wirken, zu der es gehöre.

Die psychoanalytische Kernaussage von Foulkes Gruppenkonzept ist: Infantile familiäre Beziehungen sind gruppale Beziehungen, die zu gruppalen internalisierten Objektbeziehungen führen. Diese gruppalen Internalisierungen werden in Inszenierungen in neuen Gruppensituationen erfahrbar. Gruppenanalyse bedeutet die Analyse der Gruppenmatrix auf den familiären, interkulturellen und aktuellen Beziehungs- und Übertragungsebenen. Die Gruppe ist eine Einheit, ein Kommunikationsnetzwerk, ähnlich dem neuronalen Netzwerk im Gehirn. Die einzelnen Individuen der Gruppe sind Knotenpunkte in diesem Netzwerk. Das Gemeinsame in der Gruppe ist die Gruppenmatrix. Die Gruppenmatrix ist ein Gewebe von interpersonalen, intrapsychischen und transpersonalen Beziehungen. Sie bildet sich dynamisch aus der Abfolge der Ereignisse im Hier und Jetzt der aktuellen Gruppensituation unter Beteiligung der einzelnen Mitglieder. Die Gruppenmatrix ist nicht von vornherein vorhanden, sondern entsteht erst im Laufe eines Gruppenprozesses. Jeder Teilnehmer einer Gruppe hat in diesem Netzwerk eine Position. In diesem Netzwerk ereignen sich auch die multilateralen Übertragungen. Zur Entwicklung eines solchen Netzwerkes oder der Interaktionsmatrix ist es erforderlich, dass die Gruppe die Grundregel des »freien Sich-Offenbarens« einhält. Aus der Regel der freien Assoziation in der Psychoanalyse ergibt sich in der Gruppenanalyse die Regel der freien Gruppenassoziation und der freien und offenen Gruppeninteraktion. Unter diesen Bedingungen kann das Kommunikationsnetz, die Gruppenmatrix entstehen. Auf der Arbeitsgruppenebene werden solche unbewussten Kommunikationsweisen unterdrückt, daher dient auch das gruppenanalytische Setting weniger den

Arbeitsanforderungen, sondern der Erforschung des unbewussten Kommunikationsprozesses.

Foulkes unterschied folgende Ebenen in der Gruppenanalyse:

- die aktuelle Ebene,
- die Übertragungsebene,
- die projektive und
- die primordiale Ebene.

Hilfreich war Foulkes Konzept für die Analyse von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen im Kommunikationsnetzwerk der Gruppe. Damit konnte das Übertragungskonzept der bipersonalen Psychoanalyse auf die Gruppe bezogen werden. In der Gruppe bekommt die Übertragung einen multipersonalen Charakter. In der Gruppe gibt es darüber hinaus Reinszenierung im Handeln und eine Tendenz zur Untergruppenbildung, die wir auch als »handelnde Inszenierung« (vgl. Kap. 1.1) oder als »Enactment« beschreiben können. In den manifesten Interaktionen äußern sich dann Widerstand und Übertragung.

#### **Fallbeispiel**

##### **Wechselspiel von Widerstand und Übertragung im Gruppenprozess**

Zunächst zeigte sich in der Gruppe ein Widerstand in Gestalt eines längeren Schweigens, nur vereinzelt kamen unwichtige oberflächliche Kommentare. Eine kurze Beziehungsklärung von zwei Teilnehmern wurde wieder abgebrochen. Manche äußerten, sie hätten keine Lust. Nach einer Schweigepause sagte dann eine Teilnehmerin, sie hätte die Fantasie gehabt, der Gruppenleiter (Janssen) interessiere sich nicht wirklich für die Gruppe, ob ihn nicht das, was sie einbrächten, langweile. Dieser Einwurf beschäftigte die Gruppe. Sie setzten sich damit auseinander, manche hatten sich das ebenfalls gefragt, andere waren überrascht und meinten, sie erlebten den Gruppenleiter interessiert. Er deutete die Frage, mit der sich die Gruppe beschäftigte, als Wunsch, er möge doch sein Interesse für sie deutlicher zeigen. Auf diese Übertragungsdeutung reagierte die Gruppe mit Zurückweichen. Sie schwankten weiter zwischen »Sollen wir uns zeigen, sollen wir uns nicht zeigen, sollen wir uns wieder zurücknehmen, haben die andern Interesse, haben sie kein Interesse?« Dann berichtete eine Teilnehmerin unter Tränen, sie stamme aus einer pakistanischen Familie, die Mutter sei Deutsche, der Vater Pakistani. Beide Eltern hätten sich getrennt. Der Vater lebe mit einer anderen Familie in Pakistan, sie lebe bei ihrer Mutter. Sie wirkte bei der Mitteilung dieser Szene verzweifelt und sagte, wie sehr sie möchte, dass sich der Vater mehr für sie interessiere. Sie habe ihr Interesse an dem Vater bekundet, aber keine Möglichkeit gefunden, ihm ihr Interesse mitzuteilen. (Die individuelle Erfahrung mit dem nichtinteressierten Vater wurde in der aktuellen Gruppenerfahrung aktualisiert.) In der Folge kamen weitere Einfälle über anwesende oder nicht anwesende Väter, mit jeweils individuellen Nuancen: den Vater für sich haben wollen; den Vater sehr vermissen, aber durchaus teilen wollen; den Vater neutral haben wollen; den Vater als Sportler zu haben, um sich mit ihm zu messen; die Sehnsucht nach dem interessierten Vater bzw. Gruppenleiter. Beteiligt daran waren nicht alle Mitglieder der Gruppe, ein Teil der Gruppe blieb distanziert und lustlos. Dieser Teil der Gruppe zeigte also den Widerstand und ein anderer Teil der Gruppe die Übertragungswünsche.

Über diese gruppenanalytische Theorie hinaus haben Foulkes und seine Gruppe, die *Group Analytic Society London*, auch viele praktische Hinweise zur Durchführung von Therapiegruppen gegeben (vgl. auch Kadis et al. 1982, Behr & Hearst 2009). Im Gegensatz zu Bion empfehlen sie keine geschlossenen, sondern halboffene Gruppen. Halboffene Gruppen bedeuten, dass im Gruppenverlauf einzelne Teilnehmer ausscheiden und neue hinzukommen. Somit gibt es immer unvermeidliche Trennungsprozesse, die Verlusterleben aktualisieren. Kontakte der Teilnehmer außerhalb der Gruppe werden aus Abstinenzgründen abgelehnt. Der Leiter soll Zeit und Raum zur Verfügung stellen und eine entsprechende Atmosphäre in der Gruppe schaffen, die Offenheit erlaubt. Der Leiter soll mehr begleiten als interpretieren. Die Wirkung der Gruppe liegt nach Foulkes insbesondere

- in der Aufhebung der Isolation eines Einzelnen,
- in der sog. Spiegelreaktion (d. h., dass Patienten ihre Konflikte und Ängste in anderen Gruppenmitgliedern wiedererkennen),
- in der wechselseitigen Aktivierung von unbewusstem Material (siehe Fallbeispiele),
- in der veränderten Asymmetrie in dem Verhältnis zum Leiter (Es ist eine mehr demokratische, symmetrische Beziehung als in der psychoanalytischen Dualbeziehung),
- in den in der Gruppe notwendig sich entwickelnden Normen und Regeln, die helfen, ein Ganzes zu bilden,
- in den hilfreichen unterstützenden Funktionen von Gruppen insgesamt und von einzelnen Gruppenmitgliedern.

Eine weitere Entwicklung der Gruppenanalyse ergibt sich aus dem sog. *Göttinger Modell* der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie. Schon Anfang der 1960er-Jahre hatte sich in der Fachklinik Tiefenbrunn bei Göttingen das Interesse für analytische Gruppenpsychotherapie durchgesetzt. Besondere Verdienste haben hier Heigl-Evers & Heigl (1973). Sie entwickelten eine psychoanalytisch begründete Gruppenpsychotherapie, in die sie sowohl psychoanalytische wie sozialpsychologische Konzepte integrierten (siehe auch König & Lindner 1991, Lindner 2005).

Das Göttinger Modell unterscheidet folgende Gruppenebenen:

- Die Ebene der manifesten Aktion: Verhaltensregulierung der Gruppenmitglieder über Normen
- Die Ebene der latenten Aktion: Unbewusste gemeinsame soziale Abwehrmanöver und Übernahme von soziodynamischen Funktionen
- Die Ebene der unbewussten Fantasien: Erleben der Gruppe als Entität über gemeinsame unbewusste Fantasien.

Wir haben uns diesem Konzept auf eine andere Weise angenähert und im gruppendynamischen Sinne von der reflexiv-interaktionellen Ebene (vgl. auch Sandner 1978) und der Ebene der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse gesprochen und nicht von der der psychosozialen Abwehrmanöver. Auf die dritte Ebene, das Erleben der Gruppe als Ganzes über die gemeinsamen unbe-

wussten Fantasien, legen wir besonderen Wert. Sie ist nach unserem Verständnis der Kern des Gruppensettings (siehe unten). Dieses Ebenen-Modell erlaubt es, gut zu unterscheiden, was bewusste interaktionelle, gruppenspezifische Aspekte sind, also manifeste Interaktionen und Aktionen in der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie, sozusagen Oberflächenphänomene, und unbewusste Gruppenprozesse auf den Ebenen II und III. Heigl-Evers & Heigl (1973) meinten, die verschiedenen Methoden der Leitung nach den Ebenen differenzieren zu können. Auf der interaktionellen Ebene, der ersten Ebene, kommt es zur psychoanalytisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie, also der Arbeit an den manifesten Aktionen und dem Rollenverständnis. Die Gruppenleiter können übergehen zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, die mehr an den unbewussten Konflikten in der Interaktion arbeitet, oder zur analytischen Gruppenpsychotherapie, die nach Heigl-Evers und Heigl an den Übertragungsprozessen arbeitet und an unbewussten Gruppenfantasien. Wir hingegen vertreten die Ansicht, dass in jeder psychodynamischen Gruppenpsychotherapie gemäß unseres Ebenen-Modells alle Prozesse wahrnehmbar sind, wie dies auch in anderen gruppenanalytischen und gruppentherapeutischen Konzepten vertreten wird (Bion 1971, Foulkes 1992, Kutter 1985, Sandner 1978, 2013). Unser Ebenen-Modell hat sich bei ambulanten wie stationären Gruppen als sehr hilfreich erwiesen (► Kap. 5 und Kap. 7).

Die drei Ebenen jeder psychodynamischen Gruppenpsychotherapie sind also:

- Die reale Interaktion, die Arbeitsgruppenebene, die Ebene der bewussten Interaktion und der manifesten Aktionen und Interaktionen
- Die unbewussten Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in der multipersonalen Situation der Gruppe
- Die Gruppenmatrix (Foulkes), die Gruppe als Ganzes, als narzisstisch fusionäre Verschmelzung (Battegy), als »Container« (Bion), als »Umweltmutter« (Winnicott) (► Kap. 4.1)

Diese Konzeption liegt allen weiteren Ausführungen über psychodynamische Gruppenpsychotherapie und allen Beispielen, die zur Illustration unserer Aussagen herangezogen werden, zugrunde. Die spezifische Wirkung der Gruppe liegt darin, dass die Introjekte aus Internalisierungen von Selbst-Objekt-Affekten und Konstellationen bestehen und im multipersonalen Übertragungsprozess introjizierte familiäre Objekte in einem Set von Beziehungen wieder externalisiert werden können. Wir können auch gemäß der Konzeption Foulkes von einem Beziehungsgeflechtsintrojekt sprechen oder mit Ohlmeier (1975) von einem Familienintrojekt, das in Gruppen externalisiert werden kann.

Damit hat die psychodynamische Gruppenpsychotherapie als Anwendung der Psychoanalyse in einem gruppalen Setting die große Chance, dass die Gruppe und nicht der Leiter (oder der Therapeut) allein ein »holding environment« im Sinne Winnicotts anbietet. In jeder psychodynamischen Gruppenpsychotherapie wird nach unserer Auffassung sowohl auf der reflexiv-interaktionellen Ebene der bewussten Interaktion wie auf der Übertragungs- und Gegenübertragungsebene

in den multipersonalen Beziehungskonstellationen wie auch auf der Basis der haltenden und containenden Ebene gearbeitet.

Gruppenanalyse umfasst nach unserem Verständnis zwei Pole:

- Einerseits wiederholen Menschen beim Zusammentreffen mit anderen in Gruppen verinnerlichte Interaktionserfahrungen aus früheren (infantilen) Beziehungen (Familienintroyekte) in personifizierten interpersonellen Auseinandersetzungen. Diese gruppalen, interaktiven Wiederholungsaktionen sind unbewusst und werden als interaktionelle Reinszenierungen verstanden.
- Andererseits begegnen Menschen in dem haltenden Rahmen der Gruppe in den Interaktionen mit anderen einer differentiellen subjektiven Welt und der Realität des anderen. Im Prozess der Gruppe machen sie neue Erfahrungen mit sich und anderen, sie schaffen eine neue Situation in der Gruppe, die ebenfalls internalisiert wird.

Die so verstandene Gruppenanalyse ähnelt der intersubjektiven Psychoanalyse. In der intersubjektiven Psychoanalyse wird die Gruppenanalyse definiert als ein komplexer Lern- und Bildungsprozess, in dem sich Subjektivität (eigene Erfahrungen), Intersubjektivität (Beziehungserfahrungen) und Objektivität (Realitätserfahrungen) wechselseitig beeinflussen (vgl. Altmeyer & Thomä 2006). Die Gruppenanalyse findet ihre Anwendung insbesondere in der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie, die wir in den folgenden Kapiteln darstellen wollen, aber auch in der Institutions- und Organisationsberatung (z. B. Lohmer 2000, Gfäller 2010), die wir nur kurz streifen (► Kap. 6.3).

### 1.4.1 Die Gruppe und die psychoanalytische Haltung

Die psychodynamische Gruppenpsychotherapie ist eine Anwendungsform sowohl der Psychoanalyse in der psychoanalytisch begründeten Psychotherapie als auch der Gruppenanalyse und nach unserer Auffassung auch der Gruppendynamik. Als Anwendungsform gründet die psychodynamische Gruppenpsychotherapie auf der Persönlichkeits- und Krankheitslehre wie der Behandlungstheorie der Psychoanalyse und der psychodynamischen Psychotherapieverfahren. Bei der Behandlung von psychischen und/oder psychosomatisch gestörten Patienten wird sich die gruppenpsychotherapeutische Behandlung orientieren an der psychoanalytischen Krankheitslehre zu intrapsychischen Konflikten, strukturellen Ich-Störungen, psychotraumatisch bedingten Störungen u. a. (siehe zusammenfassend Janssen 2009).

Psychodynamische Gruppenpsychotherapie behandelt also die der Symptomatik zugrunde liegenden unbewussten innerseelischen Konflikte und Strukturen der Persönlichkeit. Wie in Kap. 1.1 und Kap. 1.2 dargelegt, gehören dazu auch die Analyse der Übertragung, der Gegenübertragung und des Widerstandes auf der Basis eines therapeutischen Bündnisses und die weiteren Konzepte der psychoanalytischen und psychodynamischen Behandlungslehre. Die psychodynamische Gruppenpsychotherapie entspricht methodisch einer Kombination von zwei Verfahren, einmal der Psychoanalyse des Individuums und zum andern

der Psychoanalyse der Gruppe (Gruppenanalyse). In der zweidimensionalen Perspektive werden also gleichermaßen Individuum und Gruppe beachtet. Der Gruppenleiter muss oszillieren zwischen der Betrachtung des Individuums, der Betrachtung der Gruppe als Interaktionsraum und der Gruppe als Ganzes. Der Gruppenleiter sollte sich also möglichst mit individuellen Prozessen wie mit Gruppenprozessen auskennen.

Individuen haben häufig Angst, sich in Gruppen zu äußern, und fürchten, in der Gruppe »unterzugehen«. Teilnehmer einer Gruppenpsychotherapie, die sich mit dieser Angst des Untergehens auseinandersetzen, zeigen als Abwehr dieser Ängste häufig ein Bemühen um »individuelle Prominenz«.

### Fallbeispiel

#### Die Beziehung von Individuum und Gruppe

In dieser Gruppe dominierten die Männer mit zahlreichen Redebeiträgen die Szene. Sie zeigten am ehesten ihre Untergangsängste und ihr Bedürfnis nach einer individuellen Prominenz. Sie rivalisierten untereinander, wer die besseren Einfälle oder die besseren Interpretationen hatte. Eine ältere Teilnehmerin beteiligte sich auf ihre Weise daran. Sie brachte folgenden Traum ein: Im Auftrag (der Gruppe) sollte sie auf einen Baum klettern und dort Wäschestücke holen. Die Wäsche war weiß. Sie stieg hoch, es war sehr gefährlich. Da sie die Wäschestücke nicht runtertragen konnte, warf sie sie runter. Sie fielen Gott sei Dank auf Steine und waren damit nicht schmutzig. Sie musste diese Wäsche auch bügeln. Die Teilnehmerin stieg hoch, auch wenn es gefährlich war, individuelle Prominenz zu zeigen. Sie verband dieses Bedürfnis nach Sich-Zeigen mit einer Dienstleistung für die Gruppe, das Waschen und Bügeln der »Wäsche«. Damit wurde sie ihrer altruistischen Abwehr bei depressiver Grundstruktur gerecht. Die Einfälle der Gruppe bezogen sich auf das Waschen, das die Teilnehmerin für die Gruppe übernahm. Insbesondere die Schmutzwäsche sollte von ihr gereinigt werden. Sie war also die Wäscherin, die zuständig war. Das Bild des Auf-den-Baum-Kletterns war auch ein Bild für ihre Angst, in der Gruppe unterzugehen. Die einzelnen Gruppenteilnehmer nahmen das dankbar auf, denn sie wollten auch nicht untergehen. Nachdem dies mit der Gruppe erarbeitet worden war, konnte die Gruppe insgesamt ein anderes Bild für den Gruppenprozess akzeptieren: Die Gruppe sei wie eine Waschmaschine, in die man die schmutzige Wäsche hineinstecke, sie werde dann durcheinandergewirbelt und gleichzeitig gereinigt, dieses Durcheinanderwirbeln in der Gruppe mache Angst.

Als allgemeine Merkmale jeder Gruppenpsychotherapie gelten, abgegrenzt vom dualen Setting, in Anlehnung an Heigl-Evers (1972):

- Die Mehr-Personen-Situation, d. h. Pluralität versus Dualität
- Die Realisierung zwischenmenschlicher Beziehungen in interpersonellen Interaktionen
- Die wechselseitige Stimulation des Verhaltens von Gruppenteilnehmern
- Die Diskrepanzerfahrung zur Welt der anderen Gruppenmitglieder und zur eigenen inneren Welt der Introjekte, Werte und Normen
- Die inhaltliche Gemeinsamkeit des Handelns in der Gruppe als Ganzes und die daraus sich ergebenden Regeln und Kommunikations- wie Interaktionsmuster

Die Besonderheit der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie liegt also darin, dass sich intrapsychische Konflikte und strukturelle Ich-Störungen in der Mehr-Personen-Situation, also im interpersonellen Geschehen der Gruppe manifestieren. Zentrale methodische Behandlungsprinzipien wie die Analyse von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand müssen sich an dem interpersonellen Geschehen in der Gruppe orientieren. Die Übertragungsszene ist nicht bipersonal wie in der Einzelpsychotherapie, sondern multipersonal. Ein Ziel einer psychoanalytisch orientierten Psychotherapie in der Gruppe muss es daher sein, die multipersonalen Übertragungsprozesse in dem interpersonellen Geschehen zu erfassen und zu bearbeiten. Mehr als in dem dualen Setting muss daher der Leiter einer Gruppe nicht nur der gleichschwebenden Aufmerksamkeit verpflichtet sein (► Kap. 1.1), sondern auch aktiv teilnehmen an Ereignissen in der Gruppe, als Mitwirkender in Interaktionen und interpersonellen Begegnungen. Daher muss sowohl die Gruppenanalyse wie die Gruppendynamik, hier im Sinne des Vergemeinschaftungsprozesses verstanden, eine theoretische Basis der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie sein.

Mit psychoanalytischer Haltung wird bezeichnet, was der Analytiker tut, wie er arbeitet im dualen und gruppalen Setting. In der Handhabung der Methoden der psychoanalytischen Therapie ergeben sich Unterschiede zwischen Gruppen-setting und dualem Setting. Wir beziehen uns hier bei den Ausführungen zur Gruppenpsychotherapie besonders auf die Haltung, die durch die Methode vorgegeben ist, z. B. durch den Umgang mit dem Rahmen, dem Setting, der freien Assoziation, der Inszenierung, der Übertragung und Gegenübertragung und des Widerstandes.

- Der Kontrakt mit dem Gruppenteilnehmer, also die Vereinbarung über *Rahmenbedingungen*, ist bestimmt durch die Gruppensituation, die der Teilnehmer annehmen oder ablehnen kann. Die realen Vereinbarungen über die Finanzierung, über Zeit, Ort usw. verlaufen wie im dualen Setting. Die Gruppe hat also dieselben realen Rahmenbedingungen und auch denselben Umgang mit dem Rahmen, jedoch steht der Umgang mit dem Rahmen der Gruppe viel häufiger zur Diskussion als im dualen Setting. Die eingangs mitgeteilte *Grundregel* (► Kap. 1.1) ist ausgeweitet. Es geht nicht nur um die freie Assoziation, sondern auch um die freie Interaktion. Das heißt, dass die Teilnehmer aufgefordert werden, nicht nur ihre Einfälle frei und offen, ohne Auswahl, mitzuteilen, sondern auch frei und offen in die Interaktion mit den anderen Gruppenteilnehmern einzusteigen. Für den Gruppenleiter ist also das Beziehungsfeld größer als beim dualen Setting. Es geht nicht allein um das Oszillieren zwischen den Polen des Träumens und Reflektierens, sondern um Interaktionen, die sich nicht nur auf ihn, sondern auch auf die anderen Teilnehmer beziehen, also um Inszenierungen und Handlungsdialoge.
- Der *gruppalen Interaktionsraum* unterscheidet sich vom dualen Interaktionsraum. Die Gruppe ist eine Mehr-Personen-Beziehung, in der es zu Interaktionen innerhalb eines festgelegten und vereinbarten Rahmens kommt und in der sich unterschiedliche individuelle Welten begegnen. Diese unterschiedlichen Welten stimulieren wechselseitig das Verhalten im freien Einfall und

in der freien Interaktion. Die Gruppe wird also zum Spiegel sozialer, interpersoneller Konflikte, z. B. Konflikte zwischen Mutterschaft und Berufstätigkeit, Ablösung von den Eltern, Umgang mit homosexuellen Wünschen, Partnerkonflikte, Trennungserfahrungen, Traumatisierungen, Tod von nahen Angehörigen. Die Gruppe induziert zentrale menschliche Themen, die sich aus der Entwicklung des Individuums ergeben, aber die Gruppenteilnehmer unterschiedlich berühren. Die Gruppe ist also auch immer ein soziales, interaktionelles Gebilde, das die Kollusion individueller Welten stimuliert (siehe im Einzelnen spätere Kapitel).

- Aus psychoanalytischer Sicht haben wir die Gruppe definiert als *interaktionale Reinszenierung von unbewussten Objektbeziehungsmustern, von verinnerlichten unbewussten Interaktionserfahrungen*. Das Individuum hat ein Set von internalisierten Objektbeziehungen, die es je nach Gruppeninteraktion und sich zur Verfügung stellenden Übertragungsobjekten externalisieren kann. Die Gruppe ist ein Netzwerk von sozialen Interaktionen und multiplen Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen zwischen den Teilnehmern einschließlich dem Leiter. Der Leiter wird sich sowohl in Handlungsdialogen an dem interaktionellen Geschehen beteiligen wie eine reflexive Distanz aufrechterhalten. Durch die reflexive Distanz des Leiters können die Teilnehmer stärker in Gruppenübertragungsprozesse einbezogen werden. Diese Prozesse können fruchtbar, aber auch schwierig sein. Aufgrund dieser neuen Situation, die der Analytiker in Gruppen vorfindet, sind die verschiedenen Konzepte zur psychodynamischen Gruppenpsychotherapie und auch unser Konzept entstanden.
- Der *Leiter der Gruppe* hat eine besondere Position. Er ist zum einen Mitglied und interagiert, gibt Feedback, beschreibt Verhalten, konfrontiert den Einzelnen oder die Gruppe, zum andern ist er *teilnehmender Beobachter* und hat eine reflexive Distanz. Er sollte nach unserem Verständnis in dem interaktionellen Geschehen integrierende Ich-Funktionen übernehmen. Entsprechend unserem Ebenen-Modell (► Kap. 1.4) kann er auch auf der bewussten interaktionell-reflexiven Ebene bleiben und dabei helfen, ein Feedback-System in der Gruppe zu entwickeln. Ein Feedback-System bedeutet, konkretes Verhalten in Interaktionen zu beschreiben und zu benennen sowie die anderen auf die Reaktion des Teilnehmers in der Gruppe aufmerksam zu machen. Der Gruppenleiter kann aber auch *multidimensionale Übertragungsprozesse* interpretieren (► Kap. 1.4 und spätere Kapitel).
- In jeder psychoanalytischen Therapie geht die *Haltung der Deutung voraus*. Anders als in dem dualen Setting ist in der Gruppenpsychotherapie eine neutrale Haltung nicht aufrechtzuerhalten. Denn interpretiert der Leiter z. B. eine Patient-Patient-Beziehung, so nimmt er für die anderen Teilnehmer eine exzentrische Position ein und berücksichtigt in dem Moment der Deutung ihre Erfahrungswelt nur teilweise. Nur bei der Gesamtgruppendeutung berücksichtigt er das Gesamt der Interaktion. Gesamtgruppendeutungen heben die Individualität des Einzelnen in der Gruppe auf und führen zu regressiven Prozessen. Der Leiter pendelt also zwischen Interventionen in Bezug auf ein-

zelle Gruppenmitglieder, in Bezug auf duale Beziehungen und Übertragungen in Interaktionen zweier oder mehrerer Mitglieder (Subgruppen) und in Bezug auf den Gesamtgruppenprozess. Dabei achtet er darauf, dass die individuellen Übertragungsprozesse nicht die Kohäsion der Gesamtgruppe sprengen und zur Zerstörung des Gruppenraumes führen. Diese interpretative Haltung ist spezifisch für die psychodynamische Gruppenpsychotherapie.

In den späteren Kapiteln wird darauf noch näher einzugehen sein. Wir können aber hier schon festhalten, dass der Leiter einer psychodynamischen Gruppenpsychotherapie sich einem komplexen Prozess stellt, der über das duale Setting hinausgeht.

## 1.5 Psychodynamische Gruppenpsychotherapie bei strukturellen Ich-Störungen

Zur ambulanten oder stationären Psychotherapie und damit auch zur Gruppenpsychotherapie werden heutzutage häufig sog. strukturelle Ich-Störungen (Fürstenau 1977a, b) überwiesen. Der Begriff »strukturelle Ich-Störung« ist weitgehend synonym mit dem Begriff der Borderline-Persönlichkeits-Organisation (Kernberg 1979, 1988) oder mit dem Begriff des Arbeitskreises der OPD (2006): den sog. Strukturstörungen auf gering integriertem Funktionsniveau bzw. desintegriertem Funktionsniveau. Dem Patienten stehen grundlegende psychische Funktionen zur Ausübung nicht oder nur eingeschränkt zur Verfügung. Wir (Janssen et al. 1989) haben diese Störungen als Störungen der Ich-Selbst-Entwicklung bis zum Abschluss der Individuationsphase charakterisiert und fassen darunter Patientengruppen, die eine unabgeschlossene somato-psycho-soziale Individuationsphase zeigen. Das sind im Einzelnen:

- Patienten mit überschießenden physiologischen Reaktionen im Sinne psychosomatischer Erkrankungen
- Patienten mit Impulsdurchbrüchen, süchtigem Agieren, chaotischen sozialen Beziehungen, z. B. Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen
- Patienten mit einer neurotischen Symptomatik (z. B. einer Zwangsstörung), die der Abwehr einer basalen Ich-Störung dient

Ausführlich wird die Psychodynamik solcher Störungen an anderer Stelle dargestellt (siehe Janssen 2007, Streeck 2007 u. a.). Auf die Prinzipien der Behandlung in den psychodynamischen Psychotherapieverfahren wurde schon in Kap. 1.2 hingewiesen. Meistens werden diese Verfahren, wie z. B. die Übertragungsfokussierte Psychotherapie, überwiegend im einzeltherapeutischen Setting angewandt. Die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie jedoch wird auch im Gruppensetting im Rahmen des Göttinger Modells (► Kap. 1.4) praktiziert.

### 1.5.1 Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie

Der Schwerpunkt der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie liegt auf dem subjektiven Erleben wie auf der Interaktion. Die Interaktion, die interpersonell organisiert ist, bekommt einen anderen Stellenwert als in der sonstigen übertragungsorientierten psychodynamischen Psychotherapie. Was in einer therapeutischen Gruppe geschieht, ist nie allein das Ergebnis eines einzelnen Patienten wie in der dualen Beziehung. In der Gruppe sind immer auch andere Patienten anwesend und alles, was aus der Gruppe hervorgeht, ist immer durch den Kontext des Verhaltens der anderen Anwesenden bestimmt. Diese Grundannahme führt zu den Modifikationen der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie. In der interaktionellen Gruppenpsychotherapie stehen nicht so sehr die intrapsychischen Verhältnisse im Vordergrund, sondern die interpersonellen Prozesse, die zur Darstellung kommen und die Fokus der therapeutischen Arbeit werden. Dies nennt Streeck (2007) die »Definition der Situation«. Das soll heißen, dass die Bedeutung, die eine soziale Situation hat, nicht eine der Situation selbst inwohnende Eigenschaft ist, sondern von den Anwesenden der Situation zugeschrieben und in diesem Sinne definiert wird. Die Teilnehmer einer Gruppe müssen also die Situation erst definieren und sich darüber verständigen, was in der Gruppe geschehen soll. Das tun sie in der Regel, indem sie miteinander umgehen und darüber sprechen.

In diesem Prozess bilden sich Normen, die dem Verhalten des Einzelnen und dem der Gruppe einen besonderen Charakter geben. Solche Normen sind soziale Normen und wechselseitige Verhaltenserwartungen, die sich innerhalb der Gruppe verbal oder nonverbal zeigen. Wie gehen die Gruppenmitglieder miteinander um, welche Themen werden angesprochen, welche nicht, welches Verhalten wird begrüßt, welches nicht? Normen regeln die Interaktionen. Solche sozialen Normen können in der Gruppe relativ konstant bleiben, können sich aber auch verändern und weiterentwickeln. Die Interaktionsmuster, die Patienten oder Subgruppen zeigen, verlaufen manchmal über Wochen und Monate gleichbleibend und folgen einem bestimmten Schema, das identifizierbar ist.

In diesem therapeutischen Gruppengeschehen bietet der Gruppenleiter ein erkennbares Gegenüber an. Er bezieht sich explizit nicht auf den unbewussten Sinn der Äußerungen der Patienten oder der Interaktion, sondern fokussiert auf das manifeste, bewusstseinsfähige, sprachliche und nichtsprachliche Verhalten. Er ist im Sinne des *Prinzips »Antwort«* (► Kap. 1.2) ein Gegenüber und Mitakteur im interaktiven Geschehen der Gruppe. Dabei verfolgt er nicht wie in der Gruppenanalyse ein regressives, sondern ein progressives Ziel. Er will Entwicklungsförderung betreiben und nicht Pathologien interpretieren.

Die große Veränderung gegenüber anderen aus der Gruppenanalyse abgeleiteten psychodynamischen Gruppenpsychotherapien ist also der Verzicht auf Deutungen und die alleinige Orientierung an dem interaktionellen Geschehen. Der Gruppentherapeut gibt sich selektiv als reale Person zu erkennen. Die Interventionen richten sich an die Gesamtgruppe, an Subgruppen oder auch an einzelne Teilnehmer. *Der antwortende Modus* ist, wie dargestellt bei Streeck & Leichsen-

ring (2009), das charakteristische Merkmal der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie. Sie definieren diesen Modus folgendermaßen: »Im antwortenden Modus gibt der Therapeut selektiv und gezielt auch eigenes Erleben und eigene Handlungsbereitschaften zu erkennen; damit liegt der Fokus der therapeutischen Arbeit vornehmlich auf interpersonellen Beziehungen, dem Selbst des Patienten im Kontakt mit andern. Nicht Deutungen sind das maßgebliche therapeutische Mittel, sondern Antworten, mit deren Hilfe dem Patienten interpersonelles Geschehen und seine eigene Beteiligung daran durchschaubarer und die Teilnahme an reziproken zwischenmenschlichen Beziehungen eröffnet werden« (Streeck & Leichsenring 2009, S.96). Als Beispiel nennen sie einen Patienten, der seinen Therapeuten fragt, ob dieser noch wisse, was er ihm am Tag zuvor über die Reise nach Berlin erzählt habe, zu der ihn sein Vater mitgenommen habe. Darauf gäbe es nach Streeck und Leichsenring drei Möglichkeiten zu antworten: Im alltags-sprachlichen Sinne würde der Therapeut sagen, dass er sich erinnere. Im Sinne der psychoanalytischen Behandlung würde er die Übertragung ansprechen: »Sie rechnen damit, dass ich schnell vergesse, was Sie mir anvertrauen.« Im psychoanalytisch-interaktionellen Sinne würde er antworten: »Obwohl das ja eigentlich eine einfache Frage ist, mag ich Ihnen nicht so ohne Weiteres antworten und zögere auch, das zu tun, weil ich unsicher bin, ob Sie es wirklich als Frage meinen und das tatsächlich wissen möchten. In den letzten Stunden wollten Sie mir mit ähnlichen Fragen ja meistens nachweisen, dass ich Ihnen nicht zuhöre und mich nicht für Sie interessiere« (Streeck & Leichsenring 2009, S.97).

Das Beispiel macht deutlich, dass der Therapeut nicht bloß antwortet, sondern zugleich schon interpretiert. Insofern ist der Begriff »Antwort« nur bedingt zutreffend. Streeck & Leichsenring (2009) grenzen jene Erwidierungen des Therapeuten auch sehr deutlich ab von Antworten in Alltagsgesprächen. Diese Interventionstechnik bringt es mit sich, dass der Therapeut sich dem Patienten selektiv zuwendet und sich nach Maßgabe der therapeutischen Gesichtspunkte als Individuum zu erkennen gibt. Es ist natürlich sehr schwer einzuschätzen, ob dies wirklich entwicklungsfördernd ist oder ob es die Toleranzgrenzen des Patienten überschreitet. Auch Streeck & Leichsenring (2009) sehen eine Gefahr darin, wenn durch eine antwortende Intervention die Patienten gekränkt und ihre Toleranzgrenzen überschritten werden. Sie können dann die Interventionen nicht annehmen, setzen zum Gegenangriff an oder verlassen die Gruppe. Insbesondere die Gefühlsantworten des Therapeuten zeigen dem Patienten, welche Affekte er bei seinem Gegenüber hervorgerufen hat und welche Handlungsbereitschaften er anstößt. Bei den Mitteilungen von Gefühlen wird es erst recht schwierig zu unterscheiden, was dem Patienten nützt und was ihn fördert.

Die Interventionstechnik, die Fürstenau (1977a, b) bei strukturellen Ich-Störungen vorschlägt, nämlich die stellvertretende Übernahme von Ich-Funktionen, die der Patient nicht zur Verfügung hat, wird in der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie ebenfalls angewandt, und zwar insbesondere im Hinblick darauf, dass die antizipierenden Ich-Funktionen nicht hinreichend vorhanden sind und der Patient oder die Patientengruppe zu erwartende Schwierigkeiten nicht erkennen kann. Dabei kommt es nicht darauf an, auf die Defizite hinzuwei-

sen, sondern auf die progressiven Möglichkeiten, die der Patient hat, ähnlich wie dies in der Ich-psychologisch orientierten Psychotherapie nach Blanck & Blanck (1978) geschieht.

In Gruppen scheint es uns besonders schwer, die Toleranzgrenzen gut einzuschätzen, da für den einen Patienten etwas akzeptabel sein kann, was für den anderen Patienten inakzeptabel ist, insbesondere, wenn es sich um affektive Äußerungen des Therapeuten handelt. Der Gruppentherapeut muss ein großes Taktgefühl für die unterschiedlichen Situationen innerhalb der Gruppe haben. Nach unserem Verständnis ist das psychoanalytisch-interaktionelle Behandlungsprinzip des antwortenden Modus am ehesten ein modifiziertes Feedback-System, wie es aus der Gruppendynamik bekannt ist (► Kap. 1.3.1). Die Position des Therapeuten kann, wie wir schon bei der Definition der Gegenübertragungen in Kapitel 1.1 beschrieben haben, konkordant oder komplementär sein. Das heißt, der Therapeut identifiziert sich mit der Gruppe, mit Subgruppen oder mit einzelnen Patienten aus der Gruppe oder mit solchen, über die der Patient erzählt.

Nach diesen grundsätzlichen Überlegungen halten wir den antwortenden Modus in der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie für eine Sonderform der Interventionen, die wir bei bestimmten Patienten in bestimmten Gruppensituationen anwenden.

Anders ist dies bei der Mentalisierungsbasierten Gruppenpsychotherapie, die auf einem psychoanalytischen und bindungstheoretischen Konzept aufbaut, das wir hier ausführlich darstellen wollen. Das Konzept der Mentalisierung stellt den Versuch einer psychoanalytischen Weiterentwicklung dar und kam bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS) erstmalig zur Anwendung.

### 1.5.2 Mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie (MBT-G)

#### Das Konzept des Mentalisierens

»Mentalisieren« ist ein sehr komplexes kognitives Konzept. Es kann zwischen explizitem und implizitem Mentalisieren unterschieden werden, zwischen dem Mentalisieren in Bezug zum Selbst und zu Anderen. Mentalisieren ist symbolisch, reflexiv und zeigt sich in Form von Narrativen. Wesentlich für die klinische Praxis und die Psychotherapie ist das explizite Mentalisieren. In interpersonalen Beziehungen erfolgt jedoch das Mentalisieren implizit, automatisch und nicht reflexiv.

Das Konzept des Mentalisierens nahm seinen Ausgang mit der *Theory of Mind* (ToM), die primär kognitiv und eher dyadisch orientiert ist. Das Mentalisierungsmodell schließt die beziehungs- und affektregulativen Aspekte des Einzelnen wie auch von Gruppen mit ein. Mentalisieren ist ein psychologisches Konstrukt, das geprägt ist durch verschiedene Elemente der Kognitionswissenschaften, der Psychoanalyse, der Entwicklungspsychologie, der intersubjektiven relationalen Psychoanalyse sowie Befunde aus der Affektforschung, der Alexithymie-Autismusforschung, der Bindungsforschung und der Neurobiologie. MBT integriert Ergebnisse der Theory of Mind (ToM) (Baron-Cohen 1995, Förstl 2012), der

Bindungsforschung (Fonagy et al. 2004), der Neurobiologie (Frith 2004) und nicht zuletzt der Epigenetik (Kandel 2006a, b).

Nach Bateman (2007) bedeutet Mentalisieren, »sich auf die eigenen inneren, mentalen Zustände (Gedanken, Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse, Hoffnungen, Überzeugungen) und die Anderer zu beziehen, sie als dem Verhalten zugrunde liegend zu begreifen und darüber nachdenken zu können. Ein wesentlicher Aspekt des Mentalisierens in therapeutischen Beziehungen ist aber auch die neugierige Bereitschaft (>inquisitive stance<) des Sich-anstecken-, Sich-überraschen-, Sich-beeinflussen- und Sich-bereichern-Lassens in der Begegnung mit dem Anderen« (Schultz-Venrath & Felsberger 2016, S. 20).

Basierend auf neurowissenschaftlichen Ergebnissen zu sozialer Kognition können verschiedene Dimensionen des Mentalisierens unterschieden werden (Bateman & Fonagy 2016):

- Automatisch versus kontrolliert
- Selbst versus andere
- Nach innen versus nach außen
- Kognitiv versus affektiv

Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung verlieren bei affektiver Erregung die Fähigkeit des kontrollierten Mentalisierens, es kommt zu automatischem Mentalisieren über innere Zustände von anderen.

Die Definition von »Mentalisieren« als intrapsychischem und gleichzeitig interpersonellem Prozess macht deutlich, dass dieses Konzept auch besonders für Gruppenprozesse und Gruppenpsychotherapien geeignet ist. Ein großer klinischer Vorteil dieses Konzeptes ist, dass der Fokus beim Mentalisieren auf das Selbst und Andere gerichtet ist. In der Gruppentherapie kommt Mentalisieren in Bezug auf andere besonders zum Tragen (Karterud 2015, Schultz-Venrath & Felsberger 2016).

### Zur Entwicklung des Mentalisierens

Die Selbstregulationsfähigkeiten, nämlich die Fähigkeiten zur Regulierung von Emotionen, zur Aufmerksamkeitskontrolle und zur Mentalisierung, werden normalerweise im Kontext von Bindungsbeziehungen erworben. Bowlby (1975, 2014) postulierte in seiner Bindungstheorie, dass die Bindungsbeziehung in der menschlichen Evolution weit mehr als nur das Gewähren von körperlichem Schutz bedeutet. Menschliche Bindung ist die Voraussetzung für die Organisation von Hirnprozessen und neuronaler Entwicklung, die für die soziale Kognition von Bedeutung sind (Allen & Fonagy 2009). Sie ermöglicht erst die Entstehung innerer Repräsentationssysteme. Der Erwerb des Gewahrseins des Selbst als mentalem Urheber wird auf einen Entwicklungsprozess zurückgeführt, der allerdings unter bestimmten Umständen auch scheitern kann (Bateman & Fonagy 2008). Voraussetzung für gelungene Mentalisierung ist mindestens eine beständige, sichere Bindungsbeziehung. Das Bedürfnis nach Bindung ist eine biopsychische Motivation, die das Überleben des Individuums und der menschlichen Spezies sichert. Eine sichere Bindung führt über die Affektrepräsentationen,

die Zunahme der Aufmerksamkeit und schließlich über die eintretende Mentalisierungsfähigkeit zur Möglichkeit, das Gegenüber sowohl kognitiv als auch affektiv zu interpretieren (interpersonaler Interpretationsmechanismus). Es kommt in der frühen Kindheit zur Enkodierung »innerer Arbeitsmodelle« (Internal Working Model, IWM) des Selbst, an welche sich weitere Erwartungen und Verhaltensweisen bis zur Aktualisierung oder notwendigen Revision orientieren. Wenn der Säugling seine eigene Psyche oder intentionale Haltung in der Psyche des Objekts findet, findet er sich im Sinne Winnicotts (1974) selbst. In der Reaktion der Mutter sucht der weinende, verzweifelte oder schmerzgeplagte Säugling »eine Repräsentation seines mentalen Zustands, um sie zu internalisieren und als Teil einer primären Strategie der Affektregulierung zu benutzen. Die sichere Bezugsperson beruhigt, indem sie die Spiegelung mit einem Affektausdruck kombiniert, der mit den Gefühlen des Säuglings unvereinbar ist (und somit die Gleichzeitigkeit von Kontakt, Distanz und Affektverarbeitung [Coping] impliziert)« (Fonagy & Target 2006a, S. 367). Diese Unvereinbarkeit bzw. referenzielle Entkopplung ist Voraussetzung dafür, dass die Affektspiegelung als Grundlage für die Entwicklung eines repräsentationalen Bezugsrahmens dienen kann: Erst wenn die Mutter zu erkennen gibt, dass ihr Ausdruck nicht ihren eigentlichen Affekt zeigt, also nicht anzeigt, wie sie sich selbst fühlt, was als »Markiertheit« definiert wird (Fonagy & Target, 2006a, S. 366), erst dann kann der Säugling oder das Kleinkind – und später vielleicht auch der Patient einer analytischen Gruppenpsychotherapie – für seinen Affekt durch die Differenz sekundär eine Repräsentanz entwickeln. Wenn aber »die Mutter statt des markierten Spiegels ihren eigenen unmodulierten Affektausdruck zeigt, z. B. auf die Angst des Kindes mit eigener Panik reagiert, kann das Kind keinen Unterschied bemerken. Es wird die Angst als seine eigene empfinden und dadurch etwas Fremdes in sein sich bildendes Repräsentanzensystem aufnehmen« (Potthoff 2008, S. 93), wodurch ein fremdes Selbst (»alien self«) entsteht, das als Fremdkörper externalisiert und projiziert werden muss, um ein authentisches Selbsterleben zu ermöglichen. Unter Bedingungen einer unsicheren Basis werden spezifische Sub-Modi oder Vorstadien des »Mentalisierens« der frühen Kindheit – Äquivalenz-, Als-ob- oder teleologischer Modus – genutzt, die später durch akute Belastungssituationen wieder aktiviert werden.

### **Modi subjektiver Erfahrung, welche der Mentalisierung vorausgehen** \_\_\_\_\_

(modifiziert nach Allen, Fonagy und Bateman 2008)

#### **Äquivalenz-Modus**

Es besteht ein Psyche-Welt-Isomorphismus (psychische Welt = äußere Realität; die innere Welt hat den Status und die Macht der äußeren). Erschreckende Gedanken und traumatische Erinnerungen werden für real gehalten (z. B. Flashbacks), das subjektive psychische Erleben kann überwältigend sein. Es besteht eine Intoleranz gegenüber alternativen Perspektiven und Haltungen. Negative Projektionen auf die Außenwelt werden als zu real erlebt und mit unerträglicher Intensität wahrgenommen.

### Als-ob-Modus

Im Als-ob-Modus wird die psychische innere Welt von der äußeren abgekoppelt, Gedanken und Gefühle bilden keine Brücke zwischen innerer und äußerer Realität. Das kann in einer Psychotherapie zu endlosen, inkonsequenten Gesprächen über Gedanken und Gefühle – ohne Veränderungen – führen, was als Hypermentalierung bezeichnet wird. Psychisches Erleben zeigt sich in Gefühlen der Leere, Bedeutungslosigkeit oder Dissoziation als Traumafolge. Häufig stimmen die Affekte nicht mit dem Inhalt der Gedanken überein.

### Teleologischer Modus

Stellt den primitivsten Modus des Erlebens psychischer Realität dar. Folgen des Handelns können nicht vorhergesehen, dem Anderen können keine Intentionen zugeschrieben werden. Es zählt das sichtbare Ziel einer Aktion. Nur Handlungen oder körperlich reale Eingriffe können mentale Zustände beeinflussen. Fehlende »Bindung« – in der frühen Kindheit verursacht durch Traumatisierung – fördert ein desorganisiertes Selbst und beeinträchtigt massiv die Mentalisierungsfähigkeit, wodurch »diese Kinder insbesondere für spätere Traumatisierungen anfällig sind« (Fonagy et al. 2004, S. 360).

### Die Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT)

Die Mentalisierungsbasierte Psychotherapie ist eine Form von psychodynamischer Psychotherapie, die als tagesklinische Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen für einen Zeitraum von 12–18 Monaten konzipiert wurde (Bateman & Fonagy 1999, 2008). Bateman und Fonagy haben Theorie und Methode in zahlreichen Publikationen und im Behandlungskonzept der Halliwick Tagesklinik im St. Ann's Hospital in London ausführlich dargelegt, mehrfach beforscht und schließlich in einem 8-Jahres-Follow-Up evaluiert (Bateman & Fonagy 1999, 2008, 2009). Im deutschsprachigen Raum führen Bolm (2009) und Schultz-Venrath (2013) umfassend in die Theorie und Methode der MBT (Mentalization-based Treatment) ein.

Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung sind charakterisiert durch ausgeprägte Defizite in der Mentalisierungsfähigkeit und der Affektregulierung. Häufig liegt ein Hypermentalieren oder Pseudomentalisieren vor, wie z. B. endlose psychologisierende Kommunikation, die stereotyp und oberflächlich ist. Dabei werden sozial erwünschte Antworten gegeben.

In konflikthaften Beziehungssituationen kommt es bei Borderline-Patienten zu einem Hyperarousal mit Hyperaktivierung eines gestörten Bindungssystems und in der Folge zu Mentalisierungsversagen mit erneuter Aktivierung von Vorstufen des Mentalisierens.

Patienten mit mangelnder Mentalisierungsfähigkeit sind daher angesichts soziokognitiver Aufgaben, in denen sie mentale Zustände anderer ableiten und Selbst von Nichtselbst unterscheiden sollen, stark benachteiligt. In der MBT gilt das Hauptinteresse deshalb nicht nur den Inhalten der mentalen Repräsentation des Selbst, sondern dem »Selbst als Urheber« an sich, d. h. dem Prozess, der es ermöglicht, dass die Selbstrepräsentation überhaupt auftauchen kann (Bateman & Fonagy 2008).

Da Defizite im autobiografischen Gedächtnis mit Mentalisierungsdefiziten zu-

sammenhängen können, ist ein wesentlicher Bestandteil der MBT, eigenes Erleben in eine Erzählung zu bringen, Gedanken, Gefühle und Verhalten im interpersonellen Erleben wahrzunehmen (Dimaggio et al. 2012). Vor allem das eigene Erleben im Hier und Jetzt der psychotherapeutischen Beziehung wird dabei als Prozess beachtet und versprochen. Auf diese Weise wird die »narrative Kohärenz« gefördert. Die MBT fokussiert also nicht primär auf Inhalte, sondern eher auf Prozesse.

Fonagy et al. (2011) beschreiben MBT als eine strukturierte schrittweise Vorgehensweise. An vom Patienten eingebrachten detaillierten autobiografischen Episoden wird klärend gearbeitet. Das heißt, es wird gesucht nach Gefühlen und Vorstellungen, die in dieser Episode handlungsmotivierend gewesen sein könnten. Hierin ähnelt das Vorgehen der »metacognitive interpersonal therapy« (MIT; Dimaggio & Lysaker 2010). Ein wesentlicher Schwerpunkt der MIT liegt im Herausarbeiten von Beziehungshypothesen. Die MBT zielt nicht allein auf eine Distanzierung von eingefahrenen Denkschemata oder Perspektivenwechsel ab, sondern auch auf nuanciertere und differenziertere Beziehungsrepräsentationen, auf eine Anreicherung der internen Arbeitsmodelle der Beziehungen mit immer mehr psychischen Inhalten. Die MBT ist beziehungs- und affektfokussiert; ihr Ziel ist »mentalisierte Affektivität« (Fonagy et al. 2004). Die mentalisierte Affektivität charakterisiert das emotionale Selbstgefühl, »sich der eigenen Affekte bewusst zu sein und den Affektzustand gleichzeitig aufrechtzuerhalten« und die Bedeutungshaltigkeit der eigenen emotionalen Zustände anzuerkennen. Diese Form des Mentalisierens ist für die emotionale Regulation unabdingbar, denn diese setzt die Identifizierung, Modulierung und den Ausdruck des Affektes voraus – wobei der Affektausdruck nicht zwangsläufig bedeutet, dass wir ein Gefühl nach außen zeigen, es reicht, dass wir es uns selbst innerlich klarmachen (Fonagy et al. 2004).

In der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung werden grundlegende Kernstrategien empfohlen, damit die Patienten die Mentalisierungsfähigkeit entwickeln, ihre Impulse unter Kontrolle zu bringen und ihre eigenen Motivationen und die Beweggründe anderer Menschen zu beachten und zu verstehen (Bateman & Fonagy 2008):

- Verbesserung der Mentalisierung: Als mentalisierende Haltung wird die Fähigkeit des Therapeuten bezeichnet, kontinuierlich zu überlegen, welche inneren Zustände des Patienten bzw. des Therapeuten das aktuelle Geschehen erklären könnten. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, sich eine mentalisierende Haltung im Kontext der Gegenübertragungsreaktionen zu bewahren (Fokussierung auf das Hier und Jetzt, Wahrnehmen des vorherrschenden Affektes, Verstehen emotionaler Zustände).
- Schließen der Lücken zwischen Affekten und ihrer Repräsentation: Lücken schließen zwischen dem primären affektiven Erleben und seiner symbolischen Repräsentation, Verbesserung des Reflexionsprozesses, Einordnung der Affekte in einen aktuellen Kontext und Verknüpfen mit Erfahrungen aus der Vergangenheit.
- Übertragung: Übertragung sollte nicht als Wiederholung oder Verschiebung

gedeutet werden, sie wird vom Patienten als reale, realitätsangemessene Erfahrung erlebt. Die Übertragung wird benutzt, um den Patienten alternative Perspektiven aufzuzeigen. Dazu dienen Übertragungsmarker.

- Aufrechterhaltung psychischer Nähe: Der Therapeut repräsentiert den Gefühlszustand des Patienten und die damit einhergehenden inneren Repräsentationen.
- Vorrangige Konzentration der Arbeit auf aktuelle mentale Zustände: Klären, wie aktuelle mentale Zustände durch die Vergangenheit beeinflusst werden; Therapie im Hier und Jetzt; Untersuchung des augenblicklichen Erlebens.
- Kontinuierliche Berücksichtigung der Defizite des Patienten

Das Gesamtbehandlungsprogramm, zu dem Einzel- und Gruppensitzungen gehören, enthält spezifische Interventionen, die sich an wesentlichen psychoanalytischen Behandlungszielen orientieren:

- Identifizierung und angemessene Äußerung des Affekts
- Entwicklung stabiler Repräsentanzen
- Aufbau eines kohärenten Selbstgefühls
- Entwicklung der Fähigkeit, sichere Bindungen aufzubauen

MBT ist eine psychodynamische Technik, die im Rahmen einer höherfrequenten Psychoanalyse, einer fokalen Kurztherapie oder einer analytischen Gruppenpsychotherapie angewandt werden kann, insbesondere wenn Phänomene des Zusammenbruchs von Mentalisierung zu beobachten sind, wie sie sich z.B. in Impulsdurchbrüchen, suizidalem Agieren und selbstverletzendem Verhalten äußern. Es gibt zahlreiche Überlappungen mit den verschiedenen klassischen und objektrelationalen Ansätzen, insbesondere aber mit dem Holding-Konzept von Winnicott und dem Container-Konzept von Bion. Obwohl MBT die älteren Konzepte besonders um eine forschungsbasierte, veränderte therapeutische Haltung erweitert, betonen Bateman & Fonagy (2016), dass sie keine neue Therapie entwickelt hätten.

Mentalisieren allein ist noch keine Psychotherapie, spielt jedoch eine Schlüsselrolle in der Therapie, um beziehungsfähiger zu werden. Es verbessert die interpersonelle Lernfähigkeit und trägt zum besseren Verstehen sozialer Beziehungen und eigener Verhaltensweisen bei. Mentalisieren zu fördern ist kein Selbstzweck, sondern dient in erster Linie dazu, die Möglichkeiten der sozialen Bezogenheit und Verbundenheit in einer Gruppe zu verbessern.

MBT gilt heute als umfassender Ansatz zur Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und wurde mittlerweile auch bei Patienten mit antisozialen Persönlichkeitsstörungen angewandt. Techniken der MBT werden inzwischen auch bei anderen psychischen Störungen eingesetzt, z. B. bei Depressionen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Abhängigkeitsstörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen bei Adoleszenten mit Selbstverletzungen und Kriseninterventionen in Familien (Bateman & Fonagy 2016).

### Mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie (MBT-G)

Der Begriff Mentalisierung enthält eine selbstreflexive wie eine interpersonelle Komponente und ist damit als ein Konstrukt ausgewiesen, das sich für Gruppenkontexte besonders eignet:

Gruppen sind wie ein Spiegelsaal, der die Möglichkeit zu multipersonaler Resonanz eröffnet (Foulkes 1992). Psychotherapiegruppen bieten in diesem Sinne einen idealen Ort zum Mentalisieren. Nach Foulkes (► Kap. 1.4) ist ein besonderer Wirkmechanismus in Gruppen die multiple Spiegelung von Affekten (siehe auch Schultz-Venrath & Felsberger 2016, S.97f.). In der MBT-G spielen Spiegelung und Markierung eines Affektes eine besondere Rolle, es ermöglicht die Selbst/Nicht-Selbst-Unterscheidung.

Die Gruppenpsychotherapie MBT-G eignet sich wegen der interpersonalen Komponente besonders für Interventionen, die auf die Mentalisierungsfähigkeit abzielen. Patienten treffen hier auf sehr verschiedene Menschen mit ihren ganz persönlichen Lebenswelten und sind unweigerlich einem Austausch mit ihnen ausgesetzt. In der Gruppenpsychotherapie eröffnen sich über das methodische Prinzip des »Ein- und Anbindens« hervorragende Möglichkeiten, komplexere Vorstellungen über sich selbst und über andere zu bilden. Es können aus den gemeinsamen Inhalten, Bedeutungen und Bewertungen kohärente »gesättigte« Narrative entstehen. Letztendlich wird MBT in der Gruppe zur Behandlung durch die Gruppe.

### Unterschiede zwischen Mentalisierungsbasierter Psychotherapie in Gruppen (MBT-G) und psychodynamischer Gruppenpsychotherapie

Ein wesentlicher Unterschied zu den herkömmlichen Ansätzen wie der psychodynamischen Gruppenpsychotherapie besteht bei der MBT-G in der Betonung des Therapieprozesses vor inhaltlichen Deutungen oder unspezifischen supportiven Therapieaspekten.

Die MBT-G ist zeitlich begrenzt auf ½–3 Jahre, die psychodynamische Gruppenpsychotherapie ist in der Regel idealerweise ohne Zeitlimit. MBT-G findet überwiegend im stationären und tagesklinischen Setting mit Einzeltherapie statt. Gemeinsamkeit beider Gruppenpsychotherapie-Konzepte bleibt das Prinzip Psychotherapie durch den Gruppenprozess. Ein Argument für die Anwendung von MBT-G in Kliniken ist die Zunahme strukturell Ich-gestörter Patienten. Ein Ziel der Gruppenpsychotherapien ist, die Zahl der Abbrüche zu reduzieren. Aufgrund der Störung der Affektregulation bei schwer gestörten Patienten erweist sich freie Assoziation als eher ungünstig, es sind strukturierte Gruppentechniken erforderlich (Lorentzen 2014). MBT-G ist förderlich für Mentalisierung, da in jeder Gruppensitzung – über die Wiederherstellung von Bindung, über Resonanzphänomene und mentalisierendes Antworten des Therapeuten – die Reflexion im Sinne des Austauschs affektiver Signale wiederholt wird (Schultz-Venrath 2013, Schultz-Venrath & Felsberger 2016).

Unterschiede zwischen MBT-G und Gruppenanalyse bestehen auch im Leiterverhalten. Die Haltung des MBT-G-Therapeuten ist aktiver, teilnehmender und weniger deutend. Der Schwerpunkt in der MBT-G liegt im aktiveren gezielteren