

ELISABETH WAGNER

SYSTEMISCHES ARBEITEN MIT GRUPPEN



NUR AUF DEN ERSTEN BLICK bietet sich die Gruppe als Mehr-Personen-System für eine systemtheoretische Konzeptualisierung an. Bei genauerer Betrachtung werden die dabei auftretenden Schwierigkeiten deutlich, weshalb das Gruppensetting in

der systemtheoretischen Fachliteratur auch vergleichsweise wenig behandelt wird. Da andererseits Gruppentherapie in unterschiedlichsten Kontexten angeboten wird und vor allem im stationären Bereich die Standardmethode darstellt, müssen auch systemische TherapeutInnen zunehmend die Gestaltung von Gruppenprozessen auf der Basis ihrer systemischen Identität reflektieren. Aus diesem Grund wurde für das letzte Systemische Kaffeehaus das Schwerpunktthema „Systemisches Arbeiten mit Gruppen“ gewählt. In Anlehnung an den Vortrag, den ich bei dieser Gelegenheit gehalten habe, möchte ich hier den Stand meiner Überlegungen zum Thema „Systemische Gruppentherapie“ darstellen.

Als ich vor vielen Jahren im psychiatrischen und im forensischen Kontext begonnen habe, therapeutisch mit Gruppen zu arbeiten, stellte sich mir wieder die Frage, die ich mir schon (wie viele andere auch) als Auszubildende und später als Auszubildende gestellt habe: Wie gehen wir als Systemische TherapeutInnen mit der Gruppendynamik um? Ich war daher zunächst auch verführt, meinen Vortrag „Systemisches Arbeiten mit Gruppen zwischen Lösungsorientierung und Gruppendynamik“ zu nennen, doch diese Unterscheidung erwies sich bei genauerem Nachdenken nicht als hilfreich, worauf ich später noch eingehen werde. Zunächst sei der Begriff Gruppendynamik, der ja vielfältig verwendet wird, erklärt:

„Gruppendynamik“ steht zum einen für die Gesetzmäßigkeiten, denen die Vorgänge in einer Gruppe folgen, z. B. betreffend Verteilung der Rollen, Bildung von Normen und Regeln, Verteilung von Macht, Aufnahme neuer Mitglieder, Umgang mit Dritten und anderen Gruppen („gruppendynamische Vorgänge“) zum anderen für eine Methode, die diese Vorgänge erfahrbar macht (gruppendynamische Seminare, T-Gruppen), bzw. für die wissenschaftliche Disziplin, die diese Muster und Methoden erforscht.

Gruppendynamik beschäftigt sich daher primär mit Phänomenen, die regelmäßig und spontan – d. h. abseits konkreter Aufgabenstellungen – in Gruppen auftreten. Besonders deutlich treten diese Phänomene bei passivem Leitungsverhalten hervor, wenn die Gruppenmitglieder quasi „sich selbst überlassen sind“ und sich daher selbst organisieren müssen. Kurt Lewin, einer der bedeutendsten Sozialpsychologen und Pioniere der „Gruppendynamik“ fordert daher für seine T-Gruppen „Niedrigstrukturiertheit“ (die Trainer geben wenig Struktur in Form von Arbeitsanweisungen) und beschreibt die „initiale Verunsicherung“ als notwendige Bedingung für den Lernprozess der GruppenteilnehmerInnen. Die Aufgabe der T-Gruppen und der daraus entstandenen, mit erlebnisaktivierenden Methoden angereicherten Encountergruppen besteht darin, sich selbst zu erforschen. Sie versprechen Bewusstseinsförderung für emotionale Phänomene und für die Wirkung des eigenen Verhaltens auf andere und damit die Förderung sozialer Intelligenz. Es sind dies im Wesentlichen Ziele der Selbsterfahrung oder der Persönlichkeitsentwicklung, Themen, die im Zeitgeist der 50er bis 70er Jahre breite Teile der Bevölkerung bewegten. Horst-Eberhard Richter wies darauf hin, dass die Gruppenbewegung der 70er Jahre nicht nur unter psychologischer Perspektive, sondern auch als Ausdruck einer politischen Gesinnung gesehen werden muss: „Die Gruppe trat als neue Lebensform auf, in der man das Zusammenleben zwischen den Geschlechtern, zwischen Eltern und Kindern, zwischen unterschiedlichen sozialen Klassen von Unterdrückung befreien wollte.“ Dementsprechend rasant entwickelte sich die Gruppenbewegung in dieser Zeit – sie stand für das „visionäre Projekt einer solidarischen Gesellschaft im Mikroformat“ (Richter 1999) – allerdings weitgehend unabhängig vom therapeutischen Kontext.

Die Entwicklung spezifischer „Gruppenpsychotherapieverfahren“ erfolgte vergleichsweise langsamer und erwartungsgemäß heterogen. In ihren Ursprüngen ist sie auf die Notwendigkeit der Versorgung einer großen Zahl behandlungsbedürftiger Soldaten nach dem Zweiten Weltkrieg zurückzuführen. Nicht nur Carl Rogers, damals Professor für Psychologie an der Universität Chicago, erhielt einen Regierungsauftrag, einen Ausbil-

dungsgang für Berater von Kriegsveteranen zu entwickeln, auch Bion und Foulkes, Pioniere der analytischen Gruppenpsychotherapie, waren als Armee-Psychiater in England tätig und hatten die Aufgabe, ein ökonomisches Instrument zur Behandlung psychischer Störungen bei Soldaten zu entwickeln (vgl. Tschuschke 2001). Der Begriff „Gruppenpsychotherapie“ ist allerdings von Jakob Moreno bereits in den 1930er Jahren geprägt worden. Als Erfinder des Stegreiftheaters wurde der österreichisch-amerikanische Psychiater zum Begründer des Psychodramas, eine der wenigen Psychotherapieverfahren, die primär als Gruppentherapie entwickelt wurden. Im Unterschied dazu mussten die meisten Psychotherapieverfahren Theorie und Technik für das Gruppensetting erst modifizieren. Dabei unterscheiden sich die einzelnen Psychotherapiemethoden darin, inwieweit die für die Gruppe typischen sozialen Kräfte bei der Konzeptualisierung des therapeutischen Geschehens explizit berücksichtigt werden.

BEVOR ICH MICH diesem Thema vor dem Hintergrund systemischer Theorienbildung zuwende, erlaube ich mir noch einen kurzen Blick auf die Psychotherapieforschung: Glaubt man den Ergebnissen der Evaluationsforschung, so ist Gruppenpsychotherapie nicht nur kosteneffizienter, sondern (mindestens) gleich wirksam wie Einzelpsychotherapie - allerdings um den Preis etwas höherer Abbruchraten (vgl. Tschuschke 2010). Dies erscheint auch insofern plausibel, als es keinen Wirkfaktor in der Einzelpsychotherapie gibt, der nicht auch in der Gruppentherapie zum Tragen kommen könnte. Umgekehrt gilt dies nicht für die Wirkfaktoren der Gruppentherapie: Nachahmendes Verhalten (Lernen von erfolgreichen Bewältigungsmustern anderer), interpersonales Lernen (Förderung der Fähigkeiten zur aktiven und konstruktiven Beziehungsgestaltung), das heilsame Erleben von Gruppenkohäsion (emotionale Sicherheit und Stärkung), ebenso die Erfahrung von Altruismus und die Universalität des Leidens (Wirkfaktoren zitiert nach Yalom 2010) werden im Gruppensetting sehr viel verlässlicher realisiert als im Einzelsetting. Obwohl also davon auszugehen ist, dass in Gruppentherapien neben den auch in Einzeltherapien vorkommenden Wirkfaktoren zusätzliche spezifische kurative Fak-

toren wirken, wissen wir alle, dass die Gruppentherapie meist nicht die erste Wahl von KlientInnen (und TherapeutInnen?) darstellt, sondern, im Gegenteil, häufig massiv angstbesetzt ist – und das nicht unbedingt zu Unrecht. Die Wahrscheinlichkeit, in einer therapeutischen Gruppe auch Schmerzhaftes und Kränkendes zu erleben („ich finde keinen Platz“, „niemand interessiert sich für mich“, „man nimmt meine Probleme nicht ernst“ ...) ist zweifelsohne sehr viel größer als in einer Einzeltherapie – insofern stellt Selbstöffnung ein sehr viel höheres Risiko dar. Neben der Durchbrechung der Verschwiegenheitspflicht, die ja auch für GruppenteilnehmerInnen gilt, droht immer auch Kränkung, Abwertung oder Zurückweisung, wenn im Gruppenkontext Persönliches preisgegeben wird. Und dies nicht nur, weil GruppenteilnehmerInnen tatsächlich unempathisch, desinteressiert oder abwertend reagieren können, sondern weil die Äußerung z. B. schambesetzter Themen in einem so hohen Ausmaß bedürftig nach exklusiver Zuwendung und Aufmerksamkeit machen kann, dass dies mit den Interessen anderer TeilnehmerInnen fast zwangsläufig kollidieren muss. Insofern sind gewisse „Interessenkonflikte“ ebenso vorprogrammiert wie die Spannungen, die sich durch Unterschiede zwischen den TeilnehmerInnen ergeben. Langsam – schnell, laut – leise, konfliktfreudig – harmoniebedürftig, unerschrocken – vorsichtig – Menschen unterscheiden sich darin, wie sie sich in eine Gruppe einbringen, und diese Unterschiede können ebenso zu Spannungen führen, wie die wahrgenommenen Unterschiede im sozialen Status, in der Attraktivität, im beruflichen oder privaten Erfolg.

Darüber hinaus erinnert uns die sozialpsychologische Forschung daran, dass die Anwesenheit mehrerer Menschen andere soziale Gesetze zum Tragen kommen lässt als jene, die in der Zweierbeziehung wirken. Daher sind auch spezifisch negative Dynamiken von Gruppen, wie Konformitätsdruck, Primitivierung, Ausgrenzung, Spaltungen und Prozesse der Sündenbockbildung zu befürchten – all das sind keine minimalen unberechenbaren Restrisiken, wie das Umstürzen eines Krans, sondern müssen von der Gruppenleitung systematisch bedacht werden.

Wenn wir zu dem Gedanken zurückkehren, dass Lewin

„Niedrigstrukturiertheit“ und „initiale Verunsicherung“ durch passives Leitterverhalten gefordert hat, um die gruppodynamischen Prozesse anzukurbeln, so ist es – vice versa – schlüssig, ein hohes Maß an Struktur, konkrete, vertrauensbildende Arbeitsaufträge und ein aktives TherapeutInnenverhalten zu fordern, wenn ein verlässlich konstruktives Klima geschaffen werden soll. Genau dies erfüllt lösungsorientierte Gruppentherapie, weshalb auf dieses Konzept im Folgenden ausführlicher eingegangen werden soll:

LÖSUNGSORIENTIERTE GRUPPENTHERAPIE basiert im Wesentlichen auf den gleichen Prinzipien, die wir auch von lösungsorientierter Kurztherapie mit Einzelnen kennen: Ziel- und Auftragsorientierung, Erfragen und ausführliches Thematisieren von Ressourcen, Fokussierung von problemfreien Zeiten (Ausnahmen), Skalierungsfragen zur Unterschiedserzeugung und reflexive Fragen zur Förderung des Möglichkeitssinns. Lösungsorientierte Gruppen schaffen damit einen Ressourcen- bzw. Lösungsraum, indem sich die Mitglieder wechselseitig dazu einladen, jene Ressourcen zu fokussieren, die sie für die Lösung brauchen. Damit wird die Gruppe zum „aufmunternden Unterstützungssystem für das Erreichen der jeweiligen Therapieziele“ (Hesse 2006, S 19).

Das Gruppenschema ist in der Regel halboffen, d.h. neue GruppenteilnehmerInnen können immer wieder aufgenommen werden, da diese von den im „Lösungsdenken“ weiter fortgeschrittenen KlientInnen profitieren. Durch konsequente Ressourcen- und Lösungsorientierung legen die Teilnehmenden ihre Vergangenheitsorientierung ab und erkennen zunehmend die Möglichkeiten, die sie in der Gestaltung ihrer Gegenwart und Zukunft haben. Die Gruppen sind hoch strukturiert, gearbeitet wird in kurzen Sequenzen mit allen Anwesenden, lange Einzelarbeiten werden meist nicht durchgeführt. Unstrukturierte Interaktionen der Gruppenmitglieder untereinander werden weitestgehend vermieden, dies soll Interesse und Wertschätzung fördern – jedenfalls wird so die Wahrscheinlichkeit von destruktiven oder kränkenden Interaktionssequenzen reduziert.

Typisch für systemisch-lösungsorientiertes Arbeiten ist weiters die Nutzung zirkulären Fragens in Bezug auf die

Sichtweisen von relevanten Angehörigen, Teammitgliedern oder GruppenteilnehmerInnen. „Was glauben Sie, was denken und wie sprechen die Therapeuten während einer Fallbesprechung über Sie? Angenommen Sie hätten vor, die Denk- und Sprechweise Ihrer Therapeuten über Sie zu verändern, was genau müssten Sie tun, und was würden die Therapeuten dann von Ihnen hören und sehen? Wie würde sich das auf das Gruppenklima oder auf den Gruppenzusammenhalt auswirken?“ (Hesse et al 2001). Diese Nutzung der Zirkularität ist vor allem in (Zwangs-)Kontexten hilfreich, in denen sich die prognostischen Einschätzungen der Behandelnden auf das Leben der Behandelten unausweichlich auswirken (Ausgänge in einer stationären Suchtbehandlungseinrichtung, Aufhebung der Unterbringung in einer psychiatrischen Abteilung, Beurlaubungen von Rehabilitationsaufenthalten etc.), bietet aber auch in anderen Situationen eine schonungsvolle Möglichkeit, Fremdwahrnehmungen für das eigene Problemlöseverhalten zu nützen.

Als weiteres Charakteristikum systemisch-lösungsorientierter Gruppentherapie sei noch auf den Austausch und die Modifikation von Wirklichkeitskonstruktionen i. S. unterschiedlichster und unterschiedsbildender Selbst- oder Fremdbeschreibungen, -erklärungen und -bewertungen hingewiesen (Simon 2000, zitiert nach Hesse et al 2001). Die Therapeutin sorgt dafür, dass sich neue Bedeutungen entwickeln können und sich Gruppenmitglieder im Lichte unterschiedlicher Perspektiven erleben und erfahren können. Dieses Spiel mit den Unterschieden gewinnt an Kraft, wenn die Weltbildkompositionen selbstbezüglich gebraucht und mit einem „selbstreferenziellen Operator“ versehen werden: Nicht „es ist so“, sondern „ich erlebe/verstehe/bewerte es so“ (Hesse 2006, S 17). Gerade der Gruppenkontext erleichtert die Einsicht, dass Dinge nicht einfach sind, was sie sind, sondern dass erst unsere Bedeutungsgebungen und Bewertungen sie zu dem machen, was sie für uns sind.

Interessierte LeserInnen verweise ich auf den Sammelband von Haja Molter und Jürgen Hargens, in dem von verschiedenen AutorInnen lösungsorientiertes Arbeiten mit Gruppen in verschiedenen klinischen wie auch nicht-klinischen Kontexten beschrieben wird. Zusam-

menfassend können wir festhalten, dass durch eine lösungsorientierte Arbeitsweise in der Gruppentherapie die GruppenteilnehmerInnen als gegenseitige Anregung und Motivation bezüglich der Zielvorstellungen genützt werden, dass es zu einer gemeinsamen „Energetisierung“ von Zielen und Ressourcen kommt, dass starre Wirklichkeitskonstruktionen aufgeweicht werden und die Fremdwahrnehmung bezüglich Zielerreichung genutzt wird. Darüber hinaus – und dieser Effekt sollte nicht unterschätzt werden – gibt es eine Zeugenschaft für Fortschritte: Dass Komplimente und Wertschätzung dafür nicht nur von der Therapeutin, sondern auch von den anderen TeilnehmerInnen kommen, kann eine starke Kraft entfalten, genauso wie das Erleben von Veränderungen bei anderen Zuversicht erzeugt (vgl. Vogt und Caby 2006).

LÖSUNGSORIENTIERTE GRUPPENTHERAPIE BASIERT IM WESENTLICHEN AUF ZIEL- UND AUFTRAGSORIENTIERUNG, ERFRAGEN UND AUSFÜHRLICHEM THEMATISIEREN VON RESSOURCEN, FOKUSSIERUNG VON PRO- BLEMFREIEN ZEITEN, SKALIERUNGSFRAGEN ZUR UNTERSCHIEDSERZEUGUNG UND REFLEXIVEM FRAGEN ZUR FÖRDERUNG DES MÖGLICHKEITSSINNS.

Warum also sollten wir uns nicht als Systemische TherapeutInnen auf diese gruppentherapeutisch bewährte Arbeitsweise beschränken? Was könnte uns veranlassen, ein methodisch anderes Vorgehen zu wählen? Aus meiner Sicht gelangt ein rein lösungsorientierter Ansatz zumindest dann an seine Grenzen, wenn die GruppenteilnehmerInnen jenseits der Gruppentherapie im Alltagsleben Erfahrungen miteinander sammeln. Dies ist nicht nur im stationären Kontext psychiatrischer Rehabilitation oder stationäre Suchttherapie etc., sondern auch im Ausbildungskontext der Fall: Wenn die GruppenteilnehmerInnen im realen Leben viel Zeit miteinander verbringen, Beziehungen zueinander eingehen und evtl.

emotional bedeutsame Erfahrungen miteinander machen, lässt sich ihr Austausch in der Therapie nicht mehr glaubhaft auf das Sprachspiel lösungsorientierter Therapie verkürzen. Was im ambulanten Kontext als „aufmunterndes Unterstützungssystem“ zur Erreichung persönlicher Ziele funktionieren kann, wird zur künstlichen Verrenkung, wenn relevante Erfahrungen, die man mit dem/der anderen hatte, nicht geäußert werden können.

Ein Charakteristikum lösungsorientierter Therapie besteht ja darin, KlientInnen in ihrem Selbstverständnis radikal ernst zu nehmen. Dies äußert sich u.a. darin, dass nur die Ziele und Veränderungsabsichten der KlientInnen den Therapieprozess bestimmen und die Therapeutin – außer im Falle einer ethischen Notsituation – keine Infragestellungen aus „ExpertInnensicht“ vor-

nimmt. Diese Haltung mag therapeutisch sinnvoll sein, vor allem weil sie kooperationsfördernd ist, erlaubt aber keine systematische Berücksichtigung der Fremdwahrnehmung für das Problemverständnis. Gerade wenn GruppenteilnehmerInnen aber durch gemeinsam verbrachte Zeit Verhalten und Interaktionen beobachten bzw. miterleben, entsteht in ihnen ein Bild des anderen, das deutlich anders ausfallen kann als dessen „Selbsterzählung“. So kann sich jemand z. B. im Kontext stationärer Psychothe-

rapie beklagen, von der Gruppe ausgegrenzt zu werden und dabei übersehen, wie sehr dies durch das eigene Verhalten (ständiger Rückzug, knappe Antworten, spöttische Bemerkungen über andere, ...) mitbedingt wird. In solchen Gruppenkontexten kann es daher nötig werden, entstehende Differenzen zwischen Selbst- und Fremdbild zu thematisieren. Auch wenn dies für den Betroffenen nicht in jedem Moment angenehm sein muss, halte ich dies doch für eine der sinnvollsten „Zumutungen“ von Gruppentherapie, weil dadurch die systematische Berücksichtigung des beobachtbaren Verhaltens für das individuelle Problemverständnis gewährleistet wird.

Im Kontext der Therapieausbildung (Gruppenselbsterfahrung bzw. Eigentherapie in der Gruppe) ist dieser Aspekt noch mehr zu berücksichtigen, geht es hier doch neben der Arbeit an belastenden Problemen, die durchaus lösungsorientiert erfolgen kann, auch um die „Bearbeitung eigener dysfunktionaler Verhaltensweisen und des eigenen Anteils interaktioneller Schwierigkeiten, um das Erkennen der eigenen Beeinflussbarkeit und der eigenen Wirksamkeit im interaktiven Prozess ... und die Beseitigung von kommunikativen und interaktionellen Einengungen und Blockaden (vgl. Scholze und Klipcera 2000). Wie aber ist ein Gruppenprozess zu gestalten, wenn es nicht vorrangig um die Lösung von Problemen geht, sondern um die Identifizierung von Mustern auf verschiedenen Wahrnehmungsebenen, um die Auseinandersetzung mit der eigenen Spannungs- und Affektregulation und um die Wahrnehmung und Erweiterung der Möglichkeiten, Kontakt in unterschiedlichen Beziehungen herzustellen und zu sichern (vgl. Levold 1999)?

EINE ERSTE THESE: Das aktuelle Interaktionsgeschehen in der Gruppe und das damit verbundene Erleben müssen berücksichtigt werden. Das heißt aber nicht, dass wir, wie die meisten anderen Therapiemethoden (Gruppenanalyse, gruppensystemische Psychotherapie, Gestalttherapie, interaktionelle Gruppentherapie etc.), die Gruppe nun als „sozialen Mikrokosmos“ verstehen, in dem die Schwierigkeiten, die die Einzelnen in ihrem täglichen Leben mit anderen Menschen haben, früher oder später in Erscheinung treten, wenn nur durch abwartendes Leiterverhalten die freie Interaktion zwischen den TeilnehmerInnen ermöglicht wird. Natürlich ist dem Befund zuzustimmen, dass in wenig strukturierten Gruppensituationen die interaktionellen Muster, zu denen KlientInnen neigen, reproduziert werden. Das bedeutet aber keineswegs, dass es zwingend nötig oder auch nur sinnvoll ist, diese wenig strukturierte Gruppensituation in einem therapeutischen Setting herzustellen. Die Annahme, dass absichtsvoll erzeugte initiale Verunsicherung über die dadurch geförderte Regression den therapeutischen Prozess ankurbelt, halte ich für gewagt. Der gruppensystemische Prozess mag angekurbelt werden, ein therapeutischer Prozess, der ja die Haltung

des vertrauensvollen Erkundens neuer Möglichkeiten voraussetzt, wird angesichts der eingangs erwähnten Angst machenden Faktoren des Gruppensettings durch passives Leitungsverhalten aus meiner Sicht eher erschwert.

Aus einer systemischen Perspektive scheint daher gerade zu Gruppenbeginn aktives, evtl. anleitendes und vermittelndes TherapeutInnenverhalten notwendig. Regression soll verhindert, Autonomie und Eigenverantwortung der TeilnehmerInnen gefördert werden. Statt unstrukturierter Interaktion („abwarten, was passiert“) geben wir konkrete Aufgaben (v. a. lösungs- und ressourcenorientiert, aber auch interaktions- und wahrnehmungsorientiert), die es den TeilnehmerInnen erleichtern sollen, sich mit relevanten Themen auseinanderzusetzen und persönlich fördernde Beziehungen zueinander aufzunehmen. So erleichtern z. B. soziometrische Erkundungen ein erstes Kennenlernen und Kontaktaufnahmen, während das Führen eines ressourcenorientierten Interviews mit anschließender Vorstellung des/der anderen im Plenum nicht nur an ressourcenorientiertes Denken heranführt und dieses damit in der Gruppe als Standard etabliert, sondern gleichzeitig eine entängstigende und vertrauensfördernde Maßnahme an den Gruppenbeginn stellt.

Wenn auf diese Weise ein förderliches Gruppenklima hergestellt ist, sind die interaktionellen Schwierigkeiten, die Konflikte und Spannungen in der Gruppe nicht das wesentliche „therapeutische Agens“, sie sollten aber auch nicht als nur störend regelmäßig wegereguliert oder als drohende Katastrophe zwanghaft vermieden werden. Die Gruppenleiterin/Therapeutin kann im Umgang mit entstehenden Spannungen, Konflikten oder Ablehnung als Vermittlerin auftreten und alternative Sichtweisen anregen, sie kann im Bedarfsfall auch ihre Autorität nützen, um (auto-)destruktive Interaktionen zu verhindern. So kann es z. B. wichtig sein, neue Gruppenmitglieder daran zu hindern, vorschnell intime und verletzende Erfahrungen preiszugeben, weil damit die anderen TeilnehmerInnen überfordert wären und nicht angemessen reagieren können. In anderen Fällen mag es aber wertvoller sein, auftretende Spannungen nicht durch vermittelnde Kommentare („Als systemische TherapeutInnen wissen wir, dass es immer unterschied-

liche Sichtweisen gibt ...“) aufzulösen oder durch konkrete, anders gerichtete Arbeitsaufträge zu defokussieren, sondern sie ganz absichtsvoll zum Gegenstand therapeutischer Aufmerksamkeit zu machen.

THESE ZWEI LAUTET DAHER: Spannungen und Konflikte zwischen TeilnehmerInnen können als Normkrise verstanden und in ihrem Selbsterkundungs- und Entwicklungspotenzial genützt werden. Die in systemischen Kreisen häufig zu beobachtende dogmatische (oder phobische?) Vermeidung von kritischen Äußerungen sollte in diesem Zusammenhang überdacht werden, da diese zu einer Schonhaltung im Sinne eines „tust du mir nichts, tu ich dir nichts“ führen kann. Das Gekränktheitsein des einen sollte nicht reflexhaft dem anderen schuldhaft angelastet werden („Wer sich kränkt, hat recht, wer jemanden gekränkt hat, ist schuld.“), da sonst die Person mit dem höchsten Kränkungspotenzial

SPANNUNGEN UND KONFLIKTE ZWISCHEN TEILNEHMERINNEN KÖNNEN ALS NORMKRISE VERSTANDEN UND IN IHREM SELBSTERKUNDUNGS- UND ENTWICKLUNGSPOTENZIAL GENÜTZT WERDEN. DAS GEKRÄNKTHEITSEIN DES EINEN SOLLTE NICHT REFLEXHAFT DEM ANDEREN SCHULDHAFT ANGELASTET WERDEN, DA SONST DIE PERSON MIT DEM HÖCHSTEN KRÄNKUNGSPOTENZIAL BESTIMMT, WAS IN EINER GRUPPE ERLAUBT IST.

bestimmt, was in einer Gruppe erlaubt ist. Statt des völligen Verzichts auf kritische Infragestellungen durch eine Radikalisierung des „Prinzips Vorsicht“ empfehle ich das Prinzip „Zutrauen“: Wenn durch eine angemessene Prozessgestaltung Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau gefördert worden sind, bieten Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung bzw. unterschiedliche Fremdwahrnehmungen eine willkommene Gelegenheit, etwas Neues über sich bzw. die Wirkung auf andere zu erfahren. Allerdings sollten auch

die Rückmeldungsprozesse durch die Gruppenleitung strukturiert werden, um eruptive Entladungen zu verhindern und eine annehmbare Form der Rückmeldung sicherzustellen.

Sowohl für die im Gruppenprozess auftretenden Spannungen als auch in der Bearbeitung anderer Themen empfiehlt sich hier eine Fokussierung des affektiven Erlebens bzw. der Affekt- und Spannungsregulation („Was hören Sie da, was löst das in Ihnen aus? Wie reagieren Sie gewöhnlich darauf, wenn XY in Ihnen ausgelöst wird? Wie wirkt sich das aus?“). Tom Levoid führt in diesem Zusammenhang die Unterscheidung zwischen Selbsterleben und Selbsterzählung ein. „In der Reflexion über das Selbst operieren wir ständig an der Grenze zwischen Selbsterleben und Selbsterzählung, zwischen Selbstepfindungen, die eine Art von nichtsprachlichem „unthought knowing“ (D. Stern) darstellen und sozial konstruierten Narrativen, die sich aus dem kultu-

rellen Fundus von Erzählungen bedienen und diesen wiederum anreichern“ (Levoid 1999).

In einem lösungsorientiert-narrativen Therapieverständnis wird ziemlich ausschließlich die eine Seite der Grenze, nämlich die Selbsterzählung, fokussiert – und das aus zwingenden (system-)theoretischen Prämissen: Selbsterleben kann nur Gegenstand des sozialen Systems Psychotherapie werden, wenn es in Sprache gefasst wird. Das psychische System („erlebtes Leben“) bleibt Um-

welt für das soziale System Psychotherapie, wo nur „erzähltes Leben“ verhandelt und verändert werden kann. Wenn wir systemtheoretisch sauber denken, haben wir keinen Zugriff zum „Selbsterleben“ - weder können wir es jenseits der Versprachlichung erfassen, noch lässt es sich durch irgendeine therapeutische Intervention direktiv verändern. Dies kann dazu führen, dass das „Selbsterleben“ und damit affektives Erleben in lösungsorientiert-narrativen Therapien marginalisiert, zumindest aber nicht systematisch fokussiert wird.

Ein weiteres Motiv, das für die Monopolisierung der „Selbsterzählung“ als Gegenstand systemischer Therapie von Bedeutung ist, möchte ich anhand eines Zitats von Kurt Ludewig zur Diskussion stellen: Ludewig (1999) argumentiert, dass die theoretische Anbindung an soziale System- und Kommunikationstheorien ermöglicht hat, „dass der Mensch endlich als ein sich selbst organisierendes, in Sprache konstituierendes Wesen betrachtet werden konnte ... (das) ... im Hinblick auf sein Verhalten und seine Lebensgestaltung keiner weiteren Zwangsläufigkeit unterliegt als jener, die er intrapsychisch und kommunikativ erbringt, um sich und seinem Leben über die Erzeugung von ‚Konstanzen‘ Sinn zu geben ... So gesehen liegt es in der sozialen Natur des Menschen, dass er sich – prinzipiell – zu jeder Zeit verändern kann, sprunghaft oder kontinuierlich. Daher kann eine noch so überzeugende ‚Selbsterkenntnis‘ nicht viel mehr als eine aktuelle Momentaufnahme beinhalten, also eine Variable, und keine Feststellung zwingender Konstanzen bzw. Muster.“ (Ludewig 1999)

Unter dieser Prämisse der Variabilität bzw. Flüchtigkeit des Selbsterlebens macht es selbstverständlich wenig Sinn, diesem einen gleichwertigen Platz neben der „Selbsterzählung“ einzuräumen, die ja in einer sozialkonstruktivistischen Perspektive als konstituierend für die Identität verstanden wird. Ich halte es dennoch für plausibler, in Übereinstimmung mit vielen anderen modernen Persönlichkeitstheorien (z. B. Schematheorie, Objektbeziehungstheorie etc.) und Bezug nehmend auf Luc Ciompi (1997) von einer gewissen Stabilität unserer Fühl-Denk-Verhaltensprogramme (Schemata) auszugehen. Auch hier wird das Selbst nicht als festgelegte Struktur oder Entität verstanden, sondern als ein „sich kontextabhängig immer wieder neu und konkret (re-)aktualisierendes Potenzial“, als ein dynamisches Organisationsprinzip affektiv-kognitiver Muster, die das Erleben und Handeln prägen (vgl. Levold 1999, S 174).

Wenn neben der Selbsterzählung auch das Selbsterleben fokussiert wird, können das beobachtbare Verhalten (welche Gefühle werden gezeigt, von welchen wird berichtet, welche werden vermieden, wie wird die eigene Spannungs- und Affektregulation wahrgenommen, ...) und die daraus entstehenden „Fremdbilder“, aber auch das durch bestimmte Aufgaben angeregte aktuelle Erle-

ben systematisch für die Generierung eines personenbezogenen Wissens über typische Wahrnehmungs-, Affektregulations- und Handlungsmuster, die als Ressource oder Beschränkung wirken können, genützt werden.

THESE NUMMER DREI lässt sich daher zusammenfassend wie folgt formulieren: Sowohl bei dem beobachtbaren Verhalten in der Gruppe als auch im Zusammenhang mit anderen in die Therapie eingebrachten Themen sollten nicht ausschließlich die organisierenden Unterscheidungen der Selbsterzählung („entlang welcher Unterscheidung wird beobachtet?“), sondern auch die Muster der „spezifischen Operationsweise“ des Selbst, also typische Affektregulations- und Interaktionsmuster bzw. Fühl-Denk-Verhaltensprogramme, fokussiert werden. Damit verschiebt sich der Fokus zwangsläufig von inhaltlichen Fragen, wie „was macht mich aus, wodurch bin ich das geworden, was ich zu sein glaube?“, hin zu Fragen, wie „wie ist meine spezifische Operationsweise in Bezug auf meine soziale Umwelt und mich selbst, wie stelle ich meine Selbstbeschreibung mit den Fremdbeschreibungen meiner Umwelt in einen konstruktiven Zusammenhang, wie ändert sich meine Operationsweise durch die Einführung neuer Unterscheidungen?“ (Levold 1999, S 176).

Wie ich andernorts ausführlich begründet habe (Wagner 2010), scheint es mir für diese Arbeit wichtig, einige wesentliche Aspekte psychischen Funktionierens zu konzeptualisieren: Grundbedürfnisse als Motor psychischer Aktivität und die Organisation von Erfahrung durch Fühl-Denk-Verhaltensprogramme (Schemata) können zum einen als explizite Themen in die Gruppen eingeführt werden, zum anderen können sie implizit als Grundlage zur Hypothesenbildung für das Verständnis individueller Verarbeitungsmuster dienen. Wenn wir unsere FDV-Programme (Schemata) als Muster verstehen, die durch wiederholte Erfahrung entstanden sind und nun die psychische Aktivität prägen, so bieten Gruppensituationen vielfältige Gelegenheiten, diese Schemata „bei der Arbeit“ zu beobachten. Aber auch die Reflexion von Erfahrung kann durch diese Perspektive angereichert werden: Ciompi formuliert, dass Affekte als Attraktoren wirken, die wie ein Magnet gewisse Gedanken anziehen und andere abstoßen: „Je nach

vorherrschender affektiver Stimmung kommt es deshalb zur Ausbildung einer ... spezifischen Angstlogik, Wutlogik, etc. ...“ (Ciompi 1997, 130), die dann auch die kognitive Bearbeitungsmöglichkeit limitiert. Wenn die „Wutlogik“ aktualisiert ist, werden nur Gedanken zugelassen, die zu diesem Gefühl passen.

In der therapeutischen Kooperation geht es daher vorrangig darum, eine affektive Gestimmtheit zu erzeugen, die eine neugierig-interessierte Annäherung an neue Sicht- und Verhaltensweisen erlaubt. Während dies im Einzelsetting meist durch diskrete Feinabstimmung erreicht wird (ausreichende Zustimmung, Bestätigung, Komplimente), braucht es im Gruppensetting meist auch großräumigere Interventionen, um diese affektive Gestimmtheit von Sicherheit und Neugierde zu gewährleisten. Beispiele dafür finden sich im Beitrag „Choreographie systemischer Selbsterfahrungsgruppen“ (Wagner, Waas 2009), aber auch in der Darstellung eines Gruppentherapieblocks von Corinna Obrist (2010).

IN DER THERAPEUTISCHEN KOOPERATION GEHT ES DAHER VORRANGIG DARUM, EINE AFFEKTIVE GESTIMMTHEIT ZU ERZEUGEN, DIE EINE NEUGIERIG-INTERESSIERTE ANNÄHERUNG AN NEUE SICHT- UND VERHALTENSWEISEN ERLAUBT.

Um nun die anfänglich formulierte Unterscheidung noch einmal aufzugreifen: Es geht nicht um die Vermittlung zwischen Lösungsorientierung und Gruppendynamik, sondern um eine angemessene Prozessgestaltung in systemischer Gruppentherapie, die neben der Modifikation von Selbsterzählungen auch eine Fokussierung des Selbsterlebens gestattet und dabei auch das Rückmeldungspotenzial der Gruppe nützt. Diese Prozessgestaltung erfordert zum einen subtile Wahrnehmung davon, wie die einzelnen TeilnehmerInnen kooperieren (Vermeiden oder Zulassen von Selbstöffnung, Interesse oder Abwehr von anderen Sichtweisen, etc.), zum anderen ein breites Repertoire an Aufgaben und Übungen, die geeignet sind, das Gruppenklima positiv zu beeinflussen – und zwar unabhängig von der Bereitschaft eines Einzelnen, sich mit der Bearbeitung eines

Themas der Gruppe zu präsentieren. Im Unterschied zu verhaltenstherapeutischen Gruppen sollte damit nicht das Prinzip „Einzeltherapie vor der Gruppe“ monopolisiert, sondern eine ausgewogene, den aktuellen Bedürfnissen der Gruppe entsprechende Abfolge der verschiedenen Settings angestrebt werden.

Dabei sind die Spezifika der verschiedenen Arbeitsformen zu nützen: Einzelarbeiten (Übungen und Aufgaben, die zeitgleich jede Teilnehmerin alleine erfüllt) bieten zwar keine Vernetzung, dafür ungestörte Fokussierung nach innen, die Aufmerksamkeit bleibt ganz bei der eigenen Person, was die Annäherung an relevante Erfahrungen erleichtert. Kleingruppenarbeiten bieten im Unterschied dazu eine „eingeschränkte Öffentlichkeit“ und damit eine risikoarme Form der Vernetzung. Durch strukturierte Aufgaben wird sichergestellt, dass jeder Platz für das eigene Thema bekommt, dass jeder etwas von sich zeigt und jeder gehört wird. Blitzlicht-

runden dienen der Vernetzung und der Orientierung („Wer steht wo?“), was vor allem für die Gruppenleitung wichtige Hinweise für die weitere Prozessgestaltung bereitstellt (ausführlicher in Wagner/Waas 2009). Darüber hinaus können Elemente der Aufstel-

lungsarbeit und Gruppenaufgaben oder „Spiele“ aus dem Bereich team-building oder der Erlebnispädagogik eingesetzt werden, wenn es darum geht, einen unmittelbaren Erfahrungs- bzw. Erlebnisraum zu schaffen, d. h., nicht „über“ psychisches Erleben zu berichten und dieses zu reflektieren, sondern dieses zu aktualisieren.

AN DEN ABSCHLUSS DIESER ÜBERLEGUNGEN möchte ich keine (weitere) Zusammenfassung, sondern eine alte chassidische Geschichte stellen, die ich Yaloms Lehrbuch „Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie“ entnommen habe. Sie handelt von einem Rabbi, der mit Gott ein Gespräch über Himmel und Hölle führt. „Ich will dir die Hölle zeigen“, sagte Gott und führte den Rabbi in ein Zimmer, in dem um einen großen runden Tisch eine Gruppe hungernder, verzweifelter

Menschen saß. Mitten auf dem Tisch stand eine riesige Schüssel mit Eintopf, mehr als genug für alle. Das Gericht duftete köstlich, doch niemand aß. Jeder am Tisch hatte einen sehr langstieligen Löffel in der Hand – lange genug, um den Topf zu erreichen und sich einen Löffel vom Eintopfgericht zu nehmen, aber zu lange, um die Speise zum Mund zu führen. Der Rabbi sah, dass die Versammelten schrecklich litten, und neigte voll Mitleid sein Haupt. „Nun zeige ich dir den Himmel“, sagte Gott und sie betraten ein anderes Zimmer, genau wie das erste – der gleiche große Tisch, die gleiche riesige Schüssel mit Eintopf, die gleichen langstieligen Löffel. Doch hier waren die Anwesenden fröhlich und wohlgenährt. Der Rabbi begriff nicht und schaute Gott fragend an. „Es ist einfach“, sagte Gott, „aber man braucht dazu eine gewisse Fähigkeit. Die Menschen hier haben gelernt, einander zu füttern“. Ich hoffe, ich konnte mit meinem Beitrag davon überzeugen, dass sich diese „gewisse Fähigkeit“ nicht auf’s „Komplimentemachen“ bzw. auf das vorhin erwähnte „Prinzip Vorsicht“ reduzieren lässt, sondern vielmehr als eine Ermutigung systemischer TherapeutInnen, sich etwas zu trauen (und damit anderen etwas zu-zu-trauen), zu verstehen ist.

Mein besonderer Dank gilt meiner Kollegin Elfriede Waas, die mein Verständnis von systemischer Gruppentherapie in den letzten Jahren ganz wesentlich erweitert hat und meinen Kolleginnen Sigrid Binnenstein und Corinna Obrist, die mich durch ihr genaues Mitdenken und Hinterfragen bei der Formulierung dieses Textes unterstützt haben.

DR. ELISABETH WAGNER

ist Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutin in systemischer Familientherapie in freier Praxis, Lehrtherapeutin für systemische Familientherapie an der la:sf; sie leitet die psychiatrische Abteilung der Justizanstalt Favoriten und hat langjährige Erfahrung in institutioneller Psychotherapie.

LITERATUR

- Ciampi L (1997): Zu den affektiven Grundlagen des Denkens. In: System Familie 10, 128–134
- Hesse J, Friedrich T, Greve N, Hennecke C, Herder K, Schuchardt-Hain C, Wittmund B (2001): Systemische Gruppenpsychotherapie. In: Psychotherapie im Dialog 1, 44–50
- Hesse J (2006): Aspekte und Fragen zur Systemisch-Lösungsorientierten Gruppentherapie. In Molter H, Hargens J (Hg): Ich – du – wir und wer

- sonst noch dazu gehört. Systemisches Arbeiten mit und in Gruppen, Borgmann 2006
- Levold T (1999): Systemische Selbsterfahrung. In: System Familie 12, 170–179; 1999
- Ludewig K (1999): Selbstreflexion in der systemischen Weiterbildung – zum Sinn und Unsinn eines traditionellen Vorgehens. In: System Familie 12, 159–164
- Obrist C (2010): Feministische Konzepte und systemische Modelle. In: Systemische Notizen, 3/10, 14–28
- Richter H. E. (1999): Die Gruppe im Wandel des Zeitgeistes. In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 35, 175–187
- Scholze, M und Klicpera, C (2000): Selbsterfahrung in der systemischen Familientherapie. Konzepte und empirische Befunde, in Laireiter A (Hg): Selbsterfahrung in Psychotherapie und Verhaltenstherapie – Empirische Befunde, dgvt-Verlag, Tübingen
- Simon, F (2000): Psychopathologische Konstruktionen. In: Rusch G, Schmidt S (Hrsg): Konstruktivismus in Psychiatrie und Psychologie, Suhrkamp 87–103
- Tschuschke V (2001): Gruppenpsychotherapie – Entwicklungslinien, Diversifikation, Praxis und Möglichkeiten. In: Psychotherapie im Dialog 1, 3–15
- Tschuschke V (2010): Gruppen- versus Einzeltherapie – Setting und Wirkfaktoren. In Tschuschke V (Hg.) Gruppenpsychotherapie, Thieme
- Vogt M, Caby F (2006): Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile – systemisch-lösungsorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Molter H, Hargens J (Hg): Ich – du – wir und wer sonst noch dazu gehört. Systemisches Arbeiten mit und in Gruppen, Borgmann
- Wagner E, Waas E (2009): Die Choreographie systemischer Gruppenselbsterfahrung. In: Systeme 2/09, 166–193
- Wagner (2010): Welche Theorie braucht die Systemische Therapie. In: Systemische Notizen 2/10, 4–16
- Yalom I.D. (2010): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, Klett-Cotta

Anmerkung: Zur besseren Lesbarkeit wird im Singular die weibliche Form gewählt. Die männliche Form ist dabei ebenso gemeint.