

Beziehungsorientiertes Arbeiten und eine tiefenpsychologische Gesprächsgruppe in einem Wohnheim für seelisch behinderte Menschen¹

Nicolas Nowack

Zentrum für Soziale Psychiatrie Salzwedel (ZSP)

Kurzfassung

Publikationen zur tiefenpsychologischen Gesprächsgruppe mit seelisch Behinderten (die so schwer beeinträchtigt sind, dass sie die Betreuung im Wohnheim benötigen) sind rar. Hier werden mehrjährige Erfahrungen beschrieben, auch Setting, Einschlusskriterien und Gruppenregeln, ferner das modifizierte tiefenpsychologische Vorgehen (z.B. Befindlichkeitsrunde am Anfang/Ende, aber keine Themenvorgaben; anteilnehmendes „Verwörtern“). In Auseinandersetzung mit Literatur zu Psychotherapie-Wirkfaktoren wird erläutert, warum in dieser Gruppe und ihrem sozialpsychiatrischen Umfeld besonderer Wert auf beziehungsorientiertes Vorgehen gelegt wird. Obwohl das Thema Beziehungen gerade für Schizophrene angstbesetzt ist, machte es ein Viertel der Gesprächsthemen aus (entspricht Häufigkeit einer Neurosengruppe aus Literatur) und wurde in rund 70 % der Sitzungen angesprochen.

Schlüsselwörter

seelisch behindert
Wohnheim
tiefenpsychologisch
Gruppe
Beziehung
Wirkfaktoren
Gesprächsthemen

Einleitung

Psychische Erkrankungen bedeuten Störungen in den Beziehungen und in der Kommunikation. Und je länger eine psychische Krankheit besteht, je schwerer sie ist, desto gestörter können das Beziehungsverhalten und das Netzwerk sein.

Dies betrifft gerade chronisch psychisch kranke Menschen (auch psychisch oder – leistungsrechtlich – seelisch Behinderte genannt) und damit sozialpsychiatrisches Arbeiten. So lag es für uns nahe, in der Konzeption eines Wohnheims für seelisch und seelisch-mehrfach Behinderte (und dessen angeschlossene Einrichtungen) eine generelle beziehungsorientierte Ausrich-

tung zu verankern – auch für die nicht akademischen Kollegen – und eine Vielzahl an sehr unterschiedlichen Gruppen anzubieten.

Ich berichte hier also über ein Wohnheim (WH), das zum Zentrum für Soziale Psychiatrie Salzwedel (ZSP) gehört. Dessen Leistungsspektrum beinhaltet z.B. arbeits- und beschäftigungstherapeutische, lebenspraktische, themenbezogene und über Krankheiten informierende Wohngemeinschafts-, Sport-, musische und kreative Gruppen, aber natürlich auch anlassbezogene und regelmäßige Einzelgespräche (mit unterschiedlichem Fokus und unterschiedlicher, theoretischer Orientierung). Ferner bieten wir Hilfen bei der Vermittlung in eine WfB oder eine an-

dere Arbeit/Ausbildung. Auch Tierpflege kann in den individuellen (und mit dem Klienten stets vereinbarten) Hilfeplan aufgenommen werden, welche die Möglichkeit bietet, Kontakte einzüben, die – gerade bei autistischen Zügen (z.B. bei schizophren Erkrankten) – weniger Angst machend sind als die Begegnung mit Menschen. Das ZSP ist eingebunden in ein lokales Netzwerk gestufter Hilfeangebote, die z.B. auch eine Außenwohngruppe, teilstationäre Tagesförderung sowie Ambulant Betreutes Wohnen (allein oder mit Partner), Cafeteria und Gruppenangebote für ambulante Teilnehmer einschließen.

Dabei fühlen wir uns im Wohnheim auch dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft verbunden, die als Wirkfaktor stationärer Therapie gilt – auch unter der subjektiven Einschätzung durch die Patienten. Das Zusammenleben ermöglicht eine Vielzahl interpersonaler Erfahrungen, wobei sich ein Großteil von interpersonalen Problemen und Konflikten im alltäglichen Miteinander zeigt bzw. initiiert wird, was dann in der Gruppentherapie diskutiert werden kann.

Die breite Palette an Maßnahmen ist dadurch begründet, dass sich gezeigt hat, dass es bei stationärer Therapie hilfreich ist, wenn Klienten nach individuellen Vorlieben aus einer Fülle an Behandlungsangeboten auswählen können, was am besten zu ihrem eigenen Krankheitsverständnis passt (beides insbesondere nach Strauß und Wittmann 2000).

Auf eine – ausdrücklich tiefenpsychologisch geplante – Gesprächsgruppe möchte ich hier genauer eingehen und dabei unsere Überlegungen, Fragen, Verunsicherungen und Erfahrungen aus über sechs Jahren beispielhaft schildern.

Exkurs: Die therapeutische Beziehung

Die Beziehungsebene (einschließlich Übertragungen) ist in tiefenpsychologischen Methoden von zentraler Bedeutung, genauso wie im Anschluss an Rogers in der humanistischen Psychotherapie (Biermann-Ratjen et al. 1997, Finke und Teusch 1997, Rogers 1999). Daraus wurden z.T. Grundhaltungen abgeleitet, die nicht nur psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychologen² vorbehalten sind, sondern von anderen helfenden Berufsgruppen in der Begegnung mit Patienten ebenfalls an-

gewandt werden können (vgl. Kipp et al. 1996).

Auch in der Verhaltenstherapie bzw. der kognitiv-behaviouralen Psychotherapie wird in letzter Zeit die Bedeutung der Beziehung zunehmend beachtet – einschließlich Übertragung und Gegenübertragung (vgl. Finke (in: Linden und Hautzinger (Hrsg.)) 1996, Schulz 1996).

Generell stellt eine gute therapeutische Beziehung einerseits eine wesentliche Grundlage dar, um mit Patienten in unterschiedlichster Weise überhaupt therapeutisch arbeiten zu können; andererseits ist bekannt, dass die therapeutische Beziehung ein Wirkfaktor - wenn nicht sogar „der“ wesentliche Wirkfaktor - in Psychotherapien ist. Auch unter Laien populär geworden sind Arbeiten von Goleman (1997), der im Anschluss an Howard Gardner den Begriff der Intelligenz um die „emotionale Intelligenz“ erweitert hat. Neben klassischen Bereichen der Intelligenz wie sprachlicher Begabung, räumlichem Vorstellungsvermögen, mathematischen Fähigkeiten etc. werden nun auch Faktoren des Gefühlsbereichs als Bestandteil der Intelligenz gesehen, die einem helfen können, im Leben besser zurechtzukommen. Zu den Faktoren der emotionalen Intelligenz zählt Goleman u. a. die Empathie und den Umgang mit Beziehungen.

Aufgrund der allgemein anerkannten Bedeutung der Beziehung war ich überrascht festzustellen, dass in Schlagwortverzeichnissen von Standard-Lehrbüchern der Psychiatrie und Psychotherapie (sic!) dieser Begriff oft fehlt und man dort nur das Stichwort „Beziehungswahn, sensitiver“³ findet. Dabei hätte ich auch durch den Einfluss von Psychoanalyse und Tiefenpsychologie erwartet, dass der Beziehungsbegriff in den Psychiatrielehrbüchern inzwischen selbstverständlich ist.

Wie lässt sich nun eine erstrebenswerte therapeutische Beziehung kurz charakterisieren (Tab.1)?

Auf dem Weg zur guten Beziehung können für den Therapeuten Erfolgskriterien bzw. Hinweise sein, dass man sich auf den Patienten gut eingestimmt hat (Tab. 2, vgl. auch Finke 1996).

Dabei ist beziehungsorientiertes Arbeiten als ein ständiger Prozess zu verstehen, es gibt also nicht einen Zeitpunkt, wo man den Klienten „abschließend“ verstanden hat und dann etwa aufhören könnte, sich um fortlaufendes Verständnis und freundliches Akzeptieren zu bemühen. Daher halten wir es im ZSP für wünschenswert, dass alle Mitarbeiter einer therapeutischen Einrich-

Tab. 1: Was zeichnet eine gute therapeutische Beziehung aus bzw. welche Faktoren sind hier anzustreben?

- Empathie bzw. das Bemühen, den Klienten einführend zu verstehen,
- Vertrauen,
- Vermittlung von Kompetenz und Glaubwürdigkeit des professionell Handelnden,
- emotionale Nähe,
- emotionale Unterstützung durch den professionell Handelnden,
- persönliches Engagement des professionell Handelnden,
- Interesse am Klienten, seinen Eigenschaften, Problemen, Symptomen etc.,
- bedingungsloses Akzeptieren der Person des Klienten durch den professionell Handelnden.

Tab. 2: Kriterien für eine gute therapeutische Beziehung

- Wenn der Patient krankhaftes bzw. entwicklungshemmendes Verhalten ändert (z. B. Schweigen oder Einsilbigkeit aufgibt),
- wenn der Patient sich zunehmend mit seinen Bedürfnissen und Gefühlen auseinandersetzt,
- wenn der Patient aus eigener Motivation zu Gesprächs- oder Therapie-Terminen kommt bzw. neuerdings beginnt, das Gespräch über seine Anliegen zu suchen,
- wenn der Patient nicht förderliches bzw. Therapie störendes Verhalten (z. B. häufiges Zuspätkommen) zum Anlass für ein eigenes Forschen nach dessen Ursachen nehmen kann.

tung diese freundliche, verständnisvolle Grundhaltung anstreben, wobei es natürlich immer Unterschiede in Abhängigkeit von der Berufsgruppe und dem individuellen Fortbildungsstand geben wird, und gute Beziehungen des Klienten besonders wichtig zu seinen therapeutischen bzw. pflegerischen Hauptbezugspersonen sind.⁴

Dies erfordert viel Zeitaufwand, insbesondere weil seelisch behinderte Menschen krankheitsbedingt häufig ausgeprägte Stimmungsschwankungen bzw. Krisen erleben, auf die dann vom Personal umgehend eingegangen werden muss.

Von daher ist es bedauerlich, dass in Sachsen-Anhalt seit den 1990er Jahren – und trotz aller Kritik von fachlicher Seite – in Heimen betreute seelisch behinderte Menschen im Pflegesatz weniger als 1/3 des Betreuungs-Personalschlüssels erhalten, verglichen mit dem Personalschlüssel geistig und anderweitig Behinderter (Nowack 1999)!

So stellt Gruppenarbeit angesichts knapper Ressourcen⁵ im Gesundheits- und Sozialsystem eine bei uns und allgemein häufig gewählte Maßnahme dar, therapeutisches bzw. rehabilitatives Arbeiten zu ermöglichen. Doch darüber hinaus bieten gerade Gruppen noch die Möglichkeit z.B. von anderen Teilnehmern Rückmeldungen über das eigene Verhalten zu erhalten, an Beispielen zu lernen, sich gleichzeitig auf verschiedene Menschen einzustellen und verschiedene Beziehungsformen

überhaupt auszuhalten bzw. auszuprobieren.

Angesichts des anklingenden rehabilitativen Optimismus möchte ich darauf hinweisen, dass der Verselbständigungsprozess seelisch Behinderter, die eine Betreuung in einem Heim benötigen, oft viele Jahre in Anspruch nehmen kann und i. d. R. Symptome und Einschränkungen unterschiedlicher Ausprägung bleiben werden. Übertriebener Rehabilitations-Ehrgeiz aller Beteiligten, auch der Kostenträger, kann sich gegenteilig auswirken und Erreichtes gefährden. Grundlegend wichtig sind daher Geduld, häufige Motivationsarbeit und das Beachten kleiner Fortschritte. Dies muss auch allen Mitarbeitern verdeutlicht werden, um Enttäuschungen und einem „burn-out“ vorzubeugen. Dennoch muss m. E. ein Wohnheim über eigene Maßnahmen und/oder Kooperationen immer rehabilitative Wege anbieten, was die Bezeichnung „Wohnheim“ nicht impliziert und was, wie die Erfahrung zeigt, auch keineswegs überall selbstverständlich ist.

Seelisch Behinderte

Seelisch behinderte Menschen, die in verschiedenen Formen psychiatrischer Heime betreut werden (früher auch auf Langzeitstationen von Krankenhäusern), unterscheiden sich von ambulanten, aber auch von Akut-Patienten eines Krankenhauses. Meist haben sie ei-

ne geringere schulisch-berufliche Bildung und stammen häufig aus einer niedrigeren, sozialen Schicht. I.d.R. haben sie weniger Möglichkeiten und Bedürfnisse bezüglich Kontakten bzw. Beziehungen. Oft sind sie isoliert, verfügen zumindest über weniger enge, soziale Kontakte. Die sozialen und alltagspraktischen Kompetenzen sind geringer, gingen z.T. durch mangelnde Förderung verloren. Nur in Ausnahmefällen gehen sie noch einer Erwerbstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nach. Sie sind meist Sozialhilfeempfänger (bzw. werden Sozialhilfeempfänger durch die Aufnahme in einem Heim) oder beziehen Rente (vgl. auch Eikelmann 1998 a). Und sie zeigen eine stärkere Regression.

Diagnostisch handelt es sich insbesondere um chronifizierte: Schizophrenien (oft mit ausgeprägten Negativsymptomen), andere endogene Psychosen, schwere Depressionen, (hirn-)organische Syndrome, schwere Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen. Häufig bestehen psychiatrische und/oder somatische Zusatz-Diagnosen, nicht selten auch eine Minderbegabung. Die Notwendigkeit begleitender, „traditioneller“ Grund- und Behandlungspflege ist keine Ausnahme.

Aufgrund oben geschilderter Beeinträchtigungen – und wenn man Fehlplatzierungen ausschließt – konnten die Patienten nicht mehr selbständig leben und benötigten eine Betreuung in einem Heim. Die Kosten dafür werden typischerweise im Rahmen der Eingliederungshilfe übernommen (früher nach BSHG, jetzt SGB XII; bei psychiatrischen Pflegepatienten – von denen ich hier nicht spreche – erfolgt die Kostenübernahme auf Basis des SGB XI mit eventuellen, zusätzlichen Sozialhilfeleistungen).

Doch oben geschilderte, allgemeine Charakteristika seelisch Behinderter in ganz verschiedenen stationären Einrichtungen konnten uns nur wenig Hilfe für konkrete, inhaltliche Fragen bieten, wenn es im ZSP Probleme mit Klienten gab oder wenn wir speziell über unsere tiefenpsychologisch orientierte Gruppe nachdachten. Aus sozialpsychiatrischer Sicht muss man selbstkritisch bemerken, dass in der Fachöffentlichkeit häufig sozialpolitische Forderungen sozialpsychiatrisch Tätiger vorgestellt und untereinander diskutiert werden. Theoretisch oder gar empirisch fundierte Veröffentlichungen zu konkreten Fragen der alltäglichen Arbeit sind aber vergleichsweise rar. Noch seltener findet man Untersuchun-

gen zur tiefenpsychologischen Gruppenpsychotherapie mit dieser Klientel.

Gruppenarbeit mit seelisch Behinderten

Wie lassen sich nun Charakteristika seelisch Behinderter beschreiben, die für verschiedenste Formen von Gruppenangeboten, einschließlich Ergotherapie, gelten? Welche Besonderheiten im Erleben und Verhalten lassen sich herausfiltern, die zeigen, dass der Beginn und das Durchhalten eines rehabilitativen Prozesses für viele unserer Klienten schwierig sind, selbst wenn die Angebote ihren Interessen entsprechen und von ihnen gewählt wurden. Oft erleben wir wellenförmige Verläufe (erfreulicherweise überwiegend mit einer – allerdings langsamen – Tendenz zur Befindensbesserung). Und gibt es Hinweise, wie man in der praktischen Arbeit mit diesen Problemen umgehen könnte? Ich möchte dies hier in Anlehnung an eine Veröffentlichung von Christ und Hoffmann-Richter (1997) tun, die sich in vielem mit unseren Erfahrungen deckt (Tab. 3).

Einschränken möchte ich gleich, dass dies recht gut die Situation von Wohngruppenversammlungen oder eher propädeutischen Angeboten beschreibt, da in einem Wohnheim eben viele Klienten wenig motiviert sind, gerade in der ersten Zeit oder bei Krisen und entgegen ihrer geäußerten Wünsche und Ziele, die wir stets beim Kennenlerngespräch erfragen. Für die Teilnehmer unserer tiefenpsychologischen

Gruppe gilt Tab. 3 aber nur in Teilen – hier ist eine stärkere Eigenmotivation erkennbar, hier erscheint uns die therapeutische Beziehung i.d.R. recht gut (im Sinne von Tab. 1 und 2). An der Sinnhaftigkeit einer vorgegebenen Befindlichkeitsrunde haben in unserem, von Werner Greve gegründeten Arbeitskreis einige Analytiker gezweifelt. Ich halte eine anfängliche und eine abschließende „Befindlichkeitsrunde“ für alltagspraktische oder arbeitstherapeutische Gruppen für unnötig oder sogar unpassend. Doch in verschiedenen Gesprächsgruppen, auch der tiefenpsychologischen Gruppe, hat sie sich bei unserer Klientel bewährt. Denn durch eine Anfangs- und Schlussrunde wird erreicht: 1. dass jeder in der Gruppe wenigstens zweimal etwas sagt (und es ist in unserer tiefenpsychologischen Gruppe fast nie vorgekommen, dass in diesen Runden ein Teilnehmer gar nichts sagte). 2. dient v.a. die Abschlussrunde der Sicherheit, da hier auch von stillen Teilnehmern noch Hinweise für eine drohende Dekompensation oder Suizidalität erhalten werden können.

Eine tiefenpsychologische Gruppe für seelisch Behinderte

Wen nehmen wir nun anhand welcher Merkmale in diese Gruppe auf (Tab. 4)? Wahn oder Halluzinationen bestehen oft, sind also kein Hinderungsgrund, sollten allerdings ein Mitglied nicht zu sehr gefangen nehmen. Auch Negativ-

Tab. 3: Charakteristika psychisch Behinderter und Hinweise zur Gruppenarbeit mit psychisch Behinderten

1. Scheinbar mangelnde Motivation der PatientInnen zur Arbeit und Therapiearbeit.
2. Schnell ermüdbar, geben leicht auf.
3. Die PatientInnen *kommen oft nicht zu vereinbarten Terminen*, da sie sich von ihren Kontakten (auch therapeutischen) zurückziehen. Sie führen ein einsames und häufig passives Leben.
4. Zeitweiliges Leiden an schweren Spannungszuständen. Oft geben sie körperliche Klagen als Grund für Versagen an.
5. Spannungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sind nicht selten, manchmal überraschende Wutausbrüche oder depressive Verstimmungen.
6. Die äußere soziale Realität an sich selber können sie nicht richtig einschätzen.
7. Belastet z. B. durch Schwierigkeiten mit und Unverständnis bei ihren Angehörigen.
8. Das Selbstwertgefühl besteht aus einer wechselnden Mischung von Selbstüberschätzung und Selbstentwertung.
9. Kommen oft nicht aus eigenem Antrieb zur Therapie, sondern weil man sie angewiesen hat.
10. Anfangs im Gruppengespräch einsilbig, alles sei „in Ordnung“ - der Gruppenleiter muss sich daher aktiv an einer Gruppe beteiligen. Der *Einstieg* mit einer so genannten *Befindlichkeitsrunde* bewährt sich, da die Teilnehmer sich anfangs aus gemeinsamer Aktivität heraushalten möchten.

symptome sind häufig. Aber Denkfähigkeit steht dem Besuch dieser Gruppe entgegen. D.h. auch wenn „ausreichend“ und „wenigstens“ niedrig angesetzt werden, erfüllt nur ein kleiner Teil der ZSP-Klienten diese Vorgaben. Und wer – nach Informations- und Motivationsgesprächen (insbesondere von den beiden Gruppenleitern) und nach bis zu drei Probeteilnahmen – nicht will, nimmt nicht teil.⁶ Daher hatten wir auch schon mal Platz für ambulante Teilnehmer. Diese schlossen wir ein unter der Überlegung, dass einerseits diese für die stationär Betreuten⁷ Hoffnung machend⁸ und motivierend wirken könnten, andererseits für die ambulanten Teilnehmer Selbstwert stabilisierend („Da geht es mir ja noch vergleichsweise gut.“). – Dies hat sich auch für beide Seiten bewährt, falls die psychosozialen Kompetenzen nicht zu sehr auseinander klaffen.

Ferner bemühen wir uns bei der Auswahl der Teilnehmer darauf zu achten, dass für jedes wesentliche Charakteristikum eines Teilnehmers sich wenigstens ein anderer findet, der diesem weitgehend entspricht: Z.B. gleiche Diagnose, ähnliches Alter, begleitende körperliche Erkrankung. Dies gelingt aber leider nicht immer. Zu den Borderline-Patienten: Wie viele andere Therapeuten halten wir den Einschluss von Borderline-Persönlichkeitsstörungen für problematisch, insbesondere wenn diese viel Wut oder explosives Verhalten zeigen, was wir in einem Fall auch erfahren haben. D.h. den impulsiven Typus (ICD-10 F60.30) sehe ich als eine Kontraindikation bei dieser Art von Gruppen. Die Einbeziehung des unbeständigen, unsicheren Borderline-Typus (wie er in der ICD-10 unter F60.31 klassifiziert wird), möchte ich nicht generell ausschließen. Aber die Unterschiede zu schizophran Erkrankten sind groß. Während sich Schizophrene, auch in der hier beschriebenen Gruppe, an bisher vermiedene Gefühle herantasten, die Äußerung von Ärger vorsichtig ausprobieren, drückt der impulsive Borderline-Patient massive Wut aus. Und schizophrene Patienten sind oft wehrlos gegen solche Aggressionen (vgl. Schwarz 2001). Die Teilnahmedauer ist prinzipiell unbefristet. Sie kann mal festgelegt sein, wenn dies der Hilfeplan (für alle rehabilitativen Maßnahmen eines Klienten) vorsieht oder wenn die Kostenübernahme befristet und keine Verlängerung zu erwarten ist. Wir informieren vorher, dass wir einen Gruppenbesuch über mindestens ein Jahr empfehlen (in Ausnahmefällen 6 Monate).

Tab. 4: Einschlusskriterien für die tiefenpsychologische Wohnheim-Gruppe

- ausreichende verbale und kommunikative Fähigkeiten
- ausreichende Gruppenfähigkeit (muss z.B. schon ergotherapeutische Gruppen oder strukturierte Gesprächsgruppen mit Themenvorgaben ausgehalten haben)
- ausreichende Therapiemotivation und Bereitschaft Hilfe anzunehmen
- keine Partnerschaften zwischen Gruppenteilnehmern
- wenigstens in Teilbereichen Problem- und Krankheitseinsicht (z.B.: „Ich würde gerne wieder eine anspruchsvollere Arbeit machen, aber ich traue mich nicht das zu sagen, weil ich ja psychisch krank bin.“ Oder: „Ich will nicht glauben, dass ich eine Schizophrenie habe, wie die Ärzte sagen. Aber ich krieg oft Angst, wenn ich durch die Stadt gehe, weil ich das Gefühl habe, dass diese Jugendlichen mich beobachten und über mich sprechen.“)
- ausreichende Fähigkeit sich mit sich selber, eigener/n chronischen Krankheit/en, eigenen Problemen und innerem Erleben auseinander zu setzen
- ausreichende Fremdwahrnehmung (z.B. wenigstens nicht ausgesprochene Primäraffekte wie Traurigkeit)

Allgemein lässt sich unsere Gruppe beschreiben wie in Tabelle 5 dargestellt. Dabei ist diese Gruppe ein Element des einleitend skizzierten Gesamtprogramms des ZSP. Alle stationären Gruppenteilnehmer nehmen also werktäglich noch an anders gestalteten Therapien teil (z.B. Arbeitstherapie). Als Gruppenregeln nennen wir in den Vorgesprächen und dann in der Gruppe immer, wenn jemand zum ersten

Mal teilnimmt oder bei Bedarf, sinngemäß:

- Diese Gesprächsgruppe dient dazu, dass Sie miteinander ins Gespräch kommen können. Hier können Sie Ihre *persönliche* Meinung oder Erfahrung sagen.
- Durch wissenschaftliche Untersuchungen hat sich gezeigt, dass dies in solch einer Gruppe für alle Teilnehmer hilfreich ist.

Tab. 5: Setting der tiefenpsychologischen Wohnheim-Gruppe

- Findet wöchentlich statt, Dauer: 1 Stunde
- Halb-geschlossene Gruppe für Teilnehmer mit meist seit Jahren bestehender seelischer Behinderung, oft Mehrfachdiagnosen, die meist vollstationär betreut werden.
- Überwiegend schizophrene Erkrankte, gelegentlich schwere Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen, gelegentlich zusätzlich leichte hirnorganische Beeinträchtigungen, öfters begleitende körperliche Erkrankungen. Suchtprobleme sollen nicht im Vordergrund stehen.
- Die Teilnehmer sind etwa zwischen 25 und 60 Jahre alt.
- Die Gruppe wird geleitet vom Referenten (Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie) und einer Sozialpädagogin mit mehrjähriger Gruppenerfahrung bzw. mit tiefenpsychologisch fundierter, gruppentherapeutischer Zusatzausbildung, wobei Gruppenleiter und Co-Therapeutin sich nötigenfalls gegenseitig vertreten.
- Nach der Begrüßung fasst ein Gruppenleiter meist wesentliche Teilnehmerbeiträge und explizite Themen der letzten Gruppe zusammen. (Aber er geht auch auf implizite Themen ein, wenn diese die Gruppe bestimmten, und stellt deren Bezug zu Teilnehmerbeiträgen her).
- Anfangs- und Abschlussrunde.
- Keine Themenvorgabe durch Gruppenleitung.
- Schweigen wird erst nach gewisser Zeit von einem Leiter unterbrochen.
- Großer Wert wird darauf gelegt, dass die Gruppe (als verlässlicher äußerer Rahmen) regelmäßig stattfindet und möglichst nicht ausfällt. Falls doch einmal beide Gruppenleiter verhindert sind, finden i. d. R. mit den gleichen Teilnehmern und zur gleichen Zeit und zumindest mit Beginn am gleichen Ort soziale Aktivitäten unter Leitung einer erfahrenen Krankenschwester oder Ergotherapeutin statt - soweit absehbar wird dies vorher bekannt gegeben.
- In dieser Gruppe (wo wir im Kreis sitzen) wird nicht geraucht und auch kein Kaffee o. Ä. getrunken⁹ - im Unterschied zu bestimmten Aktivitätsgruppen, die eher Freizeit-Angebote machen bzw. überhaupt Interesse an Gemeinsamkeit wecken sollen.
- Die Gruppe besteht mit wechselnden Mitgliedern nun seit über 6 Jahren.

- In dieser Gruppe können Sie über alles sprechen, was Sie gerade beschäftigt: Über Sorgen und Probleme, aber auch über Erfreuliches.
- Doch wenn Sie nicht wollen oder wenn ein von Ihnen angesprochenes Thema Ihnen zu viel wird, *brauchen Sie nichts* zu sagen.
- Nur in der Anfangs- und in der Schlussrunde muss jeder Teilnehmer sagen, was ihm gerade durch den Kopf geht und wie er sich fühlt.
- Sprechen Sie in der Gruppe ruhig aus, was Ihnen gerade durch den Kopf geht, auch wenn es Ihnen ganz kraus vorkommt oder ein anderes Thema ist.
- Damit Sie auch über ganz persönliche Dinge sprechen können, bleibt alles, was hier besprochen wird, in der Gruppe und ist vertraulich – wie bei der ärztlichen Schweigepflicht. D.h., Sie dürfen nicht jemand anderem erzählen, dass der Soundso in der Gruppe berichtet hat, sein Problem wäre soundso. Die einzige Ausnahme ist, dass wir Gruppenleiter uns mit Kollegen besprechen dürfen, wie wir Ihren Bedürfnissen vielleicht noch besser gerecht werden können.¹⁰ Und dass wir den Kollegen kurz das mitteilen dürfen, was für Ihre Therapien ganz wichtig ist, z.B. falls es Ihnen mal ganz schlecht gehen sollte, damit die Kollegen Ihnen helfen können.
- Bitte kommen Sie regelmäßig und pünktlich zu jedem Gruppentermin. Wenn Sie mal krank sein sollten, Urlaub oder einen ganz wichtigen Termin haben, sagen Sie bitte uns oder einem Kollegen – vorher – Bescheid.
- Falls jemand die Gruppe verlassen muss oder will, muss er dies am Anfang der Gruppe sagen, damit die anderen Zeit haben, ihm zu sagen, wie sie darüber denken, und sich von ihm zu verabschieden.
- Wir leiten die Gruppe zu zweit, damit sie möglichst regelmäßig stattfinden kann, auch wenn ein Gruppenleiter mal krank ist oder frei hat.

Erwähnenswert ist, dass insbesondere die Schweigepflichtregel nicht nur von uns Gruppenleitern, sondern – nach unserer Kenntnis – auch von den Teilnehmern stets eingehalten wurde. Unbegründetes Zuspätkommen kam gelegentlich bei Einzelnen, dann auch phasenweise, vor. Das Verlassen der Gruppe während einer Sitzung war sehr selten. Ich erinnere es bei einer Borderline-Patientin und bei zwei Klienten mit soziophobischen Zügen. Die meisten

kommen überpünktlich.¹¹ Immer mal wieder blieben jedoch Teilnehmer ohne Begründung und ohne vorherige Entschuldigung (oder nur mit nachrichtlicher Entschuldigung durch ein anderes Gruppenmitglied am Anfang der Sitzung) von einzelnen Terminen fern. Dann begrüßt mindestens ein Therapeut zu Beginn der nächsten Sitzung die Zurückgekehrten freudig – wie auch nach Fehlzeiten aufgrund von Urlaub oder Krankheit. Meist sagen die Angesprochenen darauf etwas zum Grund ihrer Abwesenheit.

Häufig bitten wir, zu Aussagen ein konkretes Beispiel zu geben, zu sagen, wann und mit wem der Teilnehmer dies erlebt hat. Manchmal müssen wir auch daran erinnern, in der Ich-Form zu sprechen. Und wir achten sehr darauf, dass alle zu- und miteinander sprechen, um die Beziehungsaufnahme zu fördern. Dies fällt den Teilnehmern oft nicht leicht. Gerade bei schizophren Erkrankten sind ja Beziehungen ein zentrales Problem, wo schnell Angst entstehen kann. Wenn also das Angstniveau individuell oder in der Gruppe (wenn diese sich (wieder) in einem frühen Stadium befindet) hoch ist, dann wird mehr *über* jemanden gesprochen oder zu einem Gruppenleiter oder nur im Dialog mit einem Teilnehmer, der einem auch sonst vertraut ist, und die erlebensfernen Verallgemeinerungen nehmen zu. Oder die Gruppe schweigt.

Ich habe jetzt schon en passant einige unserer Erfahrungen und Vorgehensweisen geschildert und möchte das jetzt vertiefen.

Ein typisches Phänomen oder Problem dieser Gruppe ist, dass es immer wieder zu Momenten des Schweigens gekommen ist, auch nach angeregten Gruppendiskussionen. Ich meine, dass man das Schweigen – auch bei so schwer gestörten Patienten – nicht sofort unterbrechen *muss*. Einerseits kann Schweigen unterschiedlich getönt sein, z.B. ein stilles Nachspüren von vorher Gesagtem, das man mit einer Intervention stören könnte. Andererseits führt das Aushalten von unstrukturiertem Schweigen mit der Zeit auch zu einer Stabilisierung der Ich-Grenzen. Hinsichtlich dieser gänzlich unstrukturierten Momente ist zu berichten, dass in dieser Gruppe noch nie ein Patient psychotisch dekompenierte. Und auch psychotische Dekompensationen zu anderen Zeiten ließen sich nach Meinung von ZSP-Kollegen und uns nicht hierauf zurückführen. Doch mit zu viel Schweigen kommt man nicht weiter. Daher ist es bemerkenswert, dass wir

im Verlauf der Jahre immer häufiger und bunter intervenieren. In einer Schweigezeit knüpfen wir z.B. unter Bezug auf das Schweigen an zuletzt Thematisiertem und dann Abgebrochenem oder Versandetem an, sprechen an, dass irgendetwas es gerade schwer macht, miteinander zu reden, und fragen, was wir tun können, damit die Teilnehmer wieder ins Gespräch kommen. Oder wir erinnern an in der Anfangsrunde dringlich vorgebrachte Anliegen, die nicht aufgegriffen wurden und für die jetzt Raum sei. Doch auch anteilnehmend geäußerte Fragen oder direkte Ansprache eines Mitglieds können das Angstniveau erhöhen. Dann kann es sinnvoll sein, wenn ein Leiter anknüpfend an Teilnehmerbeiträge selber ein wenig authentisch erzählt, z.B. von *seinen* Beobachtungen bei einem Spaziergang durch die Stadt. (Viele chronische Patienten haben solche Zuwendung, bei ihren Eltern nur selten erlebt, sehnen sich aber danach.)

Interessant waren für uns auch Hinweise von Dührssen (1995; sowie darauf bezogen Eikelmann 1998 b) für die Arbeit mit besonders schwer Beeinträchtigten. Dührssen empfiehlt an Interventionen (die auch beziehungsorientierte Elemente enthalten):

- anteilnehmende Bestätigung, verstehende Zustimmung, neutrale Kommentare
- „Verwörtern“, d.h. dem Patienten passende Worte für unklar Erlebtes anbieten
- Aufzeigen von Zusammenhängen, etwa zwischen Vergangenen und Gegenwärtigem
- Erinnern bei aktuellen Anlässen an eine dem Klienten schon bekannte und gleichsinnige Thematik aus vergangener Zeit
- Anregen von Lernprozessen (z.B. durch Informationen, Empfehlen, Raten)

Allerdings enthalten wir uns direkter Ratschläge, da diese vom hier intendierten eigenen Forschen und Erleben wegführen. Für entsprechende, sicherlich wichtige Informationen über die Krankheit und anzuratende Verhaltensweisen gibt es auch andere Gruppen im ZSP, die sich als psychoedukativ beschreiben lassen. Wir verstärken eher durch Anteilnahme oder „Verwörtern“ (s.o.), aber auch durch interessiertes Nachfragen Lösungsansätze, die die Mitglieder für Konflikte außerhalb der Gruppe selber äußern.

Insgesamt ist unser Eindruck, dass für tiefenpsychologische Gruppenarbeit mit seelisch Behinderten das modifi-

zierte Vorgehen bei Psychotikern noch weiter modifiziert werden muss, viele Fragen noch offen sind, aber eine Offenheit für andere Schulen sich empfiehlt. So verwenden wir z.B. auch zunehmend das zirkuläre Fragen und haben damit gute Erfahrungen gemacht.

Exkurs: Psychotherapeutische Wirkfaktoren

In der Reflektion unserer Arbeit in dieser Gesprächsgruppe, aber auch im weiteren Sinne für andere Angebote des ZSP¹² interessierte uns, welche Wirkfaktoren in der Literatur als gesichert gelten. Welchen Stellenwert hat dabei die Therapiebeziehung? Für solche Fragen ist es sinnvoll, sich nicht nur im Umkreis eigener Konzepte oder der eigenen tiefenpsychologischen Ausbildung zu bewegen, sondern in einer Gesamtschau die anderen Schulen und Theorien einzubeziehen. Dazu wurden in der Psychotherapieforschung zahlreiche Ergebnisse präsentiert. Und zunehmend gibt es Anzeichen, dass sich verschiedene Schulen aufeinanderzubewegen bzw. finden sich Ansätze, die versuchen unterschiedliche Theorien und Vorgehensweisen, z.B. Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie, in einer integrierten oder allgemeinen Psychotherapie zusammenzuführen (Grawe 2000). Grawe hat dabei auch verschiedene Psychotherapien untersucht und vier Bereiche oder Faktoren herausgefiltert, die allgemein wirksam sind (Tab. 6, Hervorhebungen von mir). Für die hier vorgestellte Gruppe und im weiteren Sinne für das ZSP-Konzept ist speziell relevant, dass der therapeutischen Beziehung Bedeutung zugemessen wird. Diese wird von Grawe unter der Überschrift Ressourcenaktivierung als allgemeintherapeutisches Wirkprinzip angeführt. Er führt weiter dazu aus, dass diese und die Motivation unspezifische Wirkfaktoren seien, die jedoch nur dann und in dem Ausmaß einen positiven Einfluss auf das Therapieergebnis haben, wenn sie durch ein auf die individuellen Voraussetzungen des Patienten zugeschnittenes Therapieangebot aktiviert und genutzt werden. Aber Grawe (2000) schreibt auch: „Eine der wichtigsten Ressourcen, die für den therapeutischen Veränderungsprozess genutzt werden können und sollten, sind die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten, und zwar sowohl seine in die Therapie bereits mitgebrachten Beziehungen, vor allem

Tab. 6: Allgemeine therapeutische Wirkprinzipien in Psychotherapien bzw. nicht biologischen Therapien

<p>1. Ressourcenaktivierung</p> <p>D. h. Anknüpfen an Fähigkeiten, positiven Möglichkeiten, Eigenarten und Motivationen der Klienten. Auch „unspezifische Wirkfaktoren“ wie z. B. „die“ Motivation des Klienten, „die gute Therapiebeziehung“ etc. werden hierunter gesehen. Positiv, wenn der Klient den Therapeuten als ihn unterstützend, aufbauend und in seinem Selbstwert positiv bestätigend erlebt. Ferner kommt es darauf an, in welchem Ausmaß der Patient sich selbst als fähig zu einer guten Beziehung erleben kann.</p>
<p>2. Problemaktualisierung</p> <p>D. h., dass Probleme am besten in einem Setting behandelt werden können, in dem diese Probleme real erfahren werden können: z. B. generalisierte zwischenmenschliche Schwierigkeiten in einer Gruppentherapie, Paarprobleme unter Einbeziehung beider Partner; Probleme, an denen (Familien-) Angehörige maßgeblich beteiligt sind, unter Einbeziehung der relevanten Angehörigen; auch verhaltenstherapeutisches Vorgehen fällt hierunter, z. B. Höhenangst durch Aufsuchen entsprechender Situationen.</p>
<p>3. Problembewältigung</p> <p>Dies bedeutet, dass der Therapeut den Klienten aktiv mit geeigneten Maßnahmen unterstützt, mit einem bestimmten Problem besser fertig zu werden. Gemeinsam ist verschiedenen Verfahren dieses Wirkprinzips, dass das Problem des Klienten ernst genommen wird und dem Problem mit spezifischen Maßnahmen mit Unterstützung des Therapeuten begegnet wird (z. B. verhaltenstherapeutisch bei einer Reizkonfrontation im Rahmen der Agoraphobie). Entscheidend für die Wirkung ist, dass der Klient erfährt, in der problematischen Situation im Sinne seines Zieles wirklich besser zurechtzukommen.</p>
<p>4. Motivationale Klärung</p> <p>Bestimmte therapeutische Verfahren führen die unter 3. genannte Problembewältigung gerade nicht durch - z. B. die Gesprächstherapie im Sinne von Rogers. In diesem Bereich werden also das Befinden und die Lebenssituation des Klienten nicht unter der Perspektive der Bewältigung betrachtet, sondern vor allem unter dem Aspekt der Motivation: Warum empfindet, warum verhält sich der Klient so und nicht anders?</p>

die zu Partnern und Familienangehörigen, als auch die mit der Therapiesituation neu entstehende(n) Beziehung(en).“ Jeder wird schon die Erfahrung gemacht haben, dass chronisch psychisch Kranke sich plötzlich kontinuierlicher und rascher entwickelt haben, wenn sie eine stabile Partnerschaft eingehen konnten. Aber wenn man Grawes Feststellung auf die sozialpsychiatrische Arbeit überträgt, spricht sehr viel dafür, beziehungsorientierte Elemente zu integrieren.

In der psychodynamisch orientierten Therapieforschung spielen die therapeutische Beziehung sowie die Fokussierung dieser Beziehung in den Deutungen durch den Therapeuten noch eine zentralere Rolle (Strauß und Wittmann 2000).

Da wir nun unseren Schwerpunkt auf Gruppenarbeit legen, interessierte uns natürlich, welche Wirkfaktoren in Gruppen gelten. Einschränkend muss man jedoch sagen, dass Gruppen, die mehr lebenspraktischen Tätigkeiten dienen, wie etwa in unserem Einrichtungsnetzwerk angebotene Kochgruppen, natürlich bestimmte Wirkungs-

prinzipien weniger erreichen werden und auch weniger anstreben. Doch in Gruppen, in denen über persönliche Wünsche, Erfahrungen, Gefühle und Erleben gesprochen wird, in Gruppen, in denen das Beziehungsgeflecht und die interpersonellen Konflikte sich stärker darstellen und thematisiert werden, dürften diese Prinzipien gelten. Die folgenden Gruppenwirkfaktoren gehen zurück auf Yalom sowie Bloch und Crouch, wobei sich die Zusammensetzung der Probanden aber von Gruppen für psychisch Behinderte unterscheiden. Yalom hatte seinen Patienten verschiedene Fragen dazu gestellt, was ihnen nach ihrer Meinung in der Gruppe am meisten geholfen habe (Tab. 7; vgl. Bloch und Crouch 1985 und Yalom 1985 - nach: Strauß und Wittmann 2000; vgl. Yalom 1996).

Interessanterweise lässt sich ein Großteil der von Yalom herausgefundenen Wirkfaktoren wiederum unter Beziehungsaspekten zusammenfassen. Der sicherlich wichtige Wirkfaktor der „Einsicht“ könnte noch ohne ein gegenseitiges „Sich-Einfühlen“ und ohne einen Austausch des Erlebens bzw. auch

Tab. 7: Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie

Faktor	Beispiel
<i>Besonders hilfreich:</i>	
Katharsis	Gefühlsäußerungen, Äußern von Kritik
Akzeptanz oder Kohäsion	Erleben der Gruppenzugehörigkeit, des Angenommenwerdens
interpersonales Lernen - Input/Feedback	Rückmeldungen über das eigene Verhalten durch die Gruppe
Einsicht	Akzeptieren bislang verleugneter Seiten
<i>Mittelmäßig hilfreich:</i>	
Universalität des Leidens	Erkenntnis „Wir sitzen alle in einem Boot“
Einflößen von Hoffnung	Erleben von Fortschritten bei anderen
Altruismus	Selbstachtung durch Hilfe für andere
existenzielle Faktoren	Erkennen von Eigenverantwortung, eigenen Grenzen
interpersonales Lernen - Output	Ausprobieren bestimmter Verhaltensweisen; zu erfahren, wie man sich zu Gruppenmitgliedern in Beziehung setzen kann
Selbst-Öffnung	Erleben der Möglichkeit, sich mitzuteilen
Identifizierung/stellvertretendes Lernen (Eher unbewusst wirkend!)	Finden von Vorbildern in der Gruppe
Wiedererleben familiärer(oder anderer) Beziehungserfahrungen(Eher unbewusst wirkend!)	Eltern- oder Geschwisterübertragungen zu anderen Gruppenmitgliedern
<i>Wenig hilfreich:</i>	
Anleitung	Konkrete Ratschläge durch den Therapeuten oder Gruppenmitglieder

ohne Thematisierung der Beziehung zustande kommen, wenn z. B. der Klient erkennt, dass er sich selber unter Druck setzt, weil er immer alles perfekt machen möchte.

Aber z. B. das Erleben von „Akzeptanz“ durch Gruppenteilnehmer, das Halt gebende Erleben der Gruppenzugehörigkeit – dies sind ja gerade gute Beziehungen, hier im Rahmen einer Gruppe.

Oder die „Universalität des Leidens“, dass ein Betroffener erkennen kann, dass er nicht der Einzige ist, der an einer psychischen Krankheit leidet, sondern dass auch die anderen Gruppenteilnehmer krankheitsbedingte Leiden erfahren, dies setzt Beziehungsaufnahme und sich gegenseitiges Einfühlen voraus.

Die „Anleitung“ dagegen ist nur wenig wirksam. Dies halte ich für bemerkenswert, weil nach meinem Eindruck gerade Anleitung besonders viel in anderen Einrichtungen für Behinderte praktiziert wird. Die Bedeutung von Anleitung und Lernen soll hier nicht bestritten werden, gerade für die Sozialpsychiatrie und lebenspraktische Fähigkeiten. Allerdings wird sie dann besser wirken, wenn sie systematisch erfolgt. Und es ist ein größerer Erfolg zu erwarten, wenn zu dem „Anleiter“ eine gute

und vertrauensvolle Beziehung besteht, wenn dieser sich bemüht, sich in beim Klienten bestehende Ängste einzufühlen, die gerade die Umsetzung der trainierten Tätigkeit blockieren. Außerdem werden immer bestimmte Beziehungsaspekte entstehen, wenn Menschen etwas gemeinsam tun und miteinander reden, auch beim Lernen vom anderen bzw. beim „sich mit ihm identifizieren“ oder schlicht beim Austausch darüber, wie es denn gerade geht. Beziehung ist nun mal ein menschliches Grundbedürfnis. Wenn eine Gruppe aber nur auf die Vermittlung von Wissensinhalten oder Fertigkeiten durch Anleitung ausgerichtet ist oder wenn der Gruppenleiter ein uneinfühlsamer reiner „Anleiter“ wäre, dann wird sich an den inneren Konflikten, an quälenden Emotionen wenig ändern und schon gar nicht an der psychischen Struktur. Und ob dann Motivation besteht, das in der Therapie trainierte neue Verhalten in den problematischen Lebensfeldern auch selber umzusetzen, ist zu bezweifeln. Wahrscheinlich würden gerade psychisch Behinderte, die ja leicht zu verunsichern sind, wieder vermehrt regredieren bzw. einfach nicht mehr zu solch einer nüchternen „Anleitungsgruppe“ kommen.

Worüber wird in unserer Gruppe gesprochen?

Wenn es sich um eine tiefenpsychologisch ausgerichtete Gruppe handelt, gilt es also als günstig, wenn die Teilnehmer ihre Beziehungen untereinander und zu den Gruppenleitern sowie zu der Gruppe als Ganzes thematisieren. Nachdem unsere Gruppe etwa 3 Jahre bestand (zwei Anfangsteilnehmer waren noch dabei), wollten wir systematisch untersuchen, wie oft über Beziehungsaspekte und andere Themen gesprochen wurden. Oder allgemeiner: Was beschäftigt (verbalisiert) unsere Klienten, gerade in der Gruppe? Wieder einmal war es Werner Greve, an dem wir uns orientieren konnten. Greve hatte aus den Protokollen einer tiefenpsychologischen Gruppe in seiner psychiatrischen Akutklinik die verbalisierten Themen ausgewertet und zusammengehörige Einzelthemen jeweils unter einer Überschrift zusammengefasst, woraus sich sechs Generalthemen ergaben. Daneben untersuchte er mit gleichem Design eine ebenfalls von ihm geleitete Neurosen-Gruppe. Wir übernahmen diese Einteilung der Gesprächsinhalte anhand eigener Gruppendokumentation und wollten sie später mit Greves Ergebnissen vergleichen.

Die sechs größeren Themenkreise sind (Greve 1977):

- 1) Krankheitssymptome
- 2) Vorgeschichte (oder Vergangenheit)
- 3) Auseinandersetzung mit der Kliniksituation (d.h. mit der Gegenwart)
- 4) Beziehungen innerhalb der Gruppe (soweit sie verbalisiert sind)
- 5) Auseinandersetzung mit der Krankheit
- 6) Zukunft und erweiterte Realität.

Beide Psychotiker-Gruppen hatten also ein vergleichbares Vorgehen, z. B. ohne Vorgabe von Themen, allerdings trafen wir uns eine Stunde pro Woche, während es bei Greve zweimal 45 Minuten waren. Und bei Greve konnten die Patienten rauchen und gelegentlich hinausgehen, um sich z.B. Buttermilch zu holen, was unseren Gepflogenheiten¹³ widerspricht. Die Zusammensetzung war ähnlich, weil es sich überwiegend um schizophrene Erkrankte und fast nur stationär betreute Teilnehmer handelte, in beiden Gruppen die meisten Teilnehmer jung (um 30 Jahre) und etwa genauso viel Männer wie Frauen vertreten waren.

In beiden Fällen wurden die Protokolle von etwa einem Jahr ausgewertet.

In der Hälfte der Themenkreise waren die Häufigkeiten, mit denen sie angesprochen wurden, in beiden Psychotiker-Gruppen sehr ähnlich. (In den ersten drei Bereichen lagen die seelisch Behinderten immer geringfügig niedriger als die Akutkranken.) Daher hier zuerst eine Zusammenfassung von Greves Ergebnissen (Tab. 8).

D.h. schizophrene und neurotische Patienten befassten sich nur mit der Vorgeschichte und der Zukunft gleich häufig. In den anderen Bereichen sind die Unterschiede eklatant.

Nun zu unseren Ergebnissen. In 42 Gruppensitzungen wurden (nach Greve zugeordnete) Einzelthemen 183-mal angesprochen. (Beispiele für diese Items folgen unten.) Durchschnittlich wurden so 4,4 Einzelthemen pro Sitzung berührt, während es in Greves Psychotiker-Gruppe durchschnittlich 4,8 waren. Hier die drei Themenkreise, wo die Gruppen für Schizophrene der Schlossparkklinik und des ZSP-Wohnheims auseinander lagen (die Nummerierung entspricht der aus Greves Veröffentlichung) (Tab. 9).

Hier ist überraschend, dass die schizophrenen Patienten eines Wohnheims dies häufiger thematisierten als Schizophrene in einem Krankenhaus, nämlich ungefähr so häufig wie die Neurose-Gruppe. Nun muss man in Betracht ziehen, dass zwischen beiden Erhebungen 25 Jahre liegen, gesellschaftliche Gepflogenheiten sich gewandelt ha-

Tab. 8: Angesprochene Themenkreise aus 120 Gruppenstunden in einer Akutklinik - 38 Einzelthemen wurden insgesamt 580-mal berührt - Psychosen-Gruppe versus Neurosen-Gruppe (Grove 1977)

	Schizophrene	Neurotiker
a) Krankheitssymptome	27,2 %	9,7 %
b) Vorgeschichte (Vergangenheit)	9,5 %	10,8 %
c) Auseinandersetzung mit Kliniksituation (Gegenwart)	21,9 %	11,6 %
d) Beziehung in der Gruppe (verbalisiert)	13,1 %	23,3 %
e) Auseinandersetzung mit der Krankheit	5,8 %	24,9 %
f) Zukunft und erweiterte Realität	22,7 %	19,4 %

ben. Möglicherweise bildet sich hier ab, dass heutzutage eher mehr über Beziehungen und „Beziehungskisten“ gesprochen wird. Andererseits haben Patienten eines Krankenhauses eine akutere Symptomatik, die der Beschäftigung mit Beziehungsaspekten stärker entgegenstehen könnte. Doch vor allem waren die Salzwedeler Teilnehmer schon länger in der Gruppe und im Wohnheim, eher Jahre statt Monate (die von Greve genannte durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug 3,9 Monate). Dadurch dürften ihnen einerseits die Gruppenleiter vertrauter gewesen sein und die Gruppe sowie deren Mitglieder auch. Und solche Vertrautheit macht es einfacher, Beziehungen zu thematisieren. Daraus könnte man folgern, dass schizophrene und andere schwer gestörte Menschen, auch chronisch Kranke, zu bemerkenswerten Entwicklungen im Beziehungsbereich fähig sind. Und dies wäre ein weiteres Argument für beziehungsorientierte Arbeit mit seelisch Behinderten.

Die Auseinandersetzung mit der Krankheit fand bei den chronisch Kranken fast doppelt so häufig statt wie bei den Akutpatienten (Tab. 10).

Dies finde ich nicht überraschend, wenn man sich vergegenwärtigt, dass in der Berliner Psychotiker-Gruppe die Hälfte der Teilnehmer zum ersten Mal in einem psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen wurde, und viele der Klinikpatienten ihre psychiatrische Diagnose noch nicht akzeptiert haben dürften. Sie sind offenbar von den Symptomen überrascht und eingenommen, die sie wesentlich öfter ansprechen (27,2 %, bei den Neurotikern dagegen nur 9,7 % (Tab. 8)).¹⁴ Klienten eines Wohnheims mussten sich dagegen schon länger mit dem Umstand, psychisch krank zu sein, auseinander

Tab. 9: Beziehung in der Gruppe

D) Beziehung in der Gruppe (verbalisiert)	WH Salzwedel n	WH Salzwedel %	Akutklinik-Gruppe (v.a. Schizophrenie, Greve 1977)	Akutklinik-Gruppe (Neurosen, Greve 1977)
Häufigkeit	44	24 %	13,1 %	23,3 %

Anzahl der Sitzungen, wo diese Themengruppe angesprochen wurde: n = 28 (66,7 %)

Der Themenkreis "D) Beziehung in der Gruppe verbalisiert" bestand aus folgenden Items: "21. Vergleich der Symptomatik (Kenner unter sich); 22. Aggression, Aggressivität; 23. Gruppe als Thema (Sinn der Gruppe); 24. Beziehung der Gruppenmitglieder untereinander; 25. Verhaltenskorrekturen bei Gruppenmitgliedern."

Tab. 10: Auseinandersetzung mit der Krankheit

E) Auseinandersetzung mit der Krankheit	WH Salzwedel n	WH Salzwedel %	Akutklinik-Gruppe (v.a. Schizophrenie, Greve 1977)	Akutklinik-Gruppe (Neurosen, Greve 1977)
Häufigkeit	20	10,9 %	5,8 %	24,9 %

Anzahl der Sitzungen, wo diese Themengruppe angesprochen wurde: n = 15 (35,7 %)

Der Themenkreis "E) Auseinandersetzung mit der Krankheit" bestand aus folgenden Items: "26. Was ist Krankheit? (z. B. Schizophrenie); 27. Suizid; 28. Krankheit als Flucht, als zuwendungsbringend; 29. Kleist, Marionetten-Theater (Verlust der Unbefangenheit); 30. Feststellung einer Besserung; 31. Lösung vom Wohnheim (Grove: Von der Klinik)."

Tab. 11: Zukunft und erweiterte (äußere) Realität

F) Zukunft und erweiterte (äußere) Realität	WH Salzwedel n	WH Salzwedel %	Akutklinik-Gruppe (v.a. Schizophrenie, Greve 1977)	Akutklinik-Gruppe (Neurosen, Greve 1977)
Häufigkeit	30	16,4 %	22,7 %	19,4 %

Anzahl der Sitzungen, wo diese Themengruppe angesprochen wurde: n = 21 (50 %)

Der Themenkreis "F) Zukunft und erweiterte (äußere) Realität" bestand aus folgenden Items: "32. Wie geht es da draußen weiter (allgemein)?; 33. Wohnung; 34. Beruf; 35. Partnerschaft; 36. Sexualität; 37. Reaktion der anderen; 38. Politische Fragen."

setzen und haben meist schon mehrere psychiatrische Krankenhausaufenthalte hinter sich. Da Neurotiker aber diese Aspekte wesentlich häufiger thematisierten, dürfte sich hier zeigen, wie schwer es psychotisch Erkrankten fällt, über ihre Krankheit und deren Implikationen sich auszutauschen. Dies dürfte jedoch ein wichtiges Feld für Therapieinhalte sein. Der stark wirksame Gruppen-Wirkfaktor¹⁵ der „Katharsis“, aber auch der Faktor „Universalität des Leidens“¹⁶, gehen über ein Benennen oder Beklagen von Symptomen hinaus. Über die Zukunft, insbesondere außerhalb der Einrichtung, und wichtige soziale Aspekte der Normal-Bevölkerung sprechen die psychisch Behinderten dagegen seltener (Tab. 11).

Die wahrgenommene psychosoziale Situation psychisch Behinderter dürfte sich hier widerspiegeln (siehe Abschnitt „Seelisch Behinderte“). Sie sind meist Sozialhilfeempfänger und/oder aufgrund ihrer Krankheit(en) berentet, auch im ZSP. Demgegenüber hatte in Greves Schizophrenen-Gruppe immerhin noch knapp ein Viertel eine feste Anstellung. (Allerdings war in den siebziger Jahren auch die Arbeitsmarktsituation noch erheblich besser.) Sie haben im Durchschnitt eine noch geringere (Aus-) Bildung¹⁷ – gerade wenn man berücksichtigt, dass Greves Patienten der Klientel von Universitätskliniken entsprachen. Sie haben nur selten feste Partnerschaften und insgesamt weniger soziale Kontakte. Und sie leben nun in einer stationär psychiatrischen Einrichtung. All solche kränkelnden Erfahrungen machen es schwer(er), in die Zukunft und nach draußen zu blicken.¹⁸

Und dies trotz vielfältiger Förderungen von sozialen Kontakten, der generellen Öffnung des ZSP Salzwedel in die Gemeinde, guter Akzeptanz durch die Nachbarschaft (bei viel Öffentlichkeitsarbeit) und einem lokalen Netzwerk gestufter Hilfeangebote, die eine Selbstständigkeit unterstützen.¹⁹ Und auch trotz des Umstands, dass viele ZSP-Klienten und die meisten Teilnehmer der Gruppe eine günstige Entwicklung nahmen, teilweise nun selbstständig(er) wohnen und leben. – Seelisch und gerade seelisch und mehrfach Behinderte haben es schwer. Hier ist viel (Beziehungs-) Arbeit nötig.

Die beschriebene Gruppe geht nicht nur ständig bergauf – schließlich ändern sich auch die Teilnehmer. Aber sie hat den Wechsel der Co-Therapeutin – aufgrund von Altersruhestand vor einem Jahr – gut verkraftet. Und sie hat gerade die *via aurea* im Sinne Freuds

beschritten, indem sie – ohne dass wir Gruppenleiter dieses Wort vorher erwähnt hätten, Träume bespricht, die verschiedene Teilnehmer vorgestellt haben. Ich möchte dies als Zeichen für Vertrauen und eine gute therapeutische Beziehung interpretieren.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (1998). OPD - Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Grundlagen und Manual. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Biermann-Ratjen, E.M., Eckert, J., Schwartz, H.-J. (1997). Gesprächspsychotherapie. 8. Aufl. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer-Verlag.
- Buchkremer, G., Windgassen, K. (1987). Leitlinien des psychotherapeutischen Umgangs mit schizophrenen Patienten – Was ist den verschiedenen Schulen und Methoden gemeinsam? *Psychother. med. Psychol.* 1987, 37, 407-412.
- Christ, J., Hoffmann-Richter, U. (1997). Therapie in der Gemeinschaft – Gruppenarbeit, Gruppentherapie und Gruppenpsychotherapie im psychiatrischen Alltag. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dilling, H., Reimer, Chr., Arolt, V. (2001). Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Dührssen, A. (1995). Dynamische Psychotherapie – ein Leitfaden für den tiefenpsychologisch orientierten Umgang mit Patienten. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck und Ruprecht, 42-43, 93.
- Eikermann, B. (1998a). Sozialpsychiatrisches Basiswissen. Stuttgart: Ferdinand-Enke-Verlag, 23-42.
- Eikermann, B. (1998b): Sozialpsychiatrisches Basiswissen. Stuttgart: Ferdinand-Enke-Verlag, 125-131.
- Finke, J. (1996). Beziehungsklären (Immediacy). In M. Linden, M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie*. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 15-19.
- Finke, J. (1999). Beziehung und Intervention – Interaktionsmuster, Behandlungskonzepte und Gesprächstechnik in der Psychotherapie. Stuttgart: Georg-Thieme-Verlag.
- Finke, J., Teusch, L. (1997). Gesprächspsychotherapie. In St. Ahrens (Hrsg.), *Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin*. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag, 554-559.
- Goleman, D. (1997). Emotionale Intelligenz. (Übersetzung aus dem Amerikanischen von S. Griesse), 4. Aufl. München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Grawe, K. (2000). Allgemeine Psychotherapie. In W. Senf, M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie*. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Georg-Thieme-Verlag, 314-325.

- Greve, W. (1977). Gruppenarbeit mit Schizophrenen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 11(2), 130-149.
- Heim, E. (1985). *Praxis der Milieuthherapie*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag.
- Kilian, A. (2002). Konzepte von Gesprächsgruppen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung – ein individuelles „Baselwerk“? – Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung. *Psychiatrische Praxis*, 28, 383-387.
- Kipp, J., Unger, H.-P., Wehmeyer, P.N. (1996). Beziehung und Psychose – Leitfaden für den verstehenden Umgang mit schizophrenen und depressiven Patienten. Stuttgart, New York: Georg-Thieme-Verlag.
- Lieberz, K. (1998). Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. *Dt. Ärzteblatt*, 95, Heft 31-32, C 1421-1424.
- Machleidt, W., Bauer, M., Lamprecht, F., Rose, H. K., Rohde-Dachser, Chr. (1999). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 6. Auflage. Stuttgart, New York: Georg-Thieme-Verlag.
- Mentzos, St. (1997). Psychotherapie und Sozialpsychiatrie (Einführung). In St. Mentzos (Hrsg.), *Psychose und Konflikt*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 25-26.
- Nowack, N. (1999). Benachteiligung psychisch Behinderter. *Dt. Ärzteblatt*, 96, Heft 4, A211-212.
- Nowack, N. (2002a). Zu den Rahmenbedingungen rehabilitativen Arbeitens mit verhaltensauffälligen behinderten Menschen. Vortrag beim Psychiatrieausschuss Sachsen-Anhalt am 20.03.2002 in Halle/Saale. Ausschuss für Angelegenheiten der Psychiatrischen Krankenversorgung Sachsen-Anhalt, Neustädter Passage 15, 06122 Halle/Saale (schriftliche Dokumentation der Tagung vom 20.03.02).
- Nowack, N. (2002b). Ambulante Soziotherapie – Bisher ein Papiertiger. *Dt. Ärzteblatt*, 99, Heft 45, A2992-2994.
- Rogers, C.R. (1999). *Therapeut und Klient – Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag.
- Schulz, W. (1996). Therapeut-Patient-Beziehung. In M. Linden, M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie*. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 9-14.
- Schwarz, F. (2001). Gruppenprozesse und Gruppentherapie. In F. Schwarz, Chr. Maier (Hrsg.), *Psychotherapie der Psychosen*. Stuttgart: Thieme Verlag, 102-109.
- Speierer, G.-W. (1996). Unkonditionales Akzeptieren. In M. Linden, M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapie*. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 20-23.
- Strauß, B., Wittmann, W.W. (2000). Wie hilft Psychotherapie? In W. Senf, M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie*. 2. Aufl.

Stuttgart, New York: Georg-Thieme-Verlag, 734-745.

Tölle, R. (1999). Psychiatrie einschließlich Psychotherapie. 12. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

Wolf, M. (1997). Die weiche Mauer. - Die Behandlung des Patienten und der psychiatrischen Einrichtung mit Psychotherapie, Supervision und gemeindepsychiatrischer Intervention. In St. Mentzos (Hrsg.), Psychose und Konflikt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 224-252.

Yalom, I. D. (1996). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. 4. Aufl. München: Pfeiffer-Verlag, 93-100.

Endnoten

¹ Überarbeiteter und aktualisierter Vortrag vom Treffen unseres Arbeitskreises in Heppenheim (2002). Gewidmet - mit herzlichem Dank - Herrn Professor Dr. med. Werner Greve

² zur besseren Lesbarkeit wird stets die männliche Form gewählt

³ z. B. Dilling, Reimer und Arolt 2001; Tölle 1999

⁴ Manche besonders schwer psychotisch erkrankte Menschen können überfordert sein durch die Anforderungen an Integriertheit, die aus einer (psycho)therapeutischen Beziehung zu nur einer Person erwächst. Dafür sind die erlebten Abgrenzungen zwischen dem Patienten und der anderen Person, genauer die Selbst-Objekt-Grenzen, zu durchlässig, und auch die Affekte und inneren Objektbeziehungen psychotischer Patienten zu widersprüchlich und zu konfliktreich. Diesem Umstand kommt aber gerade ein sozialpsychiatrisches Setting konstruktiv entgegen. In einer sozialpsychiatrischen Einrichtung verkörpern verschiedene Mitarbeiter auch verschiedene Funktionen und bieten dem Patienten so die Möglichkeit auch verschiedene und unterschiedlich tiefe Beziehungen einzugehen. Der Patient kann also jeweils erträgliche Teile seiner Affekte und Beziehungswünsche auf verschiedene, geeignete Bezugspersonen verteilen. Dies hilft dem Patienten sich zu stabilisieren. Seine verschiedenen Beziehungen und deren Funktionen können sich im Verlaufe des therapeutischen Prozesses dann vertiefen und weiterentwickeln (vgl. Mentzos 1997, Wolf 1997).

⁵ Ebenfalls bedauerlich ist, dass die Ambulante Soziotherapie für chronisch psychisch Kranke bundesweit fast noch nicht umgesetzt wurde, obwohl sie im SGB V (vgl. § 37 a) verankert ist und seit dem 01.01.2002 realisiert werden könnte. Offenbar befürchten die Kran-

kenkassen durch diese neue Leistung neue und zusätzliche Kosten, obwohl eine Studie im Auftrag der Krankenkassen, die der Einführung der Ambulanten Soziotherapie voranging, einerseits eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse (höhere psycho-soziale Kompetenz, höhere Lebensqualität und -zufriedenheit u. a.) zeigte und andererseits erhebliche Kosteneinsparungen (durch weniger psychiatrische Krankenhausaufenthalte). Durch die Ambulante Soziotherapie soll insbesondere erreicht werden, dass chronisch psychisch Kranke die vorhandenen psychiatrischen Hilfeangebote aufsuchen, die sie bisher aufgrund ihrer Krankheit selbständig nicht in Anspruch nehmen konnten. Ein Teil der Ambulanten Soziotherapie durch Fachpflegekräfte für Psychiatrie oder Sozialpädagogen wird auch in Form von Hausbesuchen stattfinden (vgl. Nowack 2002 b). Ich denke, es ist klar, dass auch für die Ambulante Soziotherapie eine gute therapeutische Beziehung von grundlegender Wichtigkeit sein wird – sowohl für Einzel- als auch Gruppenarbeit.

⁶ Also im Unterschied zu Tab. 3, Nr. 9: Bei anderen Angeboten und anderen Klienten wird im ZSP schon mal intensiver daran erinnert und darum gebeten teilzunehmen, auch weil die Kostenträger zunehmend darauf drängen.

⁷ vgl. wiederum Tab. 3

⁸ Hoffnung einflößen gilt als Wirkfaktor in der Gruppenpsychotherapie (vgl. Tab. 7)

⁹ Auch in ergotherapeutischen Gruppen (z. B. Holzwerkstatt) oder stärker strukturierten Gesprächsgruppen mit vorgegebenen Themen des ZSP wird i.d.R. weder geraucht noch Kaffee getrunken. Dem liegt die Erfahrung zugrunde, dass dieser Konsum zwar den Zugang für manchen leichter machen könnte, aber vom eigentlichen Inhalt ablenkt – besonders, wenn etwa nach Feuer gefragt wird oder eine Tasse umkippt.

¹⁰ Implizit gemeint ist hier Inter- bzw. Supervision

¹¹ Man könnte dabei kritisch erwägen, dass sich hier Überangepasstheit wie gegenüber strengen Eltern oder anspruchsvollen Lehrern darstellt (letztere Übertragung zeigte sich auch wiederholt während der Gruppe und wurde von uns gedeutet). Aber die Atmosphäre zu Beginn ist meist anders – eher vertrauens- und erwartungsvoll.

¹² Siehe Einleitung

¹³ vgl. Tab. 5

¹⁴ In der WH-Gruppe machten die Krankheitssymptome 23,5 % der besprochenen Themengruppen aus, wo-

bei die Symptome hier offenbar ständig gegenwärtig waren, da sie in 79 % der Sitzungen aufgegriffen wurden. D.h. – bezogen auf die Anzahl der Sitzungen – waren bei den seelisch Behinderten die Symptome der häufigste Themenkomplex.

¹⁵ vgl. Tab. 7

¹⁶ in der Diskussion zum Vortrag, der diesem Artikel zugrunde liegt, berichteten Arbeitskreis-Mitglieder, dass bei chronisch psychisch Kranken bzw. seelisch Behinderten und auch bei forensischen Patienten der „Universalität des Leidens“ eine größere als nur „mittelmäßige“ Bedeutung nach ihren Erfahrungen zukommen dürfte (vgl. Tab. 7). Dies deckt sich auch mit meinem Eindruck.

¹⁷ Als weiteres Beispiel: 10 von insgesamt 63 Patienten der Psychotiker-Gruppe von Greve studierten. In unserer Gruppe keiner. (Wobei die Kreisstadt Salzwedel nicht Berlin ist, und die nächsten Hochschulstädte, aus denen wir allerdings Aufnahmewünsche erhalten, knapp eine Stunde entfernt liegen).

¹⁸ Im ersten Absatz des Abschnitts „Seelisch Behinderte“ wies ich schon auf die stärkere Regression hin.

¹⁹ vgl. Abschnitt „Einleitung“

Korrespondenzadressen:

Dr. med. Nicolas **Nowack**
Zentrum für Soziale Psychiatrie
Salzwedel (ZSP)
Hoyersburger Str. 60
29410 Salzwedel
E-mail: info@Gemeinde-Psychiatrie.de
www.Zentrum-fuer-Soziale-Psychiatrie.de