

15.
Auflage

IRVIN D.
YALOM
MOLYN
LESZCZ

Theorie und Praxis der Gruppen- psychotherapie

Das Lehrbuch





Stimmen zur 15. Auflage

»Dieses Buch ist ein echter Klassiker. Ange-
sichts der zunehmenden Akzeptanz der
Gruppenpsychotherapie in den Gesundheits-
systemen verschiedener Länder ist diese Neu-
auflage eine wirklich unverzichtbare Hilfe für
Kliniker und verbindet in hervorragender
Weise Forschungsergebnisse und klinisches
Wissen. Es ist DAS Buch zur Theorie und Pra-
xis der Gruppentherapie, das inzwischen
Generationen von Gruppenpsychotherapeu-
ten unterstützt hat.« *Bernhard Strauß, Uni-
versitätsklinikum Jena*

»Diese neue Ausgabe bietet uns die wertvolle
Gelegenheit, von der Weisheit und dem Fach-
wissen der phänomenalen Partnerschaft von
Irvin Yalom und Molyn Leszcz zu profitieren.
Dieses Werk behält die Stärken früherer Aus-
gaben in Bezug auf unschätzbar klinische Er-
kenntnisse und Fallbeispiele bei, führt aber
neues Material ein, das diese Ausgabe berei-
chert. Als Reaktion auf die Herausforderun-
gen der COVID-19-Pandemie haben sie ein
Kapitel über Online-Gruppen aufgenommen.
Ich freue mich darauf, diese aktualisierte Aus-
gabe und wertvolle Ressource, die auf neuesten
Forschungsergebnissen beruht, mit mei-
nen Studenten und Kollegen zu teilen.« *Alexis
D. Abernethy, Professorin für Psychologie am
Fuller Seminary*

»Die Lektüre dieser mit Spannung erwarteten
Neuaufgabe eines echten Klassikers auf diesem
Gebiet ist wie eine Rückkehr nach Hause nach
einer gewissen Zeit der Abwesenheit: Das be-
ruhigende Gefühl, vertraute, bewährte Be-
griffe wiederzufinden, vermischt sich mit der
Aufregung über neue Entdeckungen und Ent-
wicklungen auf diesem Gebiet. Wie seine Vor-

gänger spricht auch dieser Band den Grup-
pentherapeuten, ob Anfänger oder Experte,
in einer erfahrungsnahen, klinikerfreundli-
chen Sprache an und lässt die Gruppenerfah-
rung im Kopf lebendig werden. Es repräsen-
tiert den aktuellen Stand der Gruppenthera-
pie.« *Les R. Greene, Distinguished Life Fellow,
American Group Psychotherapy Association*

»Wieder einmal haben Yalom und Leszcz
einen Volltreffer gelandet. Die Breite und
Tiefe der behandelten Forschung ist wirklich
beeindruckend. Es ist jedoch der bemerkens-
wert fesselnde Schreibstil, der diese empirisch
fundierten Prinzipien der Gruppenpsycho-
therapie nahtlos in einen zwischenmensch-
lichen Rahmen einbettet, der dieses Buch zu
einem einzigartigen Klassiker macht. Die
lehrreichen und überzeugenden klinischen
Beispiele unterstützen angehende Therapeu-
ten, während die zeitgemäßen Gruppeninter-
ventionen den erfahrenen Gruppenleiter
dazu einladen, Neuland zu betreten.« *Gary
Burlingame, Professor und Lehrstuhlinhaber
für Psychologie, Brigham Young University*

»Die Partnerschaft zwischen Yalom und Leszcz
bringt neue Originalität in einen Text, der –
wie kein anderer – das Feld geprägt hat, das
Yalom vor fünfzig Jahren mitbegründet hat.
Die Weiterentwicklung des interpersonellen
Modells, die auf aktuellen wissenschaftlichen
Erkenntnissen beruht, ist weitreichend und
umfassend und verleiht diesem Buch einen
neuen Stellenwert für Therapeuten aller Rich-
tungen – ein bleibender Schatz für Praktiker
und Lehrende gleichermaßen.« *John Schlapo-
bersky, Autor von »From the Couch to the
Circle«*

Irvin D. Yalom
Molyn Leszcz

Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie

Das Lehrbuch

15., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Aus dem Amerikanischen von Teresa Junek,
Theo Kierdorf und Gudrun Theusner-Stampa

Klett-Cotta

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel

»The Theory and Practice of Group Psychotherapy«,

6th edition, published by Basic Books, an imprint of Perseus Books, a subsidiary of Hachette Book Group

First published by Basic Books 1970/6th edition 2020

© 2020 by Irvin D. Yalom and Molyn Leszcz

All Rights Reserved

Für die deutsche Ausgabe

© 1996/2024 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle deutschsprachigen Rechte vorbehalten

Cover: Weiß-Freiburg GmbH, Freiburg

unter Verwendung einer Abbildung von amrets/Adobe Stock

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

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

ISBN 978-3-608-98781-2

E-Book ISBN 978-3-608-12281-7

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20669-2

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Irv Yalom:

*Ich möchte dieses Buch Marilyn widmen,
meiner geliebten Frau, die nach 65 Jahren Ehe
2019 gestorben ist.*

Molyn Leszcz:

*Für die nächste Generation: Sid, Pete,
Lucy und Margot*

Inhalt

Vorwort zur sechsten amerikanischen Ausgabe	11
Danksagungen	16
1 Die therapeutischen Faktoren	17
Hoffnung wecken	20
Universalität des Leidens	22
Mitteilen von Informationen	25
Altruismus	30
Die korrigierende Rekapitulation des Geschehens in der primären Familiengruppe	32
Die Entwicklung sozialer Kompetenz	33
Imitationsverhalten	35
2 Interpersonelles Lernen	37
Die Bedeutung interpersoneller Beziehungen	37
Die korrigierende emotionale Erfahrung	47
Die Gruppe als sozialer Mikrokosmos	51
Der soziale Mikrokosmos: Eine dynamische Interaktion	58
Das Erkennen von Verhaltensmustern im sozialen Mikrokosmos	61
Existiert der soziale Mikrokosmos tatsächlich?	63
Übertragung und Einsicht	64
Zusammenfassender Überblick	67
3 Die Kohäsionskraft der Gruppe	70
Die Bedeutung der Gruppenkohäsion	74
Der Wirkmechanismus	83
Zusammenfassung	95
4 Die therapeutischen Faktoren – Ein integrierender Überblick	97
Der Wert der einzelnen therapeutischen Faktoren aus der Sicht des Klienten	100
Unterschiede in der Einschätzung therapeutischer Faktoren durch Klienten und Therapeuten	130
Kräfte, die die Wirkung therapeutischer Faktoren verändern	133

5 Der Therapeut – Grundlegende Aufgaben	141
Zusammenstellung und Erhaltung der Gruppe	141
Der Aufbau einer Gruppenkultur	144
Wie beeinflusst der Gruppenleiter die Entstehung von Gruppennormen?	147
Therapeutische Gruppennormen	154
6 Der Therapeut: Arbeiten im Hier und Jetzt	168
Definition von Prozess	169
Die Konzentration auf den Prozess: Die Kraftquelle der Gruppe	177
Die Aufgaben des Therapeuten im Hier und Jetzt	179
Techniken der Aktivierung des Hier und Jetzt	184
Techniken zur Klärung des Prozesses	194
Wie man Klienten zu einer Prozessorientierung verhilft	204
Wie man Klienten hilft, klärende Prozesskommentare zu akzeptieren	205
Der Prozesskommentar: ein theoretischer Überblick	207
Die Nutzung der Vergangenheit	216
Kommentare zum Prozess der Gruppe als Ganzes	220
7 Der Therapeut: Übertragung und Transparenz	228
Die Übertragung in der Therapiegruppe	231
Der Psychotherapeut und die Transparenz	242
8 Klienten auswählen und Gruppen zusammenstellen	260
Ausschlusskriterien	261
Aufnahmekriterien	278
Zusammenfassung: Auswahl der Klienten	282
Gruppenzusammensetzung	283
Die Vorhersage des Verhaltens von Klienten in der Gruppe	284
Zusammenfassung: Vorhersage des Klientenverhaltens	292
Prinzipien der Gruppenzusammensetzung	292
Homogenität oder Heterogenität?	294
Allgemeine klinische Überlegungen	297
Zusammenfassung: Gruppenzusammensetzung	299
9 Die Bildung der Gruppe	301
Äußerer Rahmen und Struktur	302
Kurzzeittherapie mit Gruppen	308
Sitzungen vor der Gruppe und Vorbereitung auf die Gruppentherapie	314

10 Zu Beginn	332
Die Entstehungsphasen der Gruppe	332
Der Einfluss der Klienten und anderer Faktoren auf die Entwicklung der Gruppe	345
Probleme der Gruppenmitgliedschaft	350
11 Die fortgeschrittene Gruppe	373
Wie interpersonelles Lernen funktioniert	373
Die Bildung von Untergruppen	377
Konflikte in der Therapiegruppe	386
Selbstoffenbarung	398
Das Beenden der Therapie	407
12 Arbeit mit herausfordernden Gruppenmitgliedern	418
Der Alleinunterhalter	419
Der schweigende Klient	425
Der Langweiler	428
Der jede Hilfe ablehnende »Jammerer«	430
Der akut psychotische Klient	433
Der schizoide Klient	440
Der charakterlich schwierige Klient	444
13 Spezielle Behandlungsformen und Techniken	455
Gleichzeitige Einzel- und Gruppentherapie	455
Kombinieren einer Gruppentherapie mit einer Zwölf-Schritte-Gruppe	465
Co-Therapeuten	469
Träume	476
Audiovisuelle Technik	479
Schriftliche Zusammenfassungen	481
Monitoring der Ergebnisse und des Prozesses der Gruppentherapie	488
Strukturierte Übungen	489
Dokumentation der Gruppentherapie	494
14 Online-Psychotherapiegruppen	496
Online-Gruppen: Frühe Ergebnisse	496
Leitlinien für Gruppenpsychotherapeuten	498
Herausforderungen und Chancen von Online-Gruppen	499

15 Spezialisierte Therapiegruppen	503
Die Abwandlung der traditionellen Gruppentherapie für spezielle klinische Situationen: Grundlegende Schritte	504
Die Therapiegruppe für akut kranke, stationäre Klienten	510
Gruppen für Klienten mit physischen Krankheiten	536
Adaptation von KVT und IPT an die Gruppentherapie	544
Selbsthilfegruppen und Internet-Unterstützungsgruppen	551
16 Die Ausbildung des Gruppentherapeuten	555
Das Beobachten erfahrener Kliniker	557
Supervision	560
Eine Gruppenerfahrung für Ausbildungskandidaten	568
Persönliche Psychotherapie	574
Zusammenfassung	576
Jenseits der Technik	577
Anhang	579
Einige Ziele der Gruppenpsychotherapie	579
Vertraulichkeit	580
Was ist in der Gruppe zu tun? Welches Verhalten wird von Ihnen erwartet?	580
Gruppentherapeuten	582
Anfängliche Verpflichtung oder Probezeit	582
Teilnahme und Gruppenkohäsion	582
Online-Gruppen	583
Anmerkungen	584

Vorwort zur sechsten amerikanischen Ausgabe

Fünfzehn Jahre sind vergangen, seit die fünfte Neuausgabe dieses Fachbuchs veröffentlicht wurde. In dieser sechsten Ausgabe werden wir die signifikanten neuen Innovationen beschreiben, die sich während dieser Zeit in der Gruppentherapie entwickelt haben. Wir freuen uns und sind dankbar, unsere lange Zusammenarbeit fortsetzen zu können, die vor 40 Jahren an der Stanford University begann. Wir sind an unsere gemeinsame Arbeit als erfahrene Co-Therapeuten herangegangen und haben uns beim Verfassen dieser Edition gegenseitig unterstützt und herausgefordert. Größtenteils schreiben wir als »wir«, wobei beide Stimmen miteinander verwoben sind. Bestimmte Stellen, die eine persönliche Erfahrung des einen oder anderen von uns darlegen, kennzeichnen wir, indem wir in die erste Person wechseln und in Klammern angeben, wer von uns die Erzählung übernimmt: IY oder ML.

Unser Ziel ist, unseren Lesern eine Synthese aus aktuellen Erkenntnissen und gesammelten Erfahrungen aus der Praxis der Gruppentherapie zu bieten. Wir beziehen in großem Umfang klinische Darstellungen ein, um diese Konzepte und Prinzipien lebendig zu machen und das Buch praktisch und lehrreich zu gestalten. Es soll für Studierende, Lehrgangsteilnehmer und Praktikerinnen von unmittelbarem Nutzen sein und Supervisoren und Lehrenden als nützliche Ressource dienen.

Seit ihrer Einführung in den 1940er-Jahren hat sich die Gruppentherapie ständig an die

Veränderungen in der klinischen Praxis angepasst. In dem Maße, wie neue klinische Syndrome, Settings und theoretische Ansätze aufgetreten sind, haben sich auch entsprechende Varianten der Gruppentherapie entwickelt. Die Vielfalt der Formen ist heute so groß, dass es sinnvoller ist, von »Gruppentherapien« als von »Gruppentherapie« zu sprechen. Für alle Altersgruppen und alle klinischen Bedürfnisse gibt es durchweg überzeugende Belege, dass Gruppentherapie wirksam ist, im Allgemeinen die gleiche Wirkung hat wie Einzeltherapie und weitaus kostengünstiger ist. Dies gilt sowohl für die Behandlung psychischer Erkrankungen wie auch für die Behandlung von Suchterkrankungen und in zunehmendem Maße auch für die Behandlung körperlich Erkrankter.

Die Online-Welt macht den Zugang zu Gruppen viel einfacher. Die geografische Lage ist nicht mehr das Hindernis, das sie einmal war, sofern das Internet zugänglich ist. Neue technologische Plattformen schaffen neue Möglichkeiten und Herausforderungen für Gruppentherapeutinnen und -therapeuten (siehe Kapitel 14). Was ist gleich und was ist anders, wenn sich die Gruppentherapie vom Gruppenraum auf den Gruppenbildschirm verlagert? Dies sind Fragen, mit denen wir uns in diesem Band beschäftigen werden.

Da Klientinnen und Klienten mit unterschiedlichem ethnokulturellen Hintergrund sowohl in Nordamerika als auch in der ganzen Welt Gruppentherapie in Anspruch nehmen,

ist es für Therapeuten wichtig, eine multikulturelle Orientierung sowie Sensibilität und Fachwissen in Bezug auf kulturelle Anpassung zu entwickeln. Therapiegruppen sind seit jeher Räume für »schwierige Dialoge« und Diskurse, und Fragen der ethnischen Zugehörigkeit und der Geschlechtsidentität können in einem aufgeschlossenen therapeutischen Gruppenumfeld wirksam behandelt werden (siehe Kapitel 15). Gruppentherapie ist ein wirkungsvolles Hilfsmittel für die Arbeit mit traumatisierten und geflüchteten Menschen.

Paradoxalement hat jedoch trotz der breiten klinischen Anwendung von Gruppentherapien die Berufsausbildung für Gruppentherapeuten nicht Schritt gehalten. Immer weniger Ausbildungsprogramme – sei es in der Psychologie, der Sozialen Arbeit, der Seelsorge oder der Psychiatrie – bieten die Art von vertiefter Ausbildung und Supervision, die künftige Praktiker benötigen. Allzu oft und in zu vielen Bereichen werden Gruppentherapeuten in die Praxis gedrängt und gebeten, Gruppen von Klienten mit komplexer Geschichte und unterschiedlichen Bedürfnissen zu leiten, ohne dass sie dafür ausreichend ausgebildet sind oder Supervision erhalten. Wirtschaftlicher Druck, Kompetenzstreitigkeiten und die derzeitige Dominanz biologischer Erklärungen und der Pharmakotherapie im Bereich der psychischen Gesundheit haben alle zu dieser Situation beigetragen. Jede Generation glaubt naiverweise, dass sie die wahre Lösung entdeckt hat. Die psychische Gesundheit ist ein Bereich, der wie kein anderer zwischen eifriger Überbewertung und eifriger Abwertung pendelt, und das sogar bei den eigenen Therapeutinnen. Wir sind daher sehr froh, dass die American Psychological Association vor Kurzem die Gruppenpsychotherapie als Spezialgebiet anerkannt hat. Dies wird zu größeren Investitionen in die Aus- und

Weiterbildung ermutigen. Wir hoffen, dass die Gruppentherapie damit den Status erhält, den ihre immer weiter verbreitete Praxis rechtfertigt. Wir wissen, dass die Ausbildung transformativ sein kann.

Gruppentherapeutinnen von heute werden auch von der Forderung nach größerer Verantwortlichkeit in der Praxis beeinflusst. Evidenzbasierte Praxis ist ein Standard, an den wir uns alle halten müssen. Viele Jahre lang haben sich Therapeuten gegen diese Hochschätzung von Forschung, Messungen und Daten als Leitlinien für eine wirksame Praxis gewehrt, da sie dies als Eingriff in ihre Arbeit empfanden – als Eingriff, der ihre Autonomie beeinträchtigte und ihre Kreativität hemmte. Die Vorstellung einer evidenzbasierten Praxis als eng gefasste Vorgabe ist jedoch anachronistisch. Wir sind der Auffassung, dass ein effektiver Ansatz darin besteht, die evidenzbasierte Praxis als ein Set von *Leitlinien und Grundsätzen* zu betrachten, welche die Effektivität der Therapeuten verbessern. Das gesamte Buch basiert auf den Merkmalen einer evidenzbasierten Gruppentherapie: Aufbau von Gruppen mit starkem Zusammenhalt und guten Beziehungen; echte und sorgfältige Empathie, die gut kommuniziert wird; bewusster Umgang mit Gegenübertragung und Aufrechterhaltung von kultureller Bewusstheit und Sensibilität. Ein reflektierter Umgang mit unserer Arbeit und die bewusste Konzentration auf unsere kontinuierliche berufliche Entwicklung sind Aspekte, die zu evidenzbasierten Gruppentherapien gehören. Das Sammeln von Daten aus unseren laufenden Gruppen gibt uns ein zeitnahe und relevantes Feedback darüber, was tatsächlich von Sitzung zu Sitzung und von Klient zu Klientin geschieht, und trägt ebenfalls dazu bei, evidenzbasiert zu sein (siehe Kapitel 13).

Wir wissen, dass die von Gruppentherapeu-

tinnen verwendeten Ansätze verwirrend vielfältig sind: kognitiv-verhaltenstherapeutische, psychoedukative, interpersonelle, gestalttherapeutische, supportive-expressive, modern-analytische, psychoanalytische, dynamisch-interaktionelle und psychodramatische Ansätze – all diese und viele mehr werden in der Gruppentherapie eingesetzt. Gruppentherapeuten nutzen auch die Fortschritte in unserem Verständnis der menschlichen Bindung und der Neurobiologie zwischenmenschlicher Beziehungen, da wir in unserer Arbeit Psyche, Körper und Gehirn integrieren (siehe Kapitel 2 und 3).

Wie also kann man ein einzelnes Buch schreiben, das *alle* diese Gruppentherapien behandelt? Die Strategie, die der ersten Ausgabe dieses Buches zugrunde lag, scheint immer noch tragfähig zu sein. Wir versuchen, bei jeder der Gruppentherapien die »Fassade« vom »Kern« zu trennen. Die *Fassade* besteht aus dem Drumherum, der Form, den Techniken, der Fachsprache und der Aura, die jede der ideologischen Schulen umgibt; der *Kern* besteht aus jenen Aspekten der Erfahrung, die für den therapeutischen Prozess wesentlich sind, d.h. aus den *grundlegenden Mechanismen der Veränderung*.

Wenn man die »Fassade« außer Acht lässt und nur die tatsächlichen Mechanismen betrachtet, die bei Klienten eine Veränderung bewirken, wird man feststellen, dass die Veränderungsmechanismen zahlenmäßig begrenzt und in den verschiedenen Gruppen bemerkenswert ähnlich sind. Therapiegruppen mit ähnlichen Zielen, die von außen betrachtet grundverschieden erscheinen, können sich auf identische Veränderungsmechanismen stützen. Diese Veränderungsmechanismen bilden das zentrale Ordnungsprinzip dieses Buches. Wir beginnen mit einer detaillierten Erörterung von

elf therapeutischen Faktoren und beschreiben dann einen gruppenpsychotherapeutischen Ansatz, der auf diesen Faktoren beruht (siehe Kapitel 1, 2, 3 und 4).

Aber welche Arten von Gruppen sollen besprochen werden? Die Palette an Gruppentherapien ist mittlerweile so umfangreich, dass es unmöglich ist, jede Art von Gruppe einzeln zu behandeln. Stattdessen konzentrieren wir unsere Ausführungen auf eine prototypische Variante – die ambulante Psychotherapiegruppe – und bieten dann eine Reihe von Grundprinzipien an, die es Therapeuten ermöglicht, dieses grundlegende Gruppenmodell an jede spezielle klinische Situation anzupassen (siehe Kapitel 15).

Unsere prototypische ambulante Psychotherapiegruppe trifft sich mindestens mehrere Monate lang mit den ehrgeizigen Zielen, sowohl die Symptome zu lindern als auch die Persönlichkeit zu verändern. Wir beschreiben diese Gruppe in allen Einzelheiten, von der Gründung bis zum Abschluss. Wir beschreiben, wie die Gruppenmitglieder effektiv ausgewählt und die Gruppe zusammengestellt wird (siehe Kapitel 8) sowie die Vorbereitung (siehe Kapitel 9). Anschließend beschreiben wir die Entwicklung der Gruppe von den Anfängen bis hin zu den fortgeschrittenen Stadien und häufige klinische Herausforderungen (siehe Kapitel 10, 11 und 12).

Warum sollte man sich auf diese besondere Form der Gruppentherapie konzentrieren, wenn die heutige, ökonomisch bestimmte Therapieszene von anderen Arten von Gruppen dominiert wird, die sich für kürzere Zeiträume mit begrenzteren Zielen treffen? Die Antwort ist, dass es die Langzeit-Gruppentherapie schon seit vielen Jahrzehnten gibt und dass sie sowohl durch empirische Forschung als auch durch aufmerksame klinische Beobachtung

einen großen Wissensschatz angesammelt hat. Wir sind der Ansicht, dass die prototypische Gruppe, die wir in diesem Buch beschreiben, eine intensive, ehrgeizige Form der Therapie ist, die sowohl Klientinnen als auch Therapeutinnen viel abverlangt. Diese Gruppe bietet Gruppentherapeuten auch einen einzigartigen Blickwinkel, durch den sie etwas über Gruppenprozesse, Gruppendynamik und Gruppenleitung lernen können, was ihnen in ihrer gesamten klinischen Arbeit von Nutzen sein wird. Die für die Leitung einer solchen Gruppe erforderlichen therapeutischen Strategien und Techniken sind anspruchsvoll und komplex (siehe Kapitel 5, 6 und 7). Sobald die Ausbildungsteilnehmer diese jedoch beherrschen und wissen, wie sie sie an spezielle Therapiesituationen anpassen können, werden sie in der Lage sein, eine für jede klinische Population und in jedem Umfeld wirksame Gruppentherapie zu gestalten.

Ausbildungsteilnehmer sollten danach streben, kreative und einfühlsame Therapeuten zu sein, die wissen, wie man die Theorie in die Praxis umsetzt. Dies erfordert einfühlsame Supervisorinnen mit einem ähnlichen Verständnis (siehe Kapitel 16). Die steigende Nachfrage nach klinischer Betreuung und die Wirksamkeit und Effizienz der Gruppentherapie machen sie zur Behandlungsform der Zukunft. Gruppentherapeuten müssen so gut wie möglich auf diese Entwicklung vorbereitet sein. Und sie müssen in der Lage sein, gut für sich selbst zu sorgen, damit sie andere weiterhin effektiv behandeln und in ihrer Arbeit einen Sinn finden können.

Da die meisten Leserinnen und Leser dieses Buches Therapeuten sind, soll dieser Text unmittelbare therapeutische Relevanz haben. Wir glauben jedoch auch, dass es für gute Therapie unabdingbar ist, mit der Welt der Forschung verbunden zu bleiben. Selbst wenn

Therapeutinnen nicht persönlich in der Forschung tätig sind, müssen sie wissen, wie die Forschung anderer zu bewerten ist.

Eine der wichtigsten Grundannahmen dieses Textes ist, dass die zwischenmenschliche Interaktion im Hier und Jetzt für eine wirksame Gruppentherapie entscheidend ist. Die tatsächlich wirksame Therapiegruppe bietet eine Arena, in der Klienten frei mit anderen interagieren können und dann den Mitgliedern helfen, zu erkennen und zu verstehen, was in ihren Interaktionen schiefläuft. Letztlich befähigt die Gruppe unsere Klientinnen dazu, diese maladaptiven Muster zu verändern. Wir sind der Meinung, dass Gruppen, die ausschließlich auf anderen Annahmen beruhen, wie z.B. psychoedukativen oder kognitiv-verhaltenstherapeutischen Prinzipien, nicht die volle therapeutische Wirkung entfalten können. Jede dieser Formen der Gruppentherapie kann durch die Einbeziehung des Bewusstseins für zwischenmenschliche Prozesse effektiver gestaltet werden. In diesem Text erörtern wir eingehend das Ausmaß und die Art des interaktionsfokalen Fokus und seine Fähigkeit, bedeutende charakterliche und zwischenmenschliche Veränderungen herbeizuführen. Der interaktionsfokale Fokus ist der Motor der Gruppentherapie, und Therapeuten, die in der Lage sind, ihn zu nutzen, sind viel besser für alle Formen der Gruppentherapie gerüstet, selbst wenn das Gruppenmodell die zentrale Bedeutung der Interaktion nicht betont oder anerkennt (siehe Kapitel 15).

Mein (IY) Roman *Die Schopenhauer-Kur* kann als Begleitband zu diesem Text dienen: Er spielt in einer Therapiegruppe und veranschaulicht viele der Prinzipien des Gruppenprozesses und der Techniken, die im vorliegenden Text vorgestellt werden. Daher verweisen wir in dieser Ausgabe an mehreren Stellen auf

Abschnitte aus *Die Schopenhauer-Kur*, die fiktionalisierte Darstellungen von Therapietechniken bieten.

Zu dicke Bände landen oft in den Regalen für Nachschlagewerke. Um dieses Schicksal zu vermeiden, haben wir darauf verzichtet, diesen Text in die Länge zu ziehen. Die Hinzufügung von viel neuem Material hat uns daher gezwungen, ältere Abschnitte und Zitate zu strei-

chen. Dies war eine schmerzhafte Aufgabe, und die Streichung vieler verworfener Passagen hat nicht nur unsere Finger, sondern auch unsere Herzen gequält. Aber wir hoffen, das Ergebnis ist ein zeitgemäßes und aktuelles Werk, das Ausbildungsteilnehmern und Praktikerinnen in den nächsten fünfzehn Jahren und darüber hinaus dienen wird.

Danksagungen

(Irvin Yalom)

Ich bin der Stanford University dankbar, dass sie mir die akademische Freiheit und die Recherchemöglichkeiten zur Verfügung gestellt hat, die ich für diese Arbeit brauchte. Und ich danke auch einem meisterhaften Mentor, Jerome Frank, der mich in die Gruppentherapie eingeführt hat und mir ein Vorbild an Integrität und Hingabe war. Mehrere Personen haben bei dieser sechsten Überarbeitung mitgeholfen, indem sie Kapitel dieses Bandes gelesen und konstruktiv kritisiert haben: Ruthellen Josselson, Ph.D., Meenakshi Denduluri, M.D., und mein Sohn, Ben Yalom, der mehrere Kapitel meisterhaft redigiert hat. Und schließlich bin ich den Mitgliedern meiner eigenen leiterlosen Therapeutengruppe dankbar, die meinen Glauben an die Kraft und Wirksamkeit einer therapeutischen Gruppe immer wieder bestärken.

(Molyn Leszcz)

Ich danke der psychiatrischen Abteilung der Universität Toronto und dem Mount Sinai Hospital für die Unterstützung bei der Fertigstellung dieses Projekts. Zu den Kollegen aus

Toronto, die zu dieser Ausgabe beigetragen und ihre Fertigstellung erleichtert haben, gehören Lesley Wiesenfeld, M.D., Joel Sadavoy, M.D., Danny Silver, M.D., Paula Ravitz, M.D., Jan Malat, M.D., Roisin Byrne, M.D., Smrita Grewal, M.D., Robert Maunder, M.D., und Jon Hunter, M.D. Zu den gruppentherapeutischen Kollegen, deren Beiträge von großem Wert waren, gehören Gary Burlingame, Ph.D., Greg Crosby, MSW, Haim Weinberg, Ph.D., Martyn Whittingham, Ph.D., und Steinar Lorentzen, Ph.D. Liz Königshaus erledigte die mühsame Aufgabe der Zusammenstellung der vielen Referenzen und Zitate mit enormer Effizienz und unerschütterlicher Liebenswürdigkeit. Marie Maguire leistete wesentliche administrative Hilfe. Meine Kinder Benjamin, Talia und Noah Leszcz und meine Frau Bonny Leszcz unterstützten mich während der gesamten Zeit durch ihr Verständnis und ihre Ermutigung.

Beide sind wir Lisa Kaufman sehr dankbar für ihre sorgfältige und umfassende Bearbeitung unseres Textes.

KAPITEL 1

Die therapeutischen Faktoren

Hilft Gruppentherapie Klienten? Natürlich tut sie das. Überzeugende Ergebnisstudien belegen durchgängig und eindeutig, dass Gruppentherapie eine sehr wirksame Form psychotherapeutischer Arbeit ist. Sie steht der Einzeltherapie in ihrer Fähigkeit, Klienten zu befriedigenden Therapieresultaten zu verhelfen, nicht nur nicht nach, sondern ermöglicht auch eine effizientere Nutzung der Ressourcen der psychischen Gesundheitsversorgung.¹ Doch paradoxe Weise haben die Ausbildungprogramme für psychosoziale Fachkräfte die Ausbildung in Gruppentherapie reduziert.* Dies ist sehr bedenklich: Wir müssen sicherstellen, dass unsere Gruppentherapien auf einem hohen Qualitätsniveau durchgeführt werden, wenn wir die gewünschte Wirkung erzielen wollen, die unsere Klienten benötigen.² In diesem Text werden wir uns auf die Gruppenfaktoren und die Eigenschaften der Gruppenleiter konzentrieren, die zur therapeutischen Wirksamkeit beitragen.

Doch wie hilft Gruppentherapie Klienten? Vielleicht ist das eine naive Frage. Doch wenn wir sie mit einer gewissen Genauigkeit und Sicherheit beantworten könnten, stünde uns ein zentrales Organisationsprinzip zur Verfügung,

mit dessen Hilfe wir eine Chance hätten, einige der bedrückendsten und umstrittensten Probleme der Psychotherapie zu lösen. Wenn wir die entscheidenden Aspekte des Veränderungsprozesses kennen, verfügen wir über eine rationale Grundlage für die Entwicklung einer Taktik und Strategie zur Beeinflussung des Gruppengeschehens und zur Maximierung seiner Wirkung bei unterschiedlichen Klienten und in unterschiedlichen Zusammenhängen. Obwohl die Gruppentherapie funktioniert, gibt es große Unterschiede in der Wirksamkeit der Therapeuten.³ Zu verstehen, wie man die therapeutischen Prozesse am besten umsetzt, ist das Herzstück einer effektiven Gruppentherapiearbeit. Glücklicherweise gibt es viele Hinweise aus der Forschung, die uns weiterhelfen. Erfahrung allein führt nicht zu größerer Wirksamkeit. Was aber dann? Bewusstes Üben, Selbstreflexion, Feedback zur eigenen Praxis und die kluge Nutzung einer empathischen und gut abgestimmten therapeutischen Beziehung.⁴

Wir gehen davon aus, dass die therapeutische Veränderung ein enorm komplexer Prozess ist, der sich durch ein kompliziertes Zusammenspiel menschlicher Erfahrungen vollzieht, die wir als »therapeutische Faktoren« bezeichnen werden. Es ist von großem Vorteil, sich dem Komplexen durch das Einfache anzunähern; dem Gesamtphänomen durch seine grundlegenden Teilprozesse. Deshalb beginnen

* Anm. zur dt. Ausgabe: Diese Aussage spiegelt nicht die Situation im deutschsprachigen Raum wider. Im Gegenteil, in Deutschland werden derzeit Gruppentherapieangebote gezielt gefördert.

wir mit einer Beschreibung und Untersuchung dieser elementaren Faktoren.

Nach unserer Auffassung lässt sich das Geschehen in der Gruppentherapie aufgrund natürlicher Gegebenheiten in elf Primärfaktoren unterteilen:

1. Hoffnung wecken
2. Universalität des Leidens
3. Mitteilen von Informationen
4. Altruismus
5. Korrigierende Rekapitulation des Geschehens in der primären Familiengruppe
6. Entwicklung von sozialer Kompetenz
7. Imitationsverhalten
8. Interpersonelles Lernen
9. Gruppenkohäsion
10. Katharsis
11. Existenzielle Faktoren

Im weiteren Verlauf dieses ersten Kapitels werden wir die ersten sieben der genannten Faktoren erläutern. *Interpersonelles Lernen* und *Gruppenkohäsion* sind so wichtig und komplex, dass wir sie in den nächsten beiden Kapiteln getrennt behandeln werden. *Existenzielle Faktoren* werden im vierten Kapitel behandelt, weil sie in Zusammenhang mit dem dort vorgestellten Material am besten verständlich werden. *Katharsis* ist mit anderen therapeutischen Faktoren eng verwoben und wird ebenfalls im vierten Kapitel erläutert.

Die Unterscheidung zwischen den einzelnen Faktoren ist in gewisser Weise willkürlich; und obwohl wir sie einzeln besprechen, sind sie interdependent und kommen weder einzeln vor, noch können sie isoliert wirksam werden. Außerdem repräsentieren sie verschiedene Teile des Veränderungsprozesses: Einige Faktoren (beispielsweise Interpersonelles Lernen) wirken auf der Ebene der Kognition; an-

dere (beispielsweise die Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs) wirken auf der Ebene der Veränderung von Verhalten; und wieder andere (beispielsweise Katharsis) wirken auf der Ebene der Emotion; und schließlich gibt es Faktoren (beispielsweise den der Gruppenkohäsion), die man vielleicht zutreffender sowohl als therapeutische Kraft als auch als Vorbedingungen für eine Veränderung bezeichnen sollte. Obwohl die gleichen therapeutischen Faktoren in jeder Art von Therapiegruppe wirksam sind, variieren ihr Zusammenspiel und ihr Gewicht je nach Art der Gruppe sehr stark. Außerdem können die verschiedenen Mitglieder ein und derselben Gruppe aufgrund ihrer individuellen Unterschiede aus sehr unterschiedlichen therapeutischen Faktoren Nutzen ziehen.⁵

Obwohl die therapeutischen Faktoren im Grunde willkürliche Konstrukte sind, können sie uns dennoch so etwas wie eine kognitive Landkarte zur Verfügung stellen.⁶ Die in diesem Buch beschriebene Zusammenstellung therapeutischer Faktoren ist kein Dogma, und andere Psychotherapeuten und Forscher haben andere, ebenso willkürliche, Zusammenstellungen therapeutischer Faktoren entwickelt. Ein Forscherteam geht davon aus, dass es einen zentralen therapeutischen Faktor gibt: die Hoffnung des Klienten, dass sich seine Fähigkeit, sich emotional auszudrücken und sich seiner Beziehungen bewusst zu sein, in sozialem Lernen umsetzen lassen.⁷ Kein Erklärungsansatz vermag alles zu erfassen, was Therapie beinhaltet. Da der Therapieprozess in seinem Kern unvorstellbar komplex ist, gibt es eine unüberschaubare Zahl von Möglichkeiten, ihn zu erleben. (Auf alle hier angeschnittenen Fragen werden wir in Kapitel 4 ausführlicher eingehen, einschließlich der Entwicklung von den ursprünglichen 12 therapeutischen Faktoren,

die zuerst untersucht wurden, zu den 11 Faktoren, auf die wir jetzt eingehen.)

Das Spektrum der von uns vorgeschlagenen therapeutischen Faktoren sind aus unserer klinischen Erfahrung, aus der Erfahrung anderer Therapeuten, aus den Ansichten von Klienten, die erfolgreich in der Gruppentherapie behandelt wurden, und aus relevanten Ergebnissen systematischer Untersuchungen hervorgegangen. Keine dieser Quellen ist über jeden Zweifel erhaben; weder Gruppenmitglieder noch Gruppenleiter sind völlig objektiv und unsere Forschungsmethoden sind oft in ihrem Geltungsbereich begrenzt.

Gruppentherapeuten liefern uns divergierende und in sich unstimmige Aufzählungen therapeutischer Faktoren, die sich auf die Untersuchung eines breiten Spektrums von Klienten und Gruppen gründen. Therapeuten sind keineswegs unparteiische oder unvoreingenommene Beobachter, denn jeder von ihnen hat viel Zeit und Energie auf das Erlernen eines bestimmten therapeutischen Ansatzes verwendet. Ihre Antworten sind weitgehend von der Schule geprägt, der sie sich zugehörig fühlen – der Loyalitätseffekt.⁸ Selbst zwischen Therapeuten der gleichen theoretischen Überzeugung, die »die gleiche Sprache sprechen«, herrscht nicht immer Einigkeit darüber, aus welchen Gründen Klienten Fortschritte machen. Doch das überrascht uns nicht. In der Geschichte der Psychotherapie gibt es eine große Zahl erfolgreicher Heiler, die aus völlig anderen Gründen Erfolg hatten, als sie selbst annahmen. Welcher Therapeut hätte noch keinen Klienten gehabt, der aus völlig rätselhaften Gründen riesige Fortschritte mache?

Eine wichtige Informationsquelle sind die Angaben der Gruppenmitglieder zu den therapeutischen Faktoren, die ihnen selbst als die nützlichsten oder die am wenigsten nützli-

chen erschienen sind. Die Forscher werfen weiterhin wichtige Fragen zur Untersuchung therapeutischer Faktoren auf: Wirken sich die therapeutischen Faktoren auf alle Gruppenmitglieder auf die gleiche Weise aus? Was beeinflusst die Reaktionen unserer Klienten – vielleicht die Beziehung zum Therapeuten oder zur Gruppe? Wie sieht es mit der Qualität oder Tiefe der Sitzung aus?⁹ Darüber hinaus hat die Forschung nachgewiesen, dass die therapeutischen Faktoren, die Gruppenmitglieder für wichtig halten, völlig andere sein können, als ihre Therapeuten oder Beobachter für wichtig halten.¹⁰ Die Reaktionen der Gruppenmitglieder können auch durch eine ganze Reihe anderer Variablen beeinflusst werden: die Art der Gruppe (d.h. ambulant, stationär, Tagesklinik, Kurztherapie)¹¹, das Alter und die Diagnose des Klienten¹², sein Motivationsgrad, sein Bindungsstil¹³, die Ideologie des Gruppenleiters¹⁴ und die Art und Weise, in der die Gruppenmitglieder dasselbe Ereignis auf unterschiedliche Weise erleben und sich gegenseitig beeinflussen.¹⁵

Trotzdem sind Berichte von Klienten eine ergiebige Informationsquelle, die relativ wenig genutzt wird. Schließlich geht es um ihr Erleben und Erfahren, und je weiter wir uns als Therapeuten davon entfernen, umso fragwürdiger werden unsere Schlussfolgerungen. Natürlich nimmt der Klient bestimmte Aspekte des Veränderungsprozesses nicht wahr, doch wäre es eine gefährliche Fehlentscheidung, deshalb das, was er sagt, völlig zu ignorieren. Schriftlich verfasste Berichte und die Beantwortung von Fragebögen liefern zwar auf unkomplizierte Weise Informationen, doch erfassen sie häufig nicht die Nuancen und die Vielfalt dessen, was der Klient erlebt hat. Klienten aussagekräftige Berichte zu entlocken, ist eine Kunst. Je besser sich der Fragende in das Erleben eines Klienten

hineinversetzen kann, umso klarer und bedeutsam wird dessen Bericht darüber, was er in der Therapie erlebt hat.

Abgesehen von der Sichtweise des Therapeuten und den Berichten des Klienten gibt es noch einen dritten wichtigen Aspekt, der zur Einschätzung der relevanten therapeutischen Faktoren beitragen kann: systematische Forschung. Die am weitesten verbreitete Forschungsstrategie besteht darin, die in der Therapie als relevant erkannten Variablen nach Abschluss der Therapie zum tatsächlich erzielten Therapieerfolg in Beziehung zu setzen. In dem man feststellt, welche Variablen in signifikanter Korrelation zum Therapieerfolg stehen, kann man eine rationale Grundlage für die Definition relevanter therapeutischer Faktoren schaffen. Allerdings ist diese Vorgehensweise mit vielen Problemen behaftet: Schon die Erfolgsmessung an sich ist ein methodologischer Morast, und die Variablen auszuwählen und zu messen ist ebenso problematisch.¹⁶

Um die im vorliegenden Buch erörterten therapeutischen Faktoren herauszukristallisieren, haben wir uns aller genannten Methoden bedient. Trotzdem sehen wir das Ergebnis, zu dem wir auf diese Weise gelangt sind, nicht als »der Weisheit letzten Schluss« an, sondern wir verstehen es als eine Art zeitweiliger Orientierungshilfe, als etwas, das andere überprüfen und vertiefen können.

Hoffnung wecken

Die Forschung hat immer wieder gezeigt, dass Hoffnung zu wecken und zu erhalten in jeder Psychotherapie sehr wichtig ist. Mehrere Studien haben gezeigt, dass eine hohe Erwartungshaltung des Klienten in Bezug auf Hilfe signifikant mit einem positiven Therapieer-

gebnis korreliert ist.¹⁷ Man denke in diesem Zusammenhang auch an die eindrucksvollen Ergebnisse von Untersuchungen, in denen die Wirksamkeit des Gesundbetens und von Placebo-Behandlung dokumentiert wurde – also von Therapien, deren Wirkung ausschließlich auf Hoffnung und Glauben beruht. Das Vorhandensein von Hoffnung vertieft das Engagement der Klienten für die Arbeit der Gruppe.¹⁸ In einer Psychotherapie ist ein positives Behandlungsergebnis wahrscheinlicher, wenn Klient und Therapeut hinsichtlich der Behandlung ähnliche und positive Erwartungen haben.¹⁹ Erwartungen wirken nicht nur auf die Vorstellung. *Brain-Imaging*-Untersuchungen haben gezeigt, dass ein Placebo keineswegs immer völlig unwirksam ist, sondern durchaus unmittelbar physiologisch auf das Gehirn wirken kann.²⁰

Gruppentherapeuten können diesen Faktor nutzen, indem sie alles ihnen Mögliche tun, um den Glauben ihrer Klienten an die Wirksamkeit der gruppentherapeutischen Behandlungsmethode zu stärken. Diese Aufgabe beginnt vor der eigentlichen Gruppenarbeit, nämlich während der Einführung in die Gruppentherapie, in deren Verlauf der Therapeut positive Erwartungen verstärkt, negative Vorurteile korrigiert und auf klare und überzeugende Weise erklärt, inwiefern die Gruppe zu heilen vermag. Dies sollte speziell mit einer zugänglichen und kulturell resonanten Erklärung der Schwierigkeiten des Klienten verbunden sein. (Die Vorbereitungsphase vor Beginn der Gruppentherapie wird in Kapitel 10 ausführlich erläutert.)

Die Gruppentherapie nutzt nicht nur die allgemein zustandsverbessernde Wirkung positiver Erwartungen, sondern profitiert auch von einer Quelle der Hoffnung, die nur im Falle einer Gruppentherapie ihre Wirkung entfaltet.

In Therapiegruppen gibt es immer Teilnehmer, die sich an unterschiedlichen Punkten des Problembewältigungs-Zusammenbruchs-Kontinuums befinden. Jedes Gruppenmitglied hat starken Kontakt zu anderen, oft mit ähnlichen Problemen kämpfenden Mitgliedern, die aufgrund der Therapie Fortschritte erzielt haben. Ich habe Klienten oft am Ende ihrer Gruppentherapie sagen hören, es sei für sie ungeheuer wichtig gewesen mitzuerleben, wie andere sich positiv entwickelten.

Gruppentherapeuten sollten sich keinesfalls darüber erhaben fühlen, diesen Faktor zu nutzen, indem sie die Aufmerksamkeit der Gruppe immer wieder auf die Fortschritte einzelner Mitglieder richten. Wenn uns beispielsweise Gruppenteilnehmer, die ihre Therapie kürzlich beendet haben, über die weitere Verbesserung ihres Zustands berichten, legen wir stets Wert darauf, dies der Gruppe, mit der wir aktuell zusammenarbeiten, mitzuteilen. Oft übernehmen ältere Gruppenmitglieder diese Funktion, indem sie neu hinzugekommenen und noch skeptischen Mitgliedern aus eigenem Antrieb über derartige Erfolge berichten.

Ein anschauliches Beispiel fand in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik statt:

Betty, eine 86-jährige depressive Frau, die Veränderungen ablehnte, besuchte ihre erste Gruppe. Nichts, was die Gruppenleiter an Vorbereitung oder Ermutigung boten, konnte die bemerkenswerte Wirkung des 88-jährigen Gruppenmitglieds Sarah übertreffen. Sie begrüßte die Neuangekommene auf folgende Weise: »Willkommen in der Gruppe, Betty. Wenn Sie so sind wie ich, dann ist dies der letzte Ort, an dem zu landen Sie jemals gedacht hätten. Und wahrscheinlich sind Sie nur hier, weil Ihre Toch-

ter Sie gezwungen hat zu kommen. Aber lassen Sie mich Ihnen etwas sagen. Dies ist ein ganz besonderer Ort. Hierher zu kommen hat mein Leben verändert. Ich stehe kurz vor meinem Abschluss, aber ich nehme so viel mit – ich gehe mit einem Täschchen voller Juwelen, die mir in meinem Leben außerhalb dieses Programms helfen werden. Ich habe erfahren, wie schlimm es ist, einsam zu sein, ich habe gelernt, wie ich um Hilfe bitten und auf Menschen zugehen kann, und ich habe gelernt, dass ich die Zuwendung und Aufmerksamkeit der Menschen verdiene. Glauben Sie mir, das wird auch bei Ihnen so sein, wenn Sie hierher kommen und mitmachen.

Wie die Forschung gezeigt hat, ist es auch von entscheidender Bedeutung, dass die Therapeuten an sich selbst und an die Wirksamkeit ihrer Gruppe glauben, dass die Gruppentherapie in der Lage ist, jedem motivierten Klienten zu helfen, der bereit ist, mindestens sechs Monate lang in der Gruppe mitzuarbeiten. Das Gefühl der eigenen therapeutischen Wirksamkeit muss unbedingt genährt und aufrechterhalten werden (siehe Kapitel 16 für weitere Informationen über die Selbstfürsorge von Therapeuten).²¹ In den ersten Sitzungen mit den Klienten teilen wir unsere Überzeugung mit ihnen und versuchen, sie mit unserem Optimismus zu inspirieren.

Viele Selbsthilfegruppen (Gruppen für Eltern, die ein Kind verloren haben, für gewalttätige Männer, für Inzestopfer, für Krebspatienten und ihre Familien, für Menschen mit Depressionen und Bipolaren Störungen und für Patienten nach einer Herzoperation) verlassen sich stark auf die Wirkung des Hoffnung-Weckens.²² In Zwölf-Schritte-Gruppen wie den Anonymen Alkoholikern, Narcotics Anony-

mous und Overeaters Anonymous, beginnen die meisten Meetings damit, dass ein Mitglied den anderen Mitgliedern seine Geschichte von »Erfahrung, Stärke und Hoffnung« erzählt. Erfolgreiche Mitglieder erzählen ihre Geschichte vom Absturz und der anschließenden Genesung mithilfe des »Programms« immer wieder, nicht nur, um neuen Mitgliedern Hoffnung zu geben, sondern auch, um sich selbst daran zu erinnern, dass das Leben »immer besser« werden kann, wenn sie weiterhin nüchtern bleiben. Eine der großen Stärken der Anonymous Alkoholiker ist die Tatsache, dass die Gruppen von Mitgliedern und nicht von Fachleuten geleitet werden; die Redner, die Leiter der Meetings und andere leitende Personen sind alle genesende Alkoholiker – eine lebende Inspiration für die anderen.

Einige Programme zur Behandlung von Drogenmissbrauch mobilisieren auch die Hoffnung der Teilnehmer, indem sie genesende Drogenabhängige als Peer-Gruppenleiter einsetzen. Viele Programme wurden von genesenden Süchtigen gegründet und/oder werden von solchen Personen geleitet, die inzwischen professionelle Berater und Therapeuten geworden sind. Der Kontakt mit Menschen, die den gleichen Weg gegangen sind und den Weg zurück gefunden haben, inspiriert die Gruppenmitglieder und steigert ihre Erwartungen. Selbsthilfegruppen für Menschen mit chronischen Krankheiten wie Arthritis und Herzkrankheiten nutzen ebenfalls geschulte Betroffene, um die Mitglieder zu ermutigen, sich aktiv mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen.²³ Die Anregungen, die die Teilnehmer von den Mitbetroffenen erhalten, sind ein wichtiger Teil des Therapieprozesses. Diese Gruppen verbessern die medizinischen Ergebnisse, senken die Gesundheitskosten, fördern das Gefühl der Selbstwirksamkeit des Einzelnen und

machen Gruppeninterventionen oft wirksamer als Einzeltherapien.²⁴

Universalität des Leidens

Viele Menschen haben zu Beginn einer Gruppentherapie das Gefühl, sie seien in ihrem Elend einzigartig und nur sie allein hätten bestimmte erschreckende oder Abwehr auslösende Probleme, Gedanken, Impulse und Fantasien. Dies gilt mehr oder minder für uns alle, doch haben viele Klienten aufgrund ihrer extrem sozialen Isolation verstärkt das Gefühl, dass ihre spezielle Situation einzigartig sei. Weil sie so große Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen haben, ist es ihnen nicht möglich, echte und tief gehende Nähe zuzulassen. Deshalb merken sie im Alltag nicht, dass andere ähnliche Gefühle haben und Ähnliches erleben wie sie. Und sie sind auch nicht in der Lage, die Gelegenheit zu nutzen, sich anderen Menschen anzuvertrauen und dadurch letztendlich von diesen bestätigt und akzeptiert zu werden.

In Therapiegruppen wirkt die Entkräftung des Gefühls der Einzigartigkeit insbesondere im Anfangsstadium der Arbeit sehr entlastend. Nachdem die Klienten andere Gruppenmitglieder über Probleme haben sprechen hören, die ihren eigenen stark ähneln, fühlen sie sich nach eigenen Äußerungen manchmal stärker in Kontakt mit der Welt und sie beschreiben den Gruppenprozess als ein Erlebnis der »Wiederaufnahme in die menschliche Gesellschaft«. Vereinfacht ausgedrückt kommt dieses Phänomen auch in Redensarten wie »Wir sitzen alle im gleichen Boot« oder auch in dem zynischen Satz »Not liebt Gesellschaft« zum Ausdruck. Für einige Klienten ist das Gefühl, ein Mensch unter anderen Menschen zu sein, der

Beginn der Genesung und ein zentrales Merkmal des heilenden Kontextes, den Gruppentherapeuten schaffen wollen.²⁵

Nichts, was Menschen tun oder denken, ist anderen Menschen völlig fremd. Wir haben gehört, wie Gruppenmitglieder Handlungen wie Inzest, Folter, Einbruch, Unterschlagung, Mord, Selbstmordversuche und Fantasien über noch schrecklichere Taten eingestanden haben. Jedes Mal zeigte sich, dass andere Gruppenmitglieder sich den Bekennenden sehr nahe fühlten und dass sie offen zugaben, selbst auch zu solchen Handlungen fähig zu sein. In vielen Fällen wurden die Betreffenden durch das Vertrauen und den Mut des Bekenners sogar dazu angespornt, sich selbst ebenfalls zu offenbaren. Hilfe in Form einer Relativierung der Einzigartigkeit persönlichen Leidens spielt nicht nur in der Gruppentherapie eine Rolle, sondern die implizite oder explizite Thematisierung der Universalität des Leidens hat auch in der Einzeltherapie eine wichtige Funktion, wobei in diesem Zusammenhang die konsensuelle Einschätzung der bestehenden Probleme jedoch schwieriger ist, weil Therapeuten ihren Klienten gegenüber nur sehr wenig über sich selbst und ihre Situation offenbaren.

Während meiner eigenen (IY) sechshundert Stunden umfassenden Einzelanalyse habe ich einmal eindrucksvoll die Wirkung des therapeutischen Faktors Universalität erlebt. Ich war gerade dabei, meine extrem ambivalenten Gefühle meiner Mutter gegenüber zu beschreiben, und es machte mir sehr zu schaffen, dass ich nicht nur starke positive Empfindungen ihr gegenüber hatte, sondern ihr gleichzeitig den Tod wünschte, weil ich dann einen Teil ihres Besitzes erben würde. Mein Analytiker kommentierte dies nur mit der simplen Feststellung: »So sind wir eben.« Diese ungeschminkte Äußerung erleichterte mich nicht

nur, sondern ermöglichte mir auch, mich gründlicher mit meiner Ambivalenz auseinanderzusetzen.

Trotz der fraglosen Komplexität und Spezifität menschlicher Probleme sind gewisse Gemeinsamkeiten zwischen Menschen deutlich zu erkennen und die Mitglieder einer Therapiegruppe merken schnell, in welcher Hinsicht sie den übrigen Gruppenteilnehmern ähneln. Das folgende Beispiel veranschaulicht dies: Seit vielen Jahren bitte ich die Mitglieder von T-Gruppen (Ausbildungsgruppen für Fachkräfte, die keine Klienten sind – z.B. Medizinstudenten, Ärzte in der psychiatrischen Facharztausbildung, Krankenpflegepersonal, Psychiatriehelfer und *Peace-Corps*-Freiwillige), bei einer »*Top-Secret*«-Aufgabe mitzuwirken. Die Betreffenden werden aufgefordert, anonym auf einem Zettel ihr größtes Geheimnis zu notieren, das sie in der Gruppe auf keinen Fall preisgeben wollen. Die Geheimnisse, die auf diese Weise zu Papier gebracht werden, ähneln einander in erstaunlichem Maße und einige Themen wiederholen sich ständig. Am häufigsten wird der tiefen Überzeugung Ausdruck gegeben, man sei generell unzulänglich – dem Gefühl, man sei im Grunde völlig unfähig und mogele sich mittels Bluff durch das Leben. Als zweithäufigstes Geheimnis wird ein tiefes Gefühl der Entfremdung von anderen Menschen genannt – das Gefühl, man empfinde entgegen allem äußeren Anschein keine echte Liebe und Zuneigung einem anderen Menschen gegenüber und sei dazu auch gar nicht in der Lage. Am dritthäufigsten werden persönliche Geheimnisse sexueller Art genannt. Diese drei größten Sorgen sind identisch mit den wichtigsten Problembereichen von Menschen, die psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe suchen. Fast ausnahmslos haben unsere Klienten Probleme mit ihrem Selbstwertge-

fühlt und mit ihrer Fähigkeit, zu anderen Menschen in Beziehung zu treten.*

Einige sehr spezielle Gruppen, für deren Mitglieder Geheimhaltung ein besonders wichtiger und isolierend wirkender Faktor war, messen ihrer Ansicht über die Universalität des Leidens besonders großen Wert bei. Dies kann Stigmatisierung und Scham entgegenwirken. Für solche Menschen kann die Gruppentherapie wirkungsvoller sein als eine Einzeltherapie. So machen strukturierte Kurzzeitgruppen für Bulimiker die Selbstoffenbarung zur Pflicht, insbesondere Äußerungen über das eigene Körperbild und ausführliche Berichte über Essrituale und Praktiken zur Beschleunigung der Ausscheidung. Fast ausnahmslos zeigen sich die Mitglieder solcher Gruppen sehr erleichtert, wenn sie merken, dass sie sich nicht als Einzige so verhalten, sondern dass andere die gleichen Dinge erleben wie sie und sich in der gleichen Zwickmühle befinden.²⁶

Auch Mitglieder von Gruppen sexuell Missbrauchter profitieren sehr vom Erleben der Universalität ihrer Probleme.²⁷ Ein wichtiger Bestandteil der Arbeit dieser Gruppen ist, dass deren Mitglieder oft zum ersten Mal in ihrem Leben anderen Menschen Einzelheiten über den erlebten Missbrauch und über die anschließenden verheerenden Empfindungen mitteilen. In einer aktuellen Studie wurden

Gruppen- und Einzelpsychotherapie für sexuell missbrauchte kongolesische Frauen verglichen, die unter Scham, Stigmatisierung und sozialer Isolation litten. Die Gruppentherapie führte zu deutlicheren und dauerhafteren positiven Ergebnissen als die Einzeltherapie.²⁸

Mitglieder homogener Gruppen können besonders authentisch miteinander reden, weil ihnen allen bestimmte Erfahrungen gemeinsam sind. Dies ermöglicht eine Authentizität in der Kommunikation, zu der die Therapeuten selbst nicht immer in der Lage sind. So habe ich (ML) zu Beginn meiner Arbeit als Gruppentherapeut einmal eine Gruppe für depressive Männer im Alter zwischen 70 und 80 Jahren geleitet. In einer Sitzung hatte ein 77-jähriger Mann, der kurz vorher seine Frau verloren hatte, erklärt, er denke daran, sich umzubringen. Als wesentlich jüngerer Mann zögerte ich, weil ich fürchtete, was immer ich sagen würde, könnte mich als naiven Grünschnabel erscheinen lassen. Dann meldete sich ein 91-Jähriger zu Wort und beschrieb, wie er nach dem Tod seiner Frau, mit der er 60 Jahre zusammengelebt hatte, völlig verzweifelt gewesen sei und ebenfalls daran gedacht habe, sich umzubringen, dass es ihm jedoch irgendwann gelungen sei, dieses Tief zu überwinden und sich wieder dem Leben zuzuwenden. Diese Äußerung ging dem Leidensgenossen zu Herzen, und er konnte sie nicht so leicht als »naiv« abtun.

Da die heutigen Therapiegruppen unsere Gesellschaft mit ihrer Vielfalt an Geschlecht, sexueller Orientierung und multikultureller Zusammensetzung repräsentieren, muss der Gruppenleiter möglicherweise besonders auf das Gefühl der Universalität in diesen Gruppen achten. Kulturelle Minderheiten in einer von Weißen (bzw. Angehörigen einer bestimmten Nation) dominierten Gruppe fühlen sich auf-

* Es gibt mehrere Möglichkeiten, solche Informationen in der Gruppenarbeit zu nutzen. Sehr nützlich ist es, die anonymisierten Geheimnisse einzusammeln und die Zettel anschließend nach dem Zufallsprinzip wieder an die Gruppenmitglieder zu verteilen, sodass jeder das Geheimnis eines anderen bekommt. Dann werden alle Gruppenmitglieder aufgefordert, das Geheimnis, das sie vor sich haben, laut vorzulesen und dann zu beschreiben, wie sie sich persönlich fühlen würden, wenn sie solch ein Geheimnis hätten. Auf diese Weise lassen sich gewöhnlich sehr überzeugend Universalität, Empathie und die Verständnisfähigkeit anderer Menschen demonstrieren.

grund ihrer kulturbedingt anderen Einstellung gegenüber Selbstoffenbarung, Interaktion und dem Ausdruck von Gefühlen schnell isoliert. Die Diskussion über ethnische Zugehörigkeit, geschlechtliche Identität und sexuelle Orientierung ist eine Herausforderung und erfordert Mut, Vertrauen und Demut. Die Therapeuten müssen der Gruppe helfen, die Auswirkungen von Kultur, Unterdrückung, Marginalisierung und Privilegien auf das Persönlichkeitsgefühl jedes Einzelnen zu verstehen.²⁹

Wir müssen uns auch mit transkulturellen – d.h. universellen – Reaktionen auf menschliche Situationen und Tragödien befassen.³⁰ Nur in der Gruppentherapie können offensichtlich kulturell divergierende Individuen eine gemeinsame Basis finden – man denke nur an die starke Identifikation eines jungen, schwulen palästinensischen Mannes mit einer älteren heterosexuellen kommunistischen Frau, die beide marginalisierte Stimmen für soziale Gerechtigkeit sind. Ein Therapeut, der mit einer solchen Gruppe arbeitet, muss somit so viel wie möglich über die Kulturen und Gemeinschaften seiner Teilnehmer sowie über den Grad der Bindung an ihre Ursprungskultur lernen.³¹ Interkulturelle Kompetenz ist eng mit therapeutischer Effektivität verknüpft.³²

Die Universalität des Leidens lässt sich nicht deutlich abgrenzen; sie überschneidet sich mit ihnen. Wenn Klienten erkennen, dass sie anderen Menschen ähneln und dass diese ihre tiefsten Sorgen teilen, profitieren sie auch davon, wenn es bei der Arbeit mit diesen anderen zur Katharsis kommt und sie von den anderen Mitgliedern akzeptiert werden.

Mitteilen von Informationen

Zu dieser Kategorie zählen wir sowohl die didaktische Unterweisung der Therapeuten über seelische Gesundheit, seelische Krankheit und allgemeine Grundlagen der Psychodynamik als auch Ratschläge, Empfehlungen oder direkte Anleitungen, die entweder der Therapeut oder andere Klienten geben.

Didaktische Unterweisung

Die meisten Klienten wissen nach Abschluss einer erfolgreichen interpersonellen Gruppentherapie viel über Empathie, über die Bedeutung von Symptomen, über interpersonelle Dynamik und Gruppendynamik und über den psychotherapeutischen Prozess. Gruppentherapie fördert die emotionale Intelligenz.³³ Wir haben oft erlebt, dass studentische Beobachter von Gruppentherapien über das Wissen der Gruppenmitglieder zu diesen Schlüsselkonzepten staunen. Die meisten Gruppentherapeuten bieten keine explizite didaktische Unterweisung an, abgesehen von den ersten Sitzungen, in denen sie Anleitungen für die Arbeit im Hier und Jetzt und für das interpersonelle Feedback geben. In jüngerer Zeit haben jedoch viele gruppentherapeutische Ansätze die formelle Unterweisung oder Psychoedukation zu einem wichtigen Bestandteil ihres Programms gemacht.

Eine eindrucksvolle historische Vorläuferform der Psychoedukation wird Maxwell Jones zugeschrieben, der in den 1940er-Jahren im Rahmen seiner Arbeit mit großen Gruppen seine Klienten wöchentlich drei Stunden lang über Struktur und Funktion des Zentralnervensystems und dessen Bedeutung für psychiatrische Symptome und Störungen aufklärte.³⁴ Auch Marsh, der seine Schriften in den 1930er-

Jahren publizierte, hielt die Psychoedukation für sehr wichtig, und er organisierte in den Dreißigerjahren für seine Klienten Kurse, in denen er Vorträge hielt, Hausaufgaben stellte und Noten vergab.³⁵ Viele andere Selbsthilfegruppen legen ebenfalls großen Wert auf die Vermittlung relevanter Informationen. Gruppen wie *Wellspring* (eine Gruppe für Krebspatienten), *Parents Without Partners* (Alleinerziehende) und *Mended Hearts* (Patienten, die am Herzen operiert worden sind) fördern den Informationsaustausch zwischen ihren Mitgliedern und laden oft Fachleute zu Gruppenvorträgen ein.³⁶ Wichtig ist, in welcher Art von Umgebung das Lernen stattfindet. Die Atmosphäre in all diesen Gruppen ist von partnerschaftlichem Denken und Zusammenarbeit geprägt, also nicht von Vorschriften und Unterordnung bestimmt.

In der zeitgenössischen gruppentherapeutischen Literatur wird eine große Zahl spezieller Gruppen für bestimmte Leiden oder Störungen und für bestimmte Lebenskrisen beschrieben: beispielsweise Gruppen für Patienten mit einer Panikstörung,³⁷ Übergewicht,³⁸ Bulimie,³⁹ Scheidungsproblemen,⁴⁰ Herpes,⁴¹ Koronarerkrankungen,⁴² für Eltern missbrauchter Kinder,⁴³ für Täter familiärer Gewalt,⁴⁴ Trauernde,⁴⁵ Aids-Kranke und HIV-Positive,⁴⁶ Menschen mit sexuellen Funktionsstörungen,⁴⁷ Vergewaltigungsoptfer,⁴⁸ für die Anpassung des Selbstbilds nach einer Brustamputation,⁴⁹ für Patienten mit chronischen Schmerzen,⁵⁰ für Patienten, die eine Organtransplantation erhalten haben,⁵¹ Gruppen für die Rückfallprävention bei Depression,⁵² Patienten mit einer Autismus-Spektrum-Störung,⁵³ Eltern von Kindern mit Autismus, Menschen mit geistigen Behinderungen,⁵⁴ solche, die eine genetische oder familiäre Veranlagung haben, an Krebs zu erkranken,⁵⁵ und natürlich die explosions-

artige Zunahme von Online- und Social-Media-Gruppen, die sich mit einer Vielzahl von Problemen befassen.⁵⁶

Diese Gruppen ermöglichen ihren Mitgliedern nicht nur, einander zu unterstützen, sondern beinhalten gewöhnlich auch eine psychoedukative Komponente, da sie die Mitglieder genau über das Wesen ihrer Krankheit oder ihrer speziellen Lebenssituation informieren und ihnen helfen, sich mit eventuellen falschen Vorstellungen über ihre Krankheit und mit wenig hilfreichen Reaktionsweisen auf diese auseinanderzusetzen. Beispielsweise beschreiben die Leiter von Gruppen für Klienten mit Panikstörungen die physiologische Ursache von Panikanfällen: dass starker Stress und ein erhöhtes Erregungsniveau die Adrenalinproduktion verstärken, was Hyperventilation, Kurzatmigkeit und Schwindelgefühle hervorrufen kann.

Der Gruppenleiter hebt dann hervor, dass der Klient diese Symptome oft falsch deutet (»Ich sterbe« oder »Ich werde verrückt«), wodurch ein Teufelskreis entsteht. Für die Leiter solcher Gruppen ist es hilfreich zu erläutern, dass Panikattacken nicht gefährlich sind und die Gruppenmitglieder dann dazu anzuleiten, einen leichten Panikanfall auszulösen, und ihnen anschließend beizubringen, Panikattacken zu vermeiden. Sie lehren sie, bestimmte Atemtechniken richtig einzusetzen, und schulen sie in der Technik der progressiven Muskelentspannung. Sie können die gesamte Gruppe auffordern, sich an der Übung zu beteiligen, um das in Panik geratene Mitglied zu unterstützen.⁵⁷

Gruppen sind oft der Rahmen, in dem Methoden der Stressverringerung mithilfe der Achtsamkeitsmeditation vermittelt werden. Durch die Entwicklung einer disziplinierten Fokussierung lernen die Mitglieder, ihre Ge-

danken und Gefühle klar, akzeptierend und nicht urteilend zu beobachten und so ihren Stress, ihre Angst und ihre Anfälligkeit für Depression zu verringern.⁵⁸

Leiter von Gruppen für Trauernde können die Teilnehmer über den natürlichen Trauerzyklus informieren, um ihnen klarzumachen, dass der Schmerz, den sie durchleben, einer bestimmten Entwicklung folgt und dass ihr Kummer im Laufe dieser Sequenz ganz natürlich und fast zwangsläufig abklingen wird. Beispielsweise helfen die Gruppenleiter ihren Klienten, sich auf den starken Schmerz einzustellen, den sie im ersten Jahr nach dem Trauerfall zu bestimmten Zeitpunkten, etwa bestimmten Feiertagen, Jahrestagen oder Geburtstagen, spüren werden.⁵⁹ Psychoedukative Gruppen für Frauen mit primärem Brustkrebs informieren diese über ihre Krankheit, über Behandlungsmöglichkeiten sowie über zukünftige Risiken und geben ihnen Empfehlungen für die Entwicklung einer gesunden Lebensweise, wenn man mit Krebs lebt. Untersuchungen über Gruppen dieser Art haben ergeben, dass die Teilnehmerinnen deutlich und dauerhaft von ihnen profitieren.⁶⁰

Die meisten Gruppenpsychotherapeuten bereiten ihre Klienten in irgendeiner Weise auf die oft beängstigend wirkende Situation des Eintritts in eine Psychotherapiegruppe vor, beispielsweise in Form einer Vorbereitungssitzung, in der wichtige Gründe für eine psychische Dysfunktion geklärt werden und in denen die angehenden Gruppenmitglieder Methoden der Selbsterforschung erlernen.⁶¹ Indem wir den Klienten zu erwartende Ängste voraussagen und ihnen Verständnisgrundlagen liefern, helfen wir ihnen, besser mit dem »Kulturschock« fertig zu werden, der sie beim Beginn der Gruppentherapie möglicherweise erwartet (siehe hierzu Kapitel 10).

Didaktische Anleitung wurde und wird in der Gruppentherapie verschiedenartig verwendet: zur Übermittlung von Informationen, zur Strukturierung der Gruppe, um den Krankheitsprozess zu erklären, und schließlich zur Veränderung dysfunktionaler Denkmuster. Oft dienen solche Erklärungen dazu, einen ersten Zusammenhalt zwischen den Gruppenmitgliedern zu schaffen, der diesen Zweck so lange erfüllt, bis andere therapeutische Faktoren ihre Wirkung entfalten. Erklärungen und Klärungen wirken jedoch teilweise auch an und für sich als therapeutische Faktoren. Ein Phänomen zu erklären ist der erste Schritt auf dem Weg zu seiner Beherrschung. Wenn ein Vulkanausbruch durch einen verstimmen Gott verursacht wird, kann man zumindes hoffen, diesen gnädig zu stimmen. Wissen fördert die Kompetenz, die wiederum die Selbstwirksamkeit fördert, ein wesentlicher Bestandteil jeder wirksamen Therapie.⁶²

Immer wieder weisen Therapeuten darauf hin, dass die beste Antwort auf Furcht und Angst in unserer heutigen Welt in der aktiven Bewältigung liegt (z.B. sich auf das Leben einzulassen, offen sprechen und sich gegenseitig unterstützen), im Gegensatz zum Rückzug in demoralisierte Vermeidung. Diese Haltung zeugt nicht nur von gesundem Menschenverstand, sondern, wie neuere neurobiologische Forschungen zeigen, aktiviert die Bewältigung wichtige neuronale Schaltkreise im Gehirn, die zur Regulierung der Stressreaktionen des Körpers beitragen.⁶³

Ebenso verhält es sich bei Klienten, die sich in einer Psychotherapie befinden: Furcht und Angst, die durch die Unsicherheit über Ursache, Bedeutung und Schwere psychischer Symptome entstehen, können den dysphorischen Zustand als Ganzes so verschlimmern, dass eine sinnvolle Erforschung desselben er-

heblich erschwert wird. Die didaktische Unterweisung hat, weil sie dem Klienten eine Struktur und eine Erklärung liefert, einen Wert in sich selbst, und sie verdient einen Platz in unserem Repertoire therapeutischer Werkzeuge (siehe Kapitel 5).

Direkter Rat

Anders als die explizite didaktische Instruktion des Therapeuten existiert das Phänomen des direkten Rats vonseiten anderer Gruppenmitglieder ausnahmslos in jeder Therapiegruppe. In dynamischen interaktionsorientierten Gruppen tritt es so regelmäßig im Anfangsstadium der Gruppenarbeit auf, dass man aufgrund dessen schätzen kann, wie lange sich eine Gruppe bereits trifft. Wenn ich eine Gruppe beobachte oder mir eine Bandaufnahme von einer Gruppensitzung anhöre, und die Gruppenteilnehmer sagen mit einer gewissen Regelmäßigkeit: »Ich glaube, Sie sollten ...« oder »Sie sollten ... tun« oder: »Warum machen Sie nicht ...?«, dann kann ich mit einiger Sicherheit behaupten, dass die Gruppe entweder noch sehr jung ist oder dass es sich um eine ältere Gruppe mit gewissen Schwierigkeiten handelt, die entweder ihre Entwicklung behindern oder eine vorübergehende Regression hervorgerufen haben. Mit anderen Worten: Das Erteilen von Ratschlägen kann Widerstand gegen ein stärkeres Engagement anzeigen, wobei die Gruppenmitglieder versuchen, ihre Beziehungen zueinander zu »managen«, statt sich wirklich aufeinander einzulassen. Obwohl zu Beginn von interaktionsorientierten Gruppen sehr häufig Ratschläge gegeben werden, kommt es nur selten vor, dass ein spezieller Rat einem der Klienten tatsächlich hilft. *Indirekt* jedoch erfüllt das Ratgeben einen Zweck: Nicht der *Inhalt des Rats*, sondern der *Prozess des*

Ratgebens könnte nützlich sein, weil er gegenseitige Anteilnahme und Interesse am anderen erkennen lässt.

Der Vater eines kleinen Sohnes, der der Gruppe mitteilt, dass sein inneres Gefühl, böse zu sein, die Ursache für die sozialen Ängste seines Kindes ist, erhält vielleicht Vorschläge, welche Ressourcen in der Gemeinde für sein Kind zur Verfügung stehen. Von größerer Bedeutung ist jedoch die Rückmeldung der Gruppenmitglieder über seine offensichtliche Anständigkeit, Fürsorge und Großzügigkeit nicht nur gegenüber seinem Sohn, sondern auch gegenüber anderen Gruppenmitgliedern. Die Mitglieder verinnerlichen die Gruppe: Ein Gruppenmitglied, das vor Kurzem seinen Studienabschluss gemacht hatte, bemerkte, dass er sich die Gruppe regelmäßig ins Gedächtnis rufen würde, um das in der Gruppe Gelernte auf sein Leben außerhalb der Gruppe anzuwenden, und er scherzte darüber, sich WWGS tätowieren zu lassen – »was würde (die) Gruppe sagen«?

Ratgebendes oder ratsuchendes Verhalten ist oft ein wichtiger Anhaltspunkt bei der Aufklärung der interpersonellen Pathologie. Beispielsweise ist ein Klient, der ständig versucht, anderen Gruppenmitgliedern Ratschläge und Anregungen zu entlocken, nur um sie dann prompt abzulehnen und die Befragten zu frustrieren, Gruppentherapeuten als der »Hilfe ablehnende Klägende« oder als der »Ja-aber-Klient« wohlbekannt.⁶⁴ Einige andere Klienten versuchen, sich Aufmerksamkeit und Zuwendung zu sichern, indem sie bezüglich eines Problems um Rat bitten, das entweder unlösbar oder bereits gelöst ist. Wieder andere saugen Ratschläge auf, als sei ihr Durst unstillbar, geben aber selbst Teilnehmern, die ebenfalls Rat und Hilfe benötigen, niemals etwas Entsprechendes. Manche Gruppenmitglieder sind

so darauf aus, innerhalb der Gruppe ein hohes Ansehen zu wahren oder eine Fassade kühler Selbstgenügsamkeit aufrechtzuerhalten, dass sie nie direkt um Hilfe bitten. Einige sind so davon besessen, selbst gefällig zu sein, dass sie nie für sich selbst um etwas bitten. Andere überschlagen sich geradezu in ihren Dankbarkeitsbezeugungen; und schließlich gibt es Klienten, die das Geschenk nie als solches anerkennen, sondern es mit nach Hause nehmen wie einen Knochen, an dem sie dann im stillen Kämmerlein nagen. All diese Verhaltensmuster können in der Gruppenarbeit hilfreich aufgegriffen werden.

Andere Arten von strukturierteren Gruppen, bei denen die Interaktion der Mitglieder nicht im Vordergrund steht, nutzen explizit und sehr effektiv direkte Vorschläge und Anleitungen. Beispielsweise werden in verhaltenstherapeutischen Gruppen, in Gruppen, die Patienten nach einer stationären psychiatrischen Behandlung auf das Leben außerhalb der Klinik vorbereiten sollen, in Gruppen, die Lebenskompetenzen oder Kommunikationsfähigkeiten vermitteln und in den AA-Gruppen oft direkte Ratschläge gegeben. Die AA arbeiten mit Anleitungen und Merksprüchen: Beispielsweise werden ihre Mitglieder aufgefordert, nur während der nächsten vierundzwanzig Stunden abstinenz zu bleiben – immer nur für einen Tag –, statt darüber nachzudenken, wie sie es schaffen sollen, für ihr ganzes restliches Leben nicht mehr zu trinken. Eine Gruppe für chronisch kranke Klienten aus der Psychiatrie berichtet von ausgezeichneten Ergebnissen mit einem strukturierten Gruppenprogramm, das gezieltes Feedback, die Wiedergabe von Videoaufzeichnungen und Problemlösungsprojekte umfasst.⁶⁵ Eine Gruppe für Schizophrenie-Patienten in China berichtete über signifikante positive Auswirkungen, wenn

das Programm um Psychoedukation für Patienten und ihre Familien ergänzt wurde.⁶⁶ Kriegsveteranen, die unter einer Kombination aus medizinischen und psychiatrischen Erkrankungen leiden, profitieren von ganzheitlichen Edukationsgruppen, die eine bessere Pflege ihrer körperlichen Gesundheit und Fähigkeiten zur Stressbewältigung fördern.⁶⁷ In gemeinschaftsbasierten pädagogischen Gruppeninterventionen wird emotionales Bewusstsein gelehrt und die Resilienz gegenüber Widrigkeiten gefördert.⁶⁸ Gruppen wurden in Schulsystemen zur Bekämpfung des Alkoholkonsums von Jugendlichen eingesetzt, indem den Schülern der Zusammenhang zwischen emotionaler Verwundbarkeit und ihrem Trinkverhalten aufgezeigt wurde.⁶⁹

Ist bestimmter Rat besser als anderer? Wissenschaftler, die sich mit einer Gruppe beschäftigten, die das Verhalten männlicher Sexualstraftäter positiv zu beeinflussen versuchte, stellten fest, dass in dieser Gruppe häufig Rat gegeben wurde und dass dieser für die einzelnen Gruppenmitglieder unterschiedlich nützlich war. Die am wenigsten wirksame Form der Beratung war ein direkter Vorschlag wie: »Du musst aufhören, auf dein Handy zu schauen«, der leicht als kontrollierend empfunden werden kann; am wirksamsten war eine Reihe von alternativen Vorschlägen, wie ein gewünschtes Ziel erreicht werden kann: »Wenn du dich weniger isoliert fühlen willst, kannst du vielleicht mehr an den Aktivitäten auf der Station teilnehmen oder in den Aufenthaltsraum kommen, anstatt in deinem Zimmer zu bleiben«, ein Vorschlag, der eher als kooperativ empfunden wird.⁷⁰ Psychoedukation hinsichtlich der Auswirkung einer Depression auf Familienbeziehungen ist effektiver, wenn die Teilnehmer einer Gruppe direkt untersuchen, wie die Depression ihr eigenes Leben und die Beziehun-

gen in ihrer Familie beeinflusst. Wird die gleiche Information auf abstrakte, intellektuell distanzierte Weise vermittelt, ist sie wesentlich weniger nützlich.⁷¹

Altruismus

Eine alte chassidische Geschichte berichtet von einem Rabbi, der mit Gott ein Gespräch über Himmel und Hölle führte. »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, und dem Rabbi lief das Wasser im Mund zusammen. Doch niemand aß. Jeder am Tisch hatte einen sehr langstieligen Löffel in der Hand – lang genug, um den Topf zu erreichen und sich einen Löffel von dem Eintopfgericht zu nehmen, aber zu lang, um die Speise zum Mund zu führen. Der Rabbi sah, dass die Versammelten schrecklich litten, und neigte voller Mitleid sein Haupt. »Nun zeige ich dir den Himmel«, sagte Gott, und sie betraten ein anderes Zimmer, genau wie das erste – der gleiche große runde Tisch, die gleiche riesige Schüssel mit Eintopf, die gleichen langstieligen Löffel. Doch hier waren die Anwesenden fröhlich, wohlgeährt, rundlich und ausgelassen. Zunächst begriff der Rabbi nicht und schaute den Herrn an. »Es ist einfach«, sagte Gott, »aber man braucht dazu eine gewisse Fähigkeit. Die Menschen in diesem Raum haben gelernt, einander zu füttern!«*

* Im Jahr 1973 eröffnete ein Gruppenmitglied das erste Treffen der ersten Gruppe für Patienten mit Krebs im fortgeschrittenen Stadium, indem es Zettel mit dieser Parabel an die übrigen Anwesenden verteilte. Diese

Nicht nur im imaginären Himmel und in der imaginären Hölle der Geschichte, sondern auch in Therapiegruppen erhalten Klienten etwas, indem sie selbst etwas geben: Es liegt etwas zutiefst Befriedigendes im Akt des Gebens. Am Anfang ihrer Therapie sind psychisch Kranke oft demoralisiert und haben das bedrückende Gefühl, sie hätten anderen nichts Wertvolles zu bieten. Für andere wichtig sein zu können, wirkt belebend auf sie und es stärkt ihr Selbstwertgefühl. Gruppentherapie ist die einzige Therapieform, die den Klienten eine derartige Erfahrung bietet. Ressourcenorientierte Ansätze wie die positive Psychologie von Seligman stellen die Bedeutung der Pathologie in unserem Fachgebiet infrage und ermutigen dazu, sich auf die Stärken, positiven Eigenschaften, den Lebenssinn, die Dankbarkeit und die gegenseitige Großzügigkeit der Mitglieder zu konzentrieren.⁷² Altruistisches Geben und Nehmen fördert auch die Rollenvielfalt und verlangt von den Klienten, zwischen den Rollen des Hilfeempfängers und des Hilfegebers zu wechseln.⁷³

Natürlich helfen Klienten sich auch ausnahmslos gegenseitig im gruppentherapeutischen Prozess. Sie unterstützen und beruhigen einander, machen Vorschläge, teilen Einsichten und informieren einander darüber, dass sie ähnliche Probleme haben. Häufig hören sie sich die Äußerungen anderer Teilnehmer viel bereitwilliger an und nehmen sie sich auch eher zu Herzen, als wenn der Therapeut ihnen

Frau (über die ich an anderer Stelle berichtet habe und die in diesem Zusammenhang Paula West genannt wird, siehe I. Yalom, *Die Reise mit Paula*, Goldmann, München 2000) hatte an der Entwicklung des Konzepts für diese Gruppe und an ihrer Organisation mitgewirkt (siehe hierzu auch Kapitel 15). Dies erwies sich als erstaunlich hellsigichtig, denn wie sich später herausstellte, profitierten viele der Teilnehmer vom therapeutischen Faktor Altruismus.

mehr oder weniger das Gleiche sagt. Für viele Klienten ist und bleibt der Therapeut der bezahlte Fachmann, wo hingegen die anderen Gruppenmitglieder für sie die reale Welt verkörpern; von ihnen glauben sie, aufrichtiges Feedback und wirklich spontane Reaktionen erwarten zu können. Bei einem Rückblick auf den Verlauf ihrer Therapie schreiben Gruppenmitglieder das Verdienst für die Besserung ihrer Situation fast immer anderen Gruppenmitgliedern zu. Manchmal verweisen sie ausdrücklich auf die Unterstützung und die Ratschläge, die sie von anderen Teilnehmern erhalten haben, manchmal auf die bloße Anwesenheit als hilfreichen Faktor.

Die im Folgenden beschriebene Interaktion zwischen zwei Gruppenmitgliedern veranschaulicht dies. Derek, ein chronisch ängstlicher und ziemlich isolierter Mann in den Vierzigern, hatte sich kürzlich der Gruppe angeschlossen und die anderen Gruppenmitglieder sehr verärgert, indem er ihre kritischen und besorgten Feedbacks immer wieder in den Wind geschlagen hatte. Irgendwann hatte Kathy, eine 35-jährige Frau, die unter chronischer Depression und Problemen infolge von Substanzmissbrauch litt, ihm eine wichtige Lektion erteilt, was das Erleben der Gruppe betraf. Auch sie hatte die mitfühlenden Äußerungen anderer monatelang abgetan, weil sie das Gefühl gehabt hatte, diese Zuwendung nicht zu verdienen. Nachdem andere Teilnehmer ihr klargemacht hatten, dass ihre Zurückweisung verletzend wirkte, hatte sie sich bewusst dafür entschieden, auf die Äußerungen anderer grundsätzlich aufgeschlossener und dankbarer zu reagieren. Daraufhin hatte sie zu ihrer Überraschung schon bald festgestellt, dass sie sich wesentlich besser fühlte. Sie hatte also nicht nur von der erhaltenen Unterstützung profitiert, sondern auch davon, dass sie die an-

deren wissen ließ, sie hätten ihr etwas zu bieten, das für sie wertvoll war.

Altruismus wird auch in anderen Heilsystemen als ein ehrwürdiger therapeutischer Faktor angesehen. In primitiven Kulturen erhalten Menschen, die Probleme haben, oft den Auftrag, ein Festmahl vorzubereiten oder der Gemeinschaft irgendeinen Dienst zu erweisen.⁷⁴ Altruismus spielt auch bei dem Heilungsprozess eine wichtige Rolle, der an katholischen Wallfahrtsorten wie Lourdes stattfindet, wo die Kranken nicht nur für sich selbst, sondern auch füreinander beten. Wir Menschen brauchen das Gefühl, gebraucht zu werden und nützlich zu sein.

Neue Gruppenmitglieder wissen den heilenden Einfluss anderer Mitglieder zunächst nicht zu schätzen. Sie fragen: »Wie können Blinde andere Blinde führen?« oder: »Was könnte ich von anderen bekommen, die ebenso gestört sind wie ich? Das kann doch nur dazu führen, dass wir uns gegenseitig herunterziehen.« Derartiger Widerstand lässt sich am besten durcharbeiten, indem man die kritische Selbstbewertung des Klienten erforscht. Ein Klient, der daran zweifelt, dass andere Gruppenmitglieder ihm helfen könnten, meint in der Regel: »Ich persönlich habe niemandem etwas Wertvolles zu bieten.«

Altruistisches Handeln hat noch einen weiteren, subtileren Nutzen. Viele Klienten, die über Gefühle der Sinnlosigkeit klagen, sind in einer krankhaften Beschäftigung mit sich selbst befangen, welche Formen zwanghafter introspektion oder eines verbissenen Bemühens, sich »selbst zu verwirklichen«, annimmt. Wie Viktor Frankl sind wir der Meinung, dass das Gefühl der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens sich ergibt und dass man einen Sinn nicht bewusst suchen kann: Den Lebenssinn finden wir immer dann, wenn wir unsere eigene be-

grenzte Perspektive überwunden haben, wenn wir uns vergessen haben und völlig von jemand (oder etwas) anderem außerhalb von uns in Anspruch genommen sind.⁷⁵ Die Konzentration auf Lebenssinn und Altruismus sind besonders wichtige Komponenten jener Gruppenpsychotherapien, die für Patienten mit lebensbedrohlichen Krankheiten wie Krebs angeboten werden.⁷⁶

Die korrigierende Rekapitulation des Geschehens in der primären Familiengruppe

Die meisten Klienten, die sich einer Therapiegruppe anschließen – mit Ausnahme jener, die unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder unter einer medizinischen oder umweltbedingten Belastung leiden –, haben in ihrer ersten und wichtigsten Gruppe, der Ursprungsfamilie, sehr unbefriedigende Erfahrungen gemacht. Eine Therapiegruppe ähnelt in vielerlei Hinsicht einer Familie: Es gibt darin Autoritätsfiguren (in der Familie die Eltern), Gleichaltrige bzw. Gleichgestellte, tiefe persönliche Offenbarungen, starke Gefühle der Nähe sowie der Feindseligkeit und Konkurrenz. Oft werden Gruppen zudem von einem Therapeuten-Team geleitet, dem ein Mann und eine Frau angehören – ein bewusster Versuch, die Elternstruktur nachzuahmen. Nachdem das anfängliche Unbehagen und die anfängliche Unsicherheit überwunden sind, kommt es zwischen den Gruppenmitgliedern und den Gruppenleitern sowie auch anderen Mitgliedern früher oder später mit Sicherheit zu Interaktionen, die stark denjenigen ähneln, die die Betroffenden früher mit ihren Eltern und Geschwistern erlebt haben.

Wenn die Gruppenleiter als Elternfiguren

angesehen werden, rufen sie Reaktionen her vor, die im Allgemeinen mit Eltern- oder Autoritätsfiguren in Verbindung gebracht werden: Einige Mitglieder werden von den Gruppenleitern, denen sie unrealistischerweise besonderes Wissen und besondere Macht zuschreiben, abhängig, und sie reagieren hilflos auf sie; andere verhalten sich den Leitern gegenüber generell aufsässig, weil sie deren Verhalten als infantilisierend und kontrollierend wahrnehmen; wieder andere sind den Leitern gegenüber sehr auf der Hut, weil sie ihnen die Absicht unterstellen, den Gruppenmitgliedern ihre Individualität rauben zu wollen; andere Mitglieder versuchen, die Co-Therapeuten zu entzweien, um Streitigkeiten und Rivalitäten zwischen den beiden Elternfiguren hervorzurufen; andere beneiden die Co-Therapeuten um die zusätzlichen Gruppenkontakte, in denen sie privat über »die Kinder« sprechen; einige Gruppenmitglieder öffnen sich in verstärktem Maße, wenn einer der beiden Co-Therapeuten nicht anwesend ist; manche konkurrieren erbittert mit anderen Gruppenmitgliedern um die größtmögliche Aufmerksamkeit und Anteilnahme der Therapeuten; einige platzen fast vor Neid, wenn die Gruppenleiter sich mit anderen Gruppenmitgliedern beschäftigen; wieder andere verwenden ihre Energie auf die Suche nach Bundesgenossen, die bereit sind, mit ihnen die Therapeuten von ihrem »Thron« zu stoßen; und eine weitere Teilgruppe vernachlässigt ihre eigenen Interessen in dem scheinbar selbstlosen Bemühen, die Leiter und andere Gruppenmitglieder zu besänftigen.

Obwohl es natürlich in der Einzeltherapie ähnliche Phänomene gibt, bietet die Gruppe eine sehr viel größere Zahl und Vielfalt von Möglichkeiten, Familiensituationen zu wiederholen. In einer meiner Gruppen klagte Betsy,

eine Klientin, die in den vorangegangenen Sitzungen wortlos geschmolzt hatte, dass sie nicht in einer Einzeltherapie sei. Sie behauptete, sie sei benachteiligt, weil die Gruppe ihre Bedürfnisse mit Sicherheit nicht befriedigen könne. Sie wisse, dass sie im Einzelgespräch mit dem Therapeuten oder mit einem der anderen Gruppenmitglieder in der Lage sei, frei über sich zu sprechen. Auf eindringliches Befragen hin gestand die Klientin ihren Ärger darüber ein, dass andere Gruppenmitglieder ihr gegenüber vorgezogen würden. Beispielsweise habe die Gruppe kürzlich ein anderes Gruppenmitglied nach dessen Rückkehr aus einem Urlaub herzlich begrüßt, wohingegen die Gruppe ihre Rückkehr aus dem Urlaub kaum registriert habe. Außerdem war ein Klient gelobt worden, weil er einem Gruppenmitglied eine wichtige Deutung angeboten hatte, während eine ähnliche Äußerung von ihr einige Wochen zuvor völlig unbeachtet geblieben war. Sie hatte seit einiger Zeit bemerkt, dass sie immer größeren Widerwillen dagegen entwickelte, sich die Zeit in der Gruppe mit anderen teilen zu müssen; sie wartete ungeduldig darauf, selbst zu Wort zu kommen, und sie wurde wütend, wenn die Aufmerksamkeit der Gruppe sich einem anderen Teilnehmer zuwandte.

Hatte Betsy womöglich recht? War die Gruppentherapie tatsächlich die falsche Behandlungsform für sie? Ganz sicher nicht! Was sie an der Arbeit in der Gruppe auszusetzen hatte – Aspekte, deren Wurzeln bis in die frühen Beziehungen der Klientin zu ihren Geschwistern zurückreichten –, waren keine berechtigten Einwände gegen die Methode der Gruppentherapie an und für sich. Im Gegenteil war die Gruppentherapie für sie sogar besonders nützlich, weil in diesem Rahmen sowohl ihr Neid als auch ihre Sehnsucht nach Aufmerksamkeit zutage treten konnten. In einer

Einzeltherapie, in welcher der Therapeut auf jedes Wort und jede Sorge des Klienten eingeht und von diesem erwartet wird, dass er die gesamte ihm zur Verfügung stehende Zeit nutzt, kommen derartige Konflikte womöglich nie ans Licht.

Wichtig ist jedoch nicht nur, dass frühe Familienkonflikte erneut durchlebt werden, sondern dass dies *in korrigierender Form* geschieht. Eine unveränderte erneute Exposition verschlimmert eine ohnehin schon negative Situation nur noch weiter. Beziehungsmuster, die die Weiterentwicklung hemmen, dürfen nicht zu jenem starren und undurchdringbaren System werden, das für viele Familienstrukturen charakteristisch ist. Vielmehr müssen verfestigte Rollen ständig untersucht und hinterfragt werden und es müssen Grundregeln entstehen, die zur Untersuchung von Beziehungen und zum Erproben neuartiger Verhaltensweisen ermutigen. Viele Gruppenmitglieder bringen also durch die Auseinandersetzung mit den Problemen, die sie im Umgang mit ihren Therapeuten und mit anderen Gruppenmitgliedern haben, auch bisher ungelöste Probleme aus wesentlich früheren Zeiten zum Abschluss. (Wie viel Raum dem Durcharbeiten früherer Erlebnisse gegeben werden sollte, ist eine komplexe und umstrittene Frage, mit der wir uns in Kapitel 5 beschäftigen werden.)

Die Entwicklung sozialer Kompetenz

Soziales Lernen, die Entwicklung grundlegender sozialer Kompetenz, ist ein therapeutischer Faktor, der in allen Therapiegruppen wirksam ist, wobei die Art der vermittelten Fertigkeiten sehr unterschiedlich sein und der Vermittlungsprozess mehr oder weniger direkt stattfinden kann. Beispielsweise wird soziale

Kompetenz in Gruppen, die Psychiatriepatienten auf die Entlassung aus einem tagesklinischen Programm vorbereiten, oder in Gruppen von Jugendlichen oft explizit vermittelt. Die Gruppenmitglieder können beispielsweise aufgefordert werden, in Form eines Rollenspiels darzustellen, wie sie sich bei potenziellen Arbeitgebern vorstellen oder sich zu einem Date verabreden.

In anderen Gruppen findet soziales Lernen in indirekterer Form statt. Die Mitglieder interpersonell orientierter Therapiegruppen, in denen offenes Feedback gefördert wird, können viel über fehlangepasstes soziales Verhalten lernen. So könnte ein Gruppenteilnehmer herausfinden, dass er die unangenehme Tendenz hat, Gesprächspartner nicht anzuschauen; dass er auf andere hochmütig und unnahbar wirkt; oder er erfährt etwas über seinen Umgang mit anderen, dessen er sich nicht bewusst ist und das sich negativ auf seine sozialen Beziehungen auswirkt. Oft ist die Gruppe für Menschen, die keine engeren Beziehungen haben, die erste Gelegenheit, intensives und präzises Feedback über ihre Art des Umgangs mit anderen zu erhalten. Vielen Klienten, die über ihre unerklärliche Einsamkeit klagen, ermöglicht die Gruppentherapie herauszufinden, wie sie ihre Isolation und Einsamkeit mitverschuldet haben. Der junge Mann beispielsweise, der mit Ablehnung und Beschämung rechnet, schweigt und verschließt sich der Gruppe, wodurch das befürchtete negative Ergebnis sichergestellt wird.⁷⁷

Die Gruppentherapie bietet auch eine wertvolle Gelegenheit zum Smalltalk, sowohl vor als auch nach jeder Sitzung. Diese zusätzliche Zeit für soziale Kontakte ist oft von großem Wert. Beispielsweise erhielt ein Klient, der seit Jahren darunter litt, dass andere den Umgang mit ihm mieden, in der Therapiegruppe die

Rückmeldung, dass es auf Zuhörer sehr abschreckend wirkte, wie er, wenn er etwas sagte, zwanghaft unwichtige Einzelheiten schilderte. Jahre später erzählte er mir, eines der wichtigsten Ereignisse in seinem Leben sei gewesen, dass ein Gruppenmitglied (dessen Namen er längst vergessen hatte) zu ihm gesagt hatte: »Wenn du über deine Gefühle sprichst, mag ich dich und möchte ich dir näher sein; aber wenn du über Tatsachen und Details berichtetst, verpüre ich den Wunsch, so schnell wie möglich das Weite zu suchen!«

Eine übertrieben vereinfachte Darstellung der Dinge liegt uns fern. Die Therapie ist ein komplexer Prozess und umfasst natürlich weit aus mehr als das bloße Erkennen dysfunktionaler sozialer Verhaltensweisen und deren bewusste Veränderung. Im dritten Kapitel werden wir zeigen, dass solche Veränderungen zum Positiven wesentlich mehr als nur Randerscheinungen sind. Sie sind für die Anfangsphasen therapeutischer Veränderung oft sehr wichtig, und sie ermöglichen es den Klienten zu verstehen, dass zwischen ihrer Absicht und ihrer tatsächlichen Wirkung auf andere ein riesiger Unterschied besteht.⁷⁸ Das Wissen um die eigene interpersonelle Wirkung steht im Mittelpunkt des interpersonellen Lernens und ist ein Wissen, das sich auch weiterhin sehr auszahlt.

Mitglieder einer Therapiegruppe, die bereits länger dabei sind, erwerben häufig hoch entwickelte soziale Kompetenzen: Sie haben ein Gespür für Prozesse (d.h. für die Beziehungen zwischen den Einzelnen innerhalb der Gruppe); sie haben gelernt, auf andere so zu reagieren, dass sie ihnen helfen; sie haben sich Methoden der Konfliktlösung angeeignet; sie urteilen seltener über andere; und sie sind besser in der Lage, auf angemessene Weise Empathie zu erleben und zum Ausdruck zu bringen. Diese

Fertigkeiten helfen den Betreffenden später im Umgang mit anderen Menschen und bilden die Grundlage von emotionaler Intelligenz und adaptivem sozialen Verhalten.⁷⁹

Imitationsverhalten

Manchmal werden Klienten während einer Einzeltherapie in ihrer Art zu sitzen, gehen, reden und denken ihrem Therapeuten immer ähnlicher. Es spricht einiges dafür, dass Gruppentherapeuten die Kommunikationsmuster in ihren Gruppen beeinflussen, indem sie bestimmte Verhaltensweisen wie Selbstoffenbarung, Unterstützung sowie zeitnahe und einfühlsames Feedback beispielhaft vorführen.⁸⁰ Die Gruppenmitglieder lernen nicht nur vom Therapeuten, sondern auch, indem sie einander bei Problemlösungsversuchen beobachten.⁸¹ Dies könnte in homogenen Gruppen, die sich auf gemeinsame Herausforderungen konzentrieren, besonders ausgeprägt sein – beispielsweise in einer nach den Grundsätzen der kognitiven Verhaltenstherapie arbeitenden Gruppe, die psychotischen Patienten beibringt, wie sie die Intensität auditorischer Halluzinationen verringern können.⁸²

Wie wichtig das Imitationsverhalten für den therapeutischen Prozess ist, lässt sich schwer einschätzen, doch lassen sozialpsychologische Untersuchungen vermuten, dass die Bedeutung dieses Phänomens bisher unterschätzt wurde. Bandura, der schon vor langer Zeit geäußert hat, dass soziales Lernen allein mit direkter Verstärkung nicht erklärt werden könne, hat experimentell nachgewiesen, dass Nachahmung eine wirksame therapeutische Kraft ist.⁸³ In der Gruppentherapie ziehen Klienten oft Nutzen daraus, dass sie die Therapie eines anderen Klienten mit einer ähnlichen Prob-

lemkonstellation beobachten – ein Phänomen, das allgemein als *Stellvertreter- oder Zuschauertherapie* bezeichnet wird.⁸⁴

Imitationsverhalten spielt meist in den Anfangsstadien einer Gruppe eine wichtigere Rolle als später, da die neu hinzugekommenen Mitglieder sich mit älteren oder mit den Therapeuten identifizieren.⁸⁵ Auch wenn das Imitationsverhalten an und für sich nur in einer kurzen Zeitspanne von Bedeutung ist, kann es bei den Klienten das Eis so weit brechen, dass sie in der Lage sind, mit neuen Verhaltensweisen zu experimentieren, wodurch wiederum eine anpassungsfördernde Spirale in Gang gesetzt wird. Es kommt gar nicht so selten vor, dass Klienten im gesamten Verlauf der Therapie diese oder jene Eigenart anderer Teilnehmer »anprobieren« und später wieder verwerfen, weil sie ihnen »nicht passt«. Dieser Prozess kann eine starke therapeutische Wirkung haben. Herauszufinden, was wir nicht sind, ist ein Schritt auf dem Weg zur Erkenntnis dessen, was wir sind.

Ken, ein 38-jähriger verheirateter Ingenieur, begann die Gruppentherapie nach einer sehr verstörenden Konfrontation mit seiner Frau, bei der er sie in einem Wutanfall gegen die Wand gestoßen hatte. Er war entsetzt und schämte sich für sein impulsives Verhalten, erkannte aber, dass es von seiner Unfähigkeit herrührte, wichtige Gefühle zu erkennen und darüber zu sprechen. Er war weitgehend schweigsam, wenn er sich emotional engagierte, aber gelegentlich explosiv. Er wusste, dass seine emotionale Gefühllosigkeit daher rührte, dass er in einer sehr traditionellen chinesischen Einwandererfamilie aufgewachsen war, in der sein Vater das Haus mit Autorität und Strenge regiert hatte und in der

Scham ein wirksames Mittel war, um Verhalten zu prägen. Die väterliche Autorität in Frage zu stellen wurde nicht geduldet, und Ken lernte, alle oppositionellen Gefühle zu unterdrücken.

In der Therapiegruppe war Ken über weite Strecken still, machte aber gelegentlich Bemerkungen, die eine Tiefe seiner Gefühle widerspiegeln, die sein äußeres Pokerface Lügen strafte. Allmählich verbesserte sich sein Leben und es war offensichtlich, dass er seiner Frau und seinen Kindern nähergekommen war.

Als er nach seinen Veränderungen gefragt wurde, sagte er, er sei erstaunt über die Art und Weise, wie die Mitglieder offen über ihre Emotionen und ihre Gefühle für

andere Mitglieder sprachen. Das war für ihn eine wichtige Erfahrung. Besonders beeindruckt war er von dem Co-Therapeuten, der aus einem ähnlichen Kulturkreis stammte und über seine eigene wachsende zwischenmenschliche Offenheit und das nützliche Feedback der Mitglieder sprach, die ihm sagten, dass es schwierig sei, die Ausdruckslosigkeit seiner Mimik zu interpretieren. Kens Identifikation mit diesem Gruppentherapeuten half ihm, die kulturellen Gründe für sein Schweigen zu überwinden. Obwohl Kens Selbstoffenbarungen nuancierter und weniger intensiv waren als die der anderen Mitglieder, lernte er, dass Offenheit zu Nähe führte und nicht zu Scham und Demütigung.

KAPITEL 2

Interpersonelles Lernen

Interpersonelles Lernen ist, so wie wir es definieren, ein umfassender und komplexer therapeutischer Faktor, der in der Gruppentherapie ungefähr eine so große Bedeutung hat wie in der Einzeltherapie Faktoren wie Einsicht, Durcharbeiten der Übertragung und korrigierende emotionale Erfahrungen. Doch beinhaltet interpersonelles Lernen auch Prozesse, die ausschließlich in der Gruppensituation zum Tragen kommen, und dort auch nur, wenn der Therapeut bestimmte Interventionen durchführt. Das Verständnis des interpersonellen Lernens – seine tiefe Verbindung zur therapeutischen Beziehung und zur authentischen, treffsicheren Empathie – stellt den Gruppentherapeuten in den Mittelpunkt der Forschung über effektive Gruppenleitung.¹ Um zu beschreiben, wie interpersonelles Lernen therapeutische Veränderungen im Individuum ermöglicht, müssen wir zunächst drei andere Aspekte erläutern:

1. die Bedeutung interpersoneller Beziehungen,
2. die korrigierende emotionale Erfahrung und
3. die Gruppe als sozialen Mikrokosmos.

Die Bedeutung interpersoneller Beziehungen

Ganz gleich, aus welcher Perspektive wir die menschliche Gesellschaft untersuchen – ob wir die Entwicklungsgeschichte der gesamten Menschheit oder die Entwicklung des einzelnen Menschen betrachten –, ist es unerlässlich, den Menschen in der Matrix seiner interpersonellen Beziehungen zu sehen. Aus Untersuchungen primitiver Kulturen und der heutigen Gesellschaft geht eindeutig hervor, dass Menschen immer in Gruppen zusammengelebt haben, innerhalb derer es intensive und dauerhafte Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern gab, und dass das Zugehörigkeitsbedürfnis stets eine grundlegende und omnipräsente Motivation war.² Die interpersonelle Bezogenheit hat im evolutionären Sinne immer eindeutig anpassungsfördernd gewirkt, denn ohne tiefe, positive und auf Gegenseitigkeit beruhende interpersonelle Bindungen hätte weder der Mensch als Individuum noch die menschliche Art überleben können. Die Bindungen im frühen Leben haben dauerhafte Auswirkungen: Sie prägen die Fähigkeit des Einzelnen, Emotionen zu erkennen und zu steuern und Beziehungen über die gesamte Lebensspanne hinweg aufzubauen. Diese Schlussfolgerungen gehen eindeutig aus der acht Jahrzehnte dauernden Grant-Studie hervor, die eine Kohorte von 268 in Harvard Studierenden über die Generationen hinweg beobachtet

hat.³ Eine frühe sichere Bindung fördert die Resilienz, während unglückliche Umstände in der frühen Kindheit zu einer lebenslangen Anfälligkeit für eine Vielzahl medizinischer und psychologischer Erkrankungen führen können.⁴ Diese Auswirkungen, die durch Stresshormone und Entzündungsreaktionen unseres Körpers vermittelt werden, spielen sich auf den grundlegenden Ebenen ab, verändern die Genexpression und schaffen eine potenziell lebenslange Anfälligkeit.⁵

John Bowlby kommt in seinen Studien über die frühe Mutter-Kind-Beziehung nicht nur zu dem Schluss, dass das Bindungsverhalten für das Überleben notwendig ist, sondern auch, dass der Mensch genetisch, neurobiologisch gesehen, für die Bindung »programmiert« ist.⁶ Werden Mutter und Säugling voneinander getrennt, erleben beide während ihrer Suche nach dem verlorenen Objekt deutliche Angst.

Dauert die Trennung länger, hat dies für den Säugling schwerwiegende Konsequenzen. In einem ähnlichen Sinne hat D.W. Winnicott festgestellt: »So etwas wie ein Baby gibt es nicht. Es gibt ein Mutter-Säugling-Paar.«⁷ Dem renommierten zeitgenössischen Psychoanalytiker Stephen A. Mitchell zufolge leben wir in einer »relationalen Matrix«. Er schreibt: »Die Person wird nur im Gewebe ihrer früheren und heutigen Beziehungen verständlich.«⁸

Bowlby und Winnicott haben die heutigen Erkenntnisse aus der relationalen Neurowissenschaft und der interpersonellen Neurobiologie vorweggenommen.⁹ Diese beiden Psychoanalytiker konzentrierten sich auf das integrative Verständnis der Psychologie und der Biologie von Beziehungen. Daniel Siegel hat diese Zusammenhänge erweitert und bezeichnet die Verbindung zwischen Psyche, Gehirn und unseren zwischenmenschlichen Beziehungen als das »Dreieck der Gesundheit«.

Diese drei Bereiche arbeiten zusammen, um Informationen im Interesse unserer Selbstintegration und Selbstregulierung zu verarbeiten.¹⁰ Unsere Beziehungsprozesse sind in unsere Neurobiologie eingebettet. Wenn wir die Verbindung zwischen Beziehung und Biologie verstehen, können wir uns besser auf unsere Klientinnen einstellen, sie besser einbeziehen und verbale, paraverbale und nonverbale Kommunikation nutzen, um uns auf unsere Klienten einzustellen, sie zu verstehen – und ihnen dieses Verständnis zu vermitteln.¹¹ Wenn unsere Klienten dieses Verständnis erfahren, kann das dazu beitragen, ihre grundlegenden emotionalen Bedürfnisse zu normalisieren, die durch Scham und Verurteilung zum Schweigen gebracht wurden. Dies vertieft unsere therapeutische Wirksamkeit und schafft einen heilenden therapeutischen Kontext.¹²

In der ersten Sitzung nach ihrer Rückkehr aus dem Urlaub gab Elena, eine Frau mit bipolarer Störung und Zwangsstörung, der Gruppe ein Update. Vor der Pause hatte Elena der Gruppe angekündigt, dass sie vorhatte, mit ihrem Freund Juan wegzufahren, anstatt wie üblich ihre Mutter zu besuchen. Sie fürchtete das Zusammensein mit ihrer Mutter, die sie wegen ihrer Krankheit immer beschämte und angriff. Zuvor hatte sie in der Gruppe darüber gesprochen, wie schwer es ihr fiel, sich bei Juan, wie auch bei früheren Freunden, sicher und vertrauenvoll zu fühlen, weil sie sich selbst als zutiefst unwürdig empfand. Die Vorstellung, eine Nacht mit einem Mann zu verbringen, löste bei ihr so viel Angst aus, dass sie nicht schlafen konnte, und das wiederum verstärkte ihr Gefühl, seine Fürsorge nicht zu verdienen.

Die Gruppenmitglieder hatten ihr den Zusammenhang verdeutlicht zwischen ihren Schwierigkeiten, die Gruppe um Zeit und Unterstützung zu bitten, und ihrem Gefühl, Juans Fürsorge nicht zu verdienen. Die Gruppe forderte sie heraus, als sie plante, die Beziehung zu beenden, um die störenden Reize in ihrem Leben zu reduzieren. Als Reaktion darauf hatte Elena zugesagt, mit ihm in den Urlaub zu fahren. Wie erwartet fiel es ihr schwer, in dem neuen Hotel zu schlafen und jede Nacht das Bett mit Juan zu teilen. Aber sie hatte mit Juan darüber gesprochen, dass sie damit rechnete, und er hatte ihr gesagt, sie solle ihn wecken, wenn sie nicht schlafen könne. In der ersten Nacht hatte Elena gezögert, ihn zu wecken, doch in der zweiten Nacht weckte sie ihn, und er reagierte, indem er ihr liebevoll und beruhigend den Rücken massierte, sodass sie schließlich wieder einschlafen konnte. Obwohl der Schlaf im Laufe der Woche weiterhin eine gewisse Herausforderung darstellte, konnte sie die gemeinsame Zeit genießen.

Die Gruppe unterstützte ihre Offenheit enthusiastisch, aber Elena fiel es schwer, das Lob anzunehmen; sie war eine solche Unterstützung weder von der Gruppe noch von ihrem Freund gewohnt. Je länger sie mit der Gruppe arbeitete, desto besser war sie in der Lage, offen und liebevoll mit ihrem Freund umzugehen. Einmal gab es von der Gruppe spontanen Beifall, als sie berichtete, dass Juan ihr gesagt hatte, dass es niemanden gebe, mit dem er so gerne reise wie mit ihr. Dies war für Elena eine eindrucksvolle Bestätigung, dass ihre Bedürfnisse nach Mitgefühl, Wertschätzung und liebevoller Zuwendung tatsächlich berechtigt waren und erfüllt werden konnten.

Wir sind für Beziehungen geschaffen, und nichts ist wichtiger für unser Wohlbefinden und unsere Gesundheit als tiefe und sinnvolle Beziehungen. Es gibt zum Beispiel überzeugende Belege dafür, dass die Rate für praktisch jede wichtige Todesursache bei einsamen und isolierten Menschen deutlich höher ist.¹³ Soziale Isolation ist ein ebenso großer Risikofaktor für frühe Sterblichkeit wie so offensichtliche Faktoren wie Rauchen und Fettleibigkeit.¹⁴ Auch das Gegenteil trifft zu: Verbundenheit mit anderen Menschen und soziale Integration wirken sich positiv auf den Verlauf schwerer Krankheiten wie Krebs und HIV/AIDS aus.¹⁵

Heutige Modelle dynamischer Psychotherapie erkennen die Bedeutung von Bezogenheit und Gebundenheit an. Wir haben uns von einer auf der Freud'schen Theorie basierenden »Ein-Personen-Psychologie«, die sich auf die Analyse der inneren und widersprüchlichen Triebe des Klienten konzentriert, zu einer »Zwei-Personen-Beziehungspsychologie« entwickelt, die die zwischenmenschliche Erfahrung des Klienten in den Mittelpunkt einer wirksamen Psychotherapie stellt.¹⁶ Die Gruppenanalyse und moderne analytische Gruppenansätze gehen auch von »einem relationalen Modell aus. Die Psyche wird hier als aus interaktionellen Konfigurationen des Selbst in Beziehung zu anderen bestehend verstanden.¹⁷«

Die auf den älteren Beiträgen Harry Stack Sullivans und seiner interpersonellen Theorie der Psychiatrie aufbauenden interpersonellen Modelle spielen für die psychotherapeutische Arbeit zunehmend eine große Rolle.¹⁸ Trotz des wichtigen Anstoßes, den Sullivan durch sein Schaffen gegeben hat, werden seine Schriften von der heutigen Therapeutengeneration kaum noch gelesen. Das liegt zum einen sicherlich daran, dass seine Ausdrucksweise oft

schwer zu verstehen ist (allerdings gibt es ausgezeichnete Beschreibungen seiner Ideen in leicht verständlichem Englisch von anderen Autoren);¹⁹ zum anderen sind seine Theorien so stark in das heutige psychotherapeutische Denken eingegangen, dass uns seine Originalschriften schon deshalb oft als sehr vertraut oder sogar als Beschreibungen von Selbstverständlichkeiten erscheinen. Doch aufgrund der neuerdings sich anbahnenden Verschmelzung kognitiver und interpersoneller Ansätze in der Einzel- und Gruppentherapie ist das Interesse an Sullivans Schriften wiedererwacht.²⁰ Nach Auffassung Kieslers, eines führenden Theoretikers und Forschenden auf dem Gebiet der interpersonellen Therapie, ist der interpersonelle Rahmen am besten dazu geeignet, den kognitiven, den verhaltenstherapeutischen und den psychodynamischen Ansatz sinnvoll miteinander zu verbinden; zugleich sei dies die umfassendste unter den integrativen Psychotherapien.²¹

Sullivans Ansichten sind für das Verständnis des gruppentherapeutischen Prozesses von großem Nutzen. Da eine umfassende Darstellung seiner interpersonellen Theorie den Rahmen dieses Buches sprengen würde, wollen wir zumindest einige seiner wichtigsten Ansichten erläutern, da Sullivans Formulierungen für das Verständnis des gruppentherapeutischen Prozesses äußerst hilfreich sind und mit unserem wachsenden Verständnis der interpersonellen Neurobiologie übereinstimmen.²² Es ist bemerkenswert, wie seine Ideen nicht nur die Zeit überdauert haben, sondern sogar noch weiter bestätigt wurden. Nach Sullivans Auffassung entsteht die Persönlichkeit fast ausschließlich durch die Interaktion des Menschen mit wichtigen Bezugspersonen. Das Bedürfnis, mit anderen eng verbunden zu sein, ist so grundlegend wie jedes biologische Be-

dürfnis und – angesichts der langen Zeit der Hilflosigkeit des Säuglings – ebenso überlebensnotwendig. Das heranwachsende Kind entwickelt in seinem Streben nach Sicherheit die Tendenz, die Charakterzüge und Selbstaspekte bevorzugt zu betonen, die von seiner Umgebung gebilligt werden, wohingegen es missbilligte Aspekte unterdrückt oder leugnet. Letztendlich entwickelt der Mensch ein Selbstkonzept, das auf den wahrgenommenen Urteilen wichtiger Bezugspersonen basiert:

Man kann sagen, dass das Selbst aus gespiegelten Urteilen besteht. Wenn diese hauptsächlich abschätzigen waren – wie im Fall eines ungewollten Kindes, das nie geliebt wurde, eines Kindes, das bei Pflegeeltern aufgewachsen ist, die kein echtes Interesse an ihm als Kind hatten –, wenn also die Dynamik des Selbst durch Erfahrungen hauptsächlich negativer Art geprägt wurde, neigt der Betroffene später dazu, andere Menschen feindselig und herabsetzend zu beurteilen, und in der Regel geht er mit sich selbst genauso um.²³

Dieser Prozess der Beeinflussung unserer Selbstachtung durch gespiegelte Einschätzungen, die wir für uns wichtigen Mitmenschen von den Augen ablesen, setzt sich natürlich über den gesamten Entwicklungszyklus fort. Untersuchungen über Heranwachsende haben verdeutlicht, dass befriedigende Peer-Beziehungen und ein gutes Selbstwertgefühl untrennbar miteinander verbunden sind.²⁴ Das Gleiche gilt jedoch auch für ältere Menschen: Dem Bedürfnis nach bedeutsamen menschlichen Beziehungen entwachsen wir nie.²⁵

Sullivan sprach von »parataktischen Verzerrungen« und meint damit die Neigung des

Menschen zur verzerrten Wahrnehmung anderer. Zu einer parataktischen Verzerrung kommt es in einer interpersonellen Situation, in der ein Mensch einem anderen nicht dessen reale Eigenschaften zugrunde legt, sondern dem anderen eine Persönlichkeit zuschreibt, die hauptsächlich in der eigenen psychologischen Welt existiert. Obwohl der Begriff der parataktischen Verzerrung demjenigen der Übertragung ähnelt, unterscheidet er sich von Letzterem in zweierlei Hinsicht. Erstens bezieht er sich auf einen größeren Bereich, nämlich nicht nur darauf, dass die Therapeutin verzerrt wahrgenommen wird, sondern auf die verzerrte Sicht aller interpersonellen Beziehungen (natürlich auch auf die verzerrten Beziehungen zwischen den Gruppenmitgliedern). Zweitens ist auch die Theorie des Ursprungs dieses Phänomens umfassender: Die parataktische Verzerrung beinhaltet nicht nur die Übertragung von Einstellungen gegenüber realen Personen der Vergangenheit auf gegenwärtige Beziehungen, sondern auch die Verzerrung der interpersonellen Realität in Reaktion auf intrapersonelle Bedürfnisse. Wir werden in diesem Buch generell den Begriff »Übertragung« verwenden, um alle interpersonellen Verzerrungen zu bezeichnen, sei es zwischen Klient und Therapeutin oder zwischen Klientin und Gruppenmitgliedern im Allgemeinen, wie es heute unter Therapeuten üblich ist.

Übertragungsbedingte Verzerrungen basieren auf in den Tiefen des Gedächtnisses lagerten Erinnerungen an frühe Interaktionserfahrungen.²⁶ Durch sie entsteht ein inneres Funktionsmodell, das die Bindungsmuster eines Menschen während seines ganzen Lebens beeinflusst.²⁷ Dieses innere Funktionsmodell (oder »Arbeitsmodell«), das auch *Schema* genannt wird, besteht aus den Überzeugungen des Betreffenden über sich selbst und aus der

Art, wie er Beziehungssignale und das sich daraus ergebende Verhalten versteht – und zwar nicht nur sein eigenes, sondern auch das Verhalten, das er selbst bei anderen Menschen hervorruft.²⁸ Viele der heutigen Psychotherapiemodelle basieren auf diesen Prinzipien, darunter Luborskys Core Conflictual Relationship Theme CCRT (zentrales Beziehungskonflikt-Thema ZBKT), Strupps und Binders Misconstrual-Misconstruction-Sequence (zyklisch maladaptiver Beziehungszirkel), Wachtels zyklische Psychodynamik und die am Mount-Zion-Psychotherapie-Forschungszentrum entwickelte Control-Mastery-Theorie.²⁹ So entwickelt beispielsweise eine junge Frau, die bei ihren depressiven und überlasteten Eltern aufwächst, wahrscheinlich das Gefühl, um die Verbundenheit mit anderen Menschen nicht zu gefährden, dürfe sie keinerlei Forderungen stellen, müsse ihre Unabhängigkeit völlig aufgeben und habe sich den emotionalen Bedürfnissen anderer völlig unterzuordnen. Möglicherweise erhält sie in einer Psychotherapie zum ersten Mal die Möglichkeit, ihren starren und äußerst hinderlichen Verhaltenskodex für interpersonelle Beziehungen zu hinterfragen.

Interpersonelle (bzw. *parataktische*) Verzerrungen neigen dazu, sich selbst zu perpetuieren. Beispielsweise kann ein Mensch mit einem nachteiligen, ihn herabsetzenden Selbstbild seine Wahrnehmung eines anderen durch selektive Aufmerksamkeit oder Projektion so verzerrn, dass er den Betreffenden fälschlich als ungehalten und ablehnend wahrnimmt. Dazu kommt, dass dieser Prozess sich selbst verstärkt, weil der Betreffende im Laufe der Zeit Eigentümlichkeiten und Verhaltensgewohnheiten entwickelt – etwa Unterwürfigkeit, defensive Feindseligkeit oder eine herablassende Haltung –, die dazu führen, dass andere Menschen sich ihm gegenüber irgend-

wann tatsächlich im Sinne seiner Erwartung verhalten, nämlich ungehalten und zurückweisend. Diese Sequenz wird oft »sich selbst erfüllende Prophezeiung« genannt. Die betroffene Person antizipiert, dass andere auf eine bestimmte Weise reagieren werden und verhält sich unwissentlich in einer Weise, die genau diese Reaktion beim Gegenüber hervorruft. Mit anderen Worten: Die Kausalität in Beziehungen ist zirkulär, nicht linear. Die interpersonell orientierte Forschung hat diese These gestützt, indem sie aufgezeigt hat, dass unsere interpersonellen Überzeugungen in Verhaltensweisen zum Ausdruck gelangen, die auf andere eine voraussehbare und restriktive Wirkung haben.³⁰ Die interpersonelle Abwehr ist das Problem, nicht die Lösung.³¹ Diese Muster können sowohl durch klinische Evaluation als auch durch objektive interpersonelle Messverfahren beleuchtet werden.³²

Interpersonelle Verzerrungen lassen sich nach Sullivans Auffassung insbesondere durch konsensuelle Validierung verändern – durch Vergleich der eigenen Einschätzungen interpersoneller Sachverhalte mit den diesbezüglichen Einschätzungen anderer Menschen. Die *konsensuelle Validierung* ist in der Gruppentherapie sehr wichtig. Häufig verändern Gruppenmitglieder persönliche Verzerrungen, nachdem sie sich darüber informiert haben, wie andere Gruppenmitglieder ein wichtiges Ereignis einschätzen.

Damit kommen wir zu Sullivans Ansicht über den therapeutischen Prozess. Nach seiner Auffassung sollten wissenschaftliche Untersuchungen im psychotherapeutisch-psychiatrischen Bereich sich mit Prozessen befassen, an denen Menschen beteiligt sind oder die zwischen Menschen stattfinden.³³ Psychische Störungen oder Symptome in ihren vielfältigen Ausdrucksformen sollten im interpersonellen

Sinne verstanden und entsprechend behandelt werden.³⁴ Fehlangepasstes interpersonelles Verhalten lässt sich außerdem aufgrund von Eigenschaften wie Starrheit, Extremismus, Verzerrtheit, Zirkularität und scheinbarer Unausweichlichkeit identifizieren.³⁵

Deshalb sollte eine Behandlung interpersonelle Verzerrungen korrigieren und den Klienten so befähigen, ein erfüllteres, weniger eingegangtes Leben zu führen und mit anderen im Rahmen realistischer, für alle Beteiligten befriedigender interpersoneller Beziehungen zusammenzuarbeiten: »Man wird in dem Maße psychisch gesund, wie man sich der eigenen interpersonellen Beziehungen bewusst wird.«³⁶ Die psychische Heilung besteht in der »Erweiterung des Selbst mit dem Ziel, die Selbsteinschätzung des Klienten mit seinem Verhalten anderen gegenüber in Einklang zu bringen.«³⁷

Obwohl zentrale negative Überzeugungen, die die eigene Person betreffen, durch eine Therapie nie völlig aufgelöst werden können, entsteht durch sinnvolle psychotherapeutische Arbeit die Fähigkeit, interpersonelle Flexibilität und Kompetenz zu erwerben. Die Klientin kann sich dann eines umfassenderen, flexibleren, empathischeren und stärker angepassten Repertoires von Reaktionsweisen bedienen und so die ursprünglich dysfunktionalen durch konstruktivere Verhaltensoptionen ersetzen.³⁸

Die Verbesserung der interpersonellen Kommunikation steht dementsprechend im Mittelpunkt einiger gruppentherapeutischer Ansätze, die Eltern und Kinder in die Arbeit einbeziehen und der Behandlung von Verhaltensstörungen und antisozialem Verhalten von Kindern dienen. Wenn Kinder ihre Bedürfnisse und Eltern ihre Erwartungen an die Kinder unzulänglich kommunizieren, entstehen bei Kindern wie Eltern Gefühle persönlicher Hilflosigkeit und Unzulänglichkeit. Dies hat bei den Kindern

Ausagieren und bei den Eltern oft feindselige und entwertende Reaktionen zur Folge, die die Atmosphäre noch weiter aufheizen, ohne dass dies beabsichtigt wäre.³⁹ In Gruppen dieser Art lernen Eltern und Kinder, dysfunktionale interpersonelle Kommunikationszyklen zu erkennen und sie mithilfe von Psychoedukation und Problemlösungstechniken, durch Einüben interpersoneller Kompetenzen sowie durch Rollenspiel und Feedback zu korrigieren.

Diese Vorstellungen – nämlich dass Psychotherapie sowohl in ihren Zielen als auch in ihren Mitteln weitgehend interpersonell ist – sind für die Gruppentherapie sehr wichtig. Das bedeutet nicht, dass alle oder auch nur die meisten Klienten, die eine Gruppentherapie beginnen, *ausdrücklich* ihrer interpersonellen Beziehungen wegen Hilfe suchen. Allerdings haben wir beobachtet, dass sich die Therapieziele von Klienten oft nach einigen Sitzungen verändern. Die Betroffenen modifizieren dann ihr ursprüngliches Ziel, ihr Leiden zu lindern, und ersetzen es durch neue Ziele, bei denen es gewöhnlich um interpersonelle Themen geht. Beispielsweise kann aus dem ursprünglichen Wunsch, eine Angst oder Depression zu überwinden, das Ziel werden, mit anderen besser kommunizieren zu können, im Umgang mit ihnen mehr Vertrauen zu entwickeln, ihnen gegenüber ehrlicher zu sein oder zu lernen, andere Menschen zu lieben. In Kurzzeittherapien im Gruppenrahmen muss dieses Übersetzen der Sorgen und Bestrebungen der Teilnehmer in interpersonelle Ziele möglicherweise bereits in der Einschätzungs- und Vorbereitungsphase in Zusammenarbeit und auf transparente Weise erfolgen.⁴⁰

Die Verschiebung des Therapieziels von der Linderung des Leidens auf die Veränderung der interpersonellen Verhaltenskompetenz ist ein wichtiger früher Schritt im dynamischen

Therapieprozess, der auch Auswirkungen auf die Denkweise des Therapeuten hat. Wir erkennen an, dass Depressionen durch viele Faktoren verursacht werden, wir glauben aber, dass die zugrunde liegende interpersonelle Pathologie die Depression verursacht und aufrechterhält. *Daher glauben wir, dass es bei der Arbeit mit depressiven Klienten in der Gruppentherapie notwendig ist, die Depression zunächst in einen interpersonellen Rahmen zu übersetzen und dann die zugrunde liegende interpersonelle Pathologie zu behandeln.*⁴¹ Die Therapeutin übersetzt die Depression also zunächst in ihre interpersonellen Elemente – beispielsweise passive Abhängigkeit, Isolation, Unterwürfigkeit, die Unfähigkeit, Wut auszudrücken, und Überempfindlichkeit gegenüber Trennung. Erst danach geht sie auf diese interpersonellen Probleme ein.

Die Bedeutung der interpersonellen Beziehungen für die psychische Gesundheit ist zu einem so festen Bestandteil psychiatrischen Denkens geworden, dass ich darauf nicht noch weiter eingehen muss. Menschen brauchen Menschen – um zu Beginn und im weiteren Verlauf ihres Daseins überleben zu können, ihre Sozialisation zu bewältigen und zufrieden leben zu können. Niemand – weder ein Sterbender noch ein Geächteter noch ein Mächtiger – ist über das Bedürfnis nach Kontakt zu anderen Menschen erhaben.

Während der vielen Jahre der Leitung von Gruppen mit Klienten, die an irgendeiner fortgeschrittenen Form von Krebs litten oder noch leiden, ist uns immer wieder klar geworden, dass wir angesichts des Todes weniger mit der Aussicht auf das Nichtsein oder das Nichts kämpfen, sondern eher mit dem Gefühl, dass wir auf unserem Weg dorthin völlig allein sind.⁴² Sterbende Klienten werden oft von Sorgen interpersoneller Art gequält – davon, dass

die Welt der Lebenden sie im Stich lässt oder sogar meidet.

Die Isoliertheit Sterbender ist nicht nur den Menschen in ihrer Umgebung zuzuschreiben. Oft meiden sie selbst diejenigen, die ihnen am liebsten sind, weil sie fürchten, ihre Familie und ihre Freunde in den Abgrund ihrer eigenen Verzweiflung hineinzuziehen. Ihre Freunde und Familienangehörige tragen zur Isolation des Kranken bei, indem sie zögerlich und zunehmend distanziert kommunizieren, weil sie nicht wissen, wie sie mit einem Sterbenden reden sollen und weil sie diesen und auch sich selbst nicht beunruhigen wollen. Wie Elisabeth Kübler-Ross sind wir der Ansicht, dass es nicht um die Frage geht, ob man einen Kranken offen und ehrlich über eine tödliche Erkrankung aufklären sollte, sondern darum, wie man es ihm sagt. Aufgrund des Verhaltens seiner Mitmenschen, des Rückzugs der Lebenden, ist ihm ohnehin klar, dass er bald sterben wird.⁴³

Man verfällt leicht in Vermeidungsverhalten und Zögerlichkeit in der Kommunikation. Ich (ML) erinnere mich daran, dass bei meiner Mutter Bauchspeicheldrüsenkrebs im Endstadium diagnostiziert wurde, während ich Gruppen für Frauen mit metastasierendem Brustkrebs leitete. Eines Abends warf meine Mutter am Küchentisch die Frage auf, warum niemand in der Familie über die Bar Mitzwa meines Sohnes sprach, die acht Monate später stattfinden sollte. Es entstand ein langes Schweigen. Meine Mutter fügte dann hinzu: »Die Leute reden nicht über Benjis Bar Mitzwa, weil jeder weiß, dass ich vorher gestorben sein werde.« Mein sonst so sanftmütiger und zurückhaltender Vater regte sich auf und erwiderte schnell, dass sie zu pessimistisch sei; sie solle hoffnungsvoll sein und nichts so Negatives denken.

Sie wirkte niedergeschlagen, und ich beschloss, das in die Tat umzusetzen, wozu ich meine Gruppenmitglieder und deren Familien ermutigt hatte. Ich wandte mich an sie und sagte: »Mama, ich hoffe, dass du dich mit deiner Krankheit irrst, aber vielleicht hast du recht, und mir ist jetzt klar, dass wir nicht über Benjis Bar Mitzwa gesprochen haben, weil wir vermeiden wollten, darüber nachzudenken, dass du vielleicht nicht mit dabei sein wirst. Mir ist auch klar, dass unsere Vermeidung dazu führt, dass du dich allein und ausgeschlossen fühlst. Auch wenn wir den Ausgang deiner Krankheit wohl nicht ändern können, so können wir doch deine Gefühle in diesem Augenblick ändern. Ich verspreche, dass wir dir alles über unsere Pläne erzählen und dich so weit wie möglich einbeziehen werden.«

Meine Mutter lächelte, dankte mir und sagte: »Jetzt weiß ich, welche Arbeit ich zu tun habe.« Meine Mutter erlebte die Bar Mitzwa tatsächlich nicht mehr, aber die letzten paar Monate ihres Lebens verbrachte sie in einer viel offeneren, vertrauteren und kommunikativeren Weise – was für sie und für uns alle viel besser war.

Ärzte tragen zur Isolation Sterbender oft bei, indem sie zu Patienten mit Krebs im fortgeschrittenen Stadium psychische Distanz halten – wahrscheinlich, um ihren Gefühlen des Versagens und der letztendlichen Vergeblichkeit aller Bemühungen auszuweichen, vielleicht aber auch, um ihre Angst vor dem eigenen Tod zu verdrängen. Ihr Fehler ist anzunehmen, dass sie ohnehin nichts mehr tun könnten. Für den Patienten ist dies der Zeitpunkt, zu dem er den Arzt am dringendsten braucht – nicht wegen medizinischer Hilfe, sondern einzlig und

allein um seiner Präsenz als Mensch willen. Der Mensch braucht in dieser Situation Kontakt; er muss andere Menschen anfassen und seine Sorgen offen äußern können und sich auf diese Weise vergegenwärtigen, dass er nicht nur anders (*apart from*) ist, sondern auch immer noch dazugehört (*a part of*). Einige psychotherapeutische Ansätze haben mittlerweile begonnen, sich der speziellen Bedürfnisse unheilbar Kranker anzunehmen – ihrer Angst vor Isolation und ihres Wunsches, in ihren Beziehungen ihre Würde zu behalten.⁴⁴

Das gilt auch für die von der Gesellschaft Geächteten – jene Menschen, die so sehr an Abneigung gewöhnt sind, dass sie vielleicht behaupten oder so tun, als bräuchten sie niemanden. Aber auch wenn es so scheint, als seien sie unempfindlich gegenüber dem Bedürfnis nach zwischenmenschlichen Kontakten, sind sie es nicht. Ein Erlebnis in einem Gefängnis hat mir (IY) nachdrücklich gezeigt, dass diese Bedürfnisse wirklich allen Menschen eigen sind. Ein psychotherapeutischer Berater, der noch wenig Erfahrung in der Gruppenarbeit hatte, bat mich einmal wegen seiner aus zwölf Gefängnisinsassen bestehenden Therapiegruppe um Rat. Alle Gruppenmitglieder waren Schwerstkriminelle, deren Delikte von der Vergewaltigung Minderjähriger bis hin zum Mord reichten. Der Gruppenleiter klagte, die Gruppe sei träge und beschäftige sich ständig mit Dingen, die mit der Gruppenarbeit nichts zu tun hätten. Ich erklärte mich bereit, seine Gruppe zu beobachten, und schlug ihm vor, er solle zunächst versuchen, einige soziometrische Informationen zu sammeln, indem er jedes Gruppenmitglied einzeln auffordere, die allgemeine Beliebtheit aller anderen Teilnehmer einzuschätzen. (Ich hatte gehofft, das Gespräch über diese Aufgabe werde die Gruppe dazu bringen, ihre Aufmerksamkeit auf sich selbst zu kon-

zentrieren.) Wir hatten zwar geplant, die Ergebnisse vor der folgenden Gruppensitzung zu besprechen, sahen uns jedoch durch unvorhergesehene Umstände gezwungen, unsere Besprechung vor der nächsten Gruppensitzung abzusagen.

Beim Treffen der Gruppe kündigte der entthusiastische, aber noch sehr unerfahrene und für interpersonelle Bedürfnisse nicht genügend sensibilisierte Therapeut an, er werde die Ergebnisse der Befragung laut vorlesen. Als die Gruppenmitglieder dies hörten, reagierten sie aufgebracht und ängstlich. Sie erklärten, sie wollten die Ergebnisse nicht wissen. Einige stellten die verheerenden Folgen, die es für sie haben könnte, wenn sie erfahren, dass sie am Ende der Liste stünden, so drastisch dar, dass der Therapeut seinen Plan, die Liste laut vorzulesen, rasch aufgab.

Ich schlug für die nächste Gruppensitzung etwas anderes vor: Jedes Mitglied sollte angeben, wessen Stimme ihm in der Gruppe am wichtigsten sei, und seine Entscheidung anschließend erklären. Auch dies erschien der Mehrheit der Gruppe als zu bedrohlich, und nur ein Drittel der Gruppenmitglieder wagte es, eine entsprechende Wahl zu treffen. Trotzdem wechselte die Gruppe auf diese Weise auf eine interaktionelle Ebene über, und es entstanden ein Maß an Spannung und Engagement und eine Hochstimmung, wie es in dieser Gruppe bisher noch nie der Fall gewesen war. Diese Männer waren von der Gesellschaft im höchstmöglichen Maße abgelehnt worden: Man hatte sie eingesperrt, ausgesondert und ausdrücklich als Ausgestoßene deklariert. Auf den beiläufigen Beobachter wirkten sie verhärtet und den Feinheiten interpersoneller Billigung und Missbilligung gegenüber gleichgültig – und doch waren ihnen diese wichtig, sogar sehr wichtig.

Das Bedürfnis, von anderen akzeptiert zu werden und mit ihnen zu interagieren, ist bei Menschen am anderen Ende der Skala menschlichen Glücks oder Unglücks – bei jenen, die sich in den höchsten Höhen von Macht, Ansehen oder Reichtum befinden – nicht anders. Ich (IY) habe einmal drei Jahre lang mit einer unvorstellbar reichen Klientin gearbeitet. Dabei ging es hauptsächlich darum, dass das Geld einen Keil zwischen sie und andere trieb. Gab es auch nur einen einzigen Menschen, der sie um ihrer selbst willen und nicht wegen ihres Geldes schätzte? Wurde sie von anderen ständig ausgenutzt? Bei wem konnte sie sich darüber beklagen, dass ein Vermögen von neunzig Millionen Dollar eine Bürde war? Das Geheimnis ihres Reichtums isolierte sie von anderen Menschen. (Einsamkeit ist übrigens auch für Gruppentherapeuten ein wichtiges Thema. In Kapitel 7 werde ich auf die mit der Rolle des Gruppenleiters verbundene Einsamkeit zu sprechen kommen.)

Wohl jede Gruppentherapeutin hat schon Klienten erlebt, die sich gegenüber der Gruppe gleichgültig oder distanziert zeigten. Sie erklären: »Mir ist gleich, was sie über mich sagen, denken oder empfinden; sie sind mir sowieso egal; ich habe keinen Respekt vor den anderen Gruppenmitgliedern« oder Ähnliches. Wenn es uns gelingt, solche Klienten lange genug in der Gruppe zu halten, was bei Menschen mit distanziert-beziehungsabweisenden Bindungsstilen nicht immer einfach ist, tauchen mit ziemlicher Sicherheit Kontaktwünsche auf.⁴⁵ Sehr tief innen ist ihnen die Gruppe durchaus nicht gleichgültig. Die Herausforderung in diesen Situationen besteht darin, das interpersonelle Muster zu überwinden, bevor es irreversible Antipathie und Ressentiments bei den Gruppenmitgliedern hervorruft. Eine solche Klientin, die ihre Pose der Gleichgültigkeit

viele Monate lang aufrechterhalten hatte, wurde in einer Sitzung aufgefordert, der Gruppe ihre unausgesprochene Frage zu stellen – die Frage, die sie der Gruppe am allerliebsten stellen würde. Zum Erstaunen aller fragte diese äußerst reserviert und distanziert wirkende Frau: »Wie könnt ihr mich nur ertragen?«

Viele Klienten erwarten die Gruppensitzungen geradezu ungeduldig oder ängstlich; manche sind danach zu mitgenommen, um nach Hause fahren oder in der Nacht schlafen zu können; viele führen während der Woche zwischen den Sitzungen imaginäre Gespräche mit der Gruppe. Außerdem hält die Beschäftigung mit den anderen Gruppenmitgliedern oft sehr lange an; ich kenne viele Klienten und Klientinnen, die Monate oder sogar noch Jahre nach Ende der Gruppentherapie an die anderen Gruppenmitglieder denken oder von ihnen träumen. Ein Mann, der kurz vor dem Austritt aus seiner Gruppe stand, wollte sich ein »Gruppen«-Tattoo stechen lassen.

Um es noch einmal kurz zusammenzufassen: Niemand bleibt gegenüber den anderen Mitgliedern seiner Therapiegruppe lange gleichgültig. Und kein Klient verlässt eine solche Gruppe, weil er sich darin langweilt. Wenn jemand sagt, dass er die anderen Mitglieder seiner Gruppe verachte, gering schätzt, vor ihnen Angst habe, durch sie entmutigt werde, sich ihretwegen schäme, wegen ihnen in Panik gerate oder sie hasse, kann das zutreffen. Aber glauben Sie nie, dass jemandem eine Gruppe, die er verlässt, gleichgültig ist!

Wir haben uns in diesem Abschnitt mit einigen Aspekten der Persönlichkeitsentwicklung, der interpersonellen Neurobiologie, der ausgereiften Funktionsfähigkeit, der Psychopathologie und der psychotherapeutischen Behandlung aus der Perspektive der interpersonellen Theorie beschäftigt. Viele der angesprochenen

Themen sind für den gruppentherapeutischen Prozess von zentraler Bedeutung: die Auffassung, dass eine wichtige Komponente des Leidens unserer Klienten von gestörten zwischenmenschlichen Beziehungen ausgeht; dass gute Beziehungen für den Heilungsprozess wesentlich sind; die Rolle der konsensualen Validierung bei der Veränderung interpersoneller Verzerrungen; die Definition des therapeutischen Prozesses als einer adaptiven Modifikation interpersoneller Beziehungen; und die Beständigkeit und Stärke der sozialen Bedürfnisse von Menschen. Wir werden uns nun der korrigierenden emotionalen Erfahrung zuwenden, der zweiten der drei Vorstellungen, die wir kennen müssen, um den therapeutischen Faktor interpersonelles Lernen verstehen zu können.

Die korrigierende emotionale Erfahrung

Franz Alexander hat 1946 die Idee der »korrigierenden emotionalen Erfahrung« (*corrective emotional experience*) eingeführt. Er schrieb, das Grundprinzip der Behandlung sei, »den Klienten unter günstigeren Umständen in emotionale Situationen zu versetzen, mit denen er in der Vergangenheit nicht fertig geworden ist. Man kann einer Klientin nur helfen, wenn man ihr eine korrigierende emotionale Erfahrung ermöglicht, die den traumatischen Einfluss früherer Erfahrungen zu neutralisieren vermag.«⁴⁶ Alexander beharrte darauf, dass intellektuelle Einsicht allein nicht ausreiche, sondern eine emotionale Komponente einzbezogen werden und eine systematische Realitätsprüfung stattfinden müsse. Der Klient, der aufgrund der Übertragung (oder der parataktischen Verzerrung) mit dem Analytiker affektiv dysfunktional interagiere, müsse sich allmäh-

lich dessen bewusst werden, dass »diese Reaktionen ... weder der realen Situation zwischen Klient und Therapeut angemessen (sind) noch den aktuellen interpersonellen Beziehungen des Klienten im Alltagsleben.«⁴⁷

Obwohl die Vorstellung der korrigierenden emotionalen Erfahrung im Laufe der Jahre immer wieder kritisiert wurde, weil man sie fälschlich für unauthentisch hielt, sehen heutige Psychotherapien sie als einen der Grundpfeiler therapeutischer Wirkung an. Veränderungen sowohl auf der Ebene des Verhaltens als auch auf der tieferen Ebene der internalisierten Bilder aus früheren Beziehungen beruhen nicht in erster Linie auf Deutung und Einsicht, sondern auf bedeutsamen Erfahrungen von Bezogenheit im Hier und Jetzt, welche die pathogenen Überzeugungen des Klienten entkräften.⁴⁸ Eine derartige Widerlegung dysfunktionaler Überzeugungen kann eine dramatische Veränderung bewirken: Die Klienten bringen dann in stärkerem Maße ihre Emotionen zum Ausdruck, erinnern sich häufiger an für sie wichtige prägende Erfahrungen und lassen mehr Mut und ein stärkeres Selbstwertgefühl erkennen.⁴⁹ Sie gewinnen ein ausgewogeneres Verständnis dafür, wie Beziehungen funktionieren und welche Rolle sie in diesen Beziehungen spielen.⁵⁰ Die korrigierende emotionale Erfahrung stellt das Vertrauen in die interpersonelle Welt wieder her oder bewirkt, vielleicht zum ersten Mal, was der bekannte Psychotherapie-theoretiker und -forscher Peter Fonagy und seine Kollegen als epistemisches Vertrauen bezeichnen. Epistemisches Vertrauen fördert die Fähigkeit, auf das zu vertrauen, was Menschen sagen und tun, und sich ohne übermäßige Wachsamkeit auf die Welt einzulassen.⁵¹

Diese Grundprinzipien – die Bedeutung emotionalen Erlebens in der Therapie und die (durch Realitätsprüfung ermöglichte) Entde-

ckung des Klienten, dass seine interpersonellen Reaktionen unangemessen sind – spielen in der Gruppentherapie eine ebenso wichtige Rolle wie in der Einzeltherapie, möglicherweise sogar eine noch wichtigere, weil die Gruppensituation wesentlich mehr Möglichkeiten für korrigierende emotionale Erfahrungen bietet. In einer Einzeltherapie kommen korrigierende emotionale Erfahrungen seltener vor, weil die Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin isolierter ist und die Klientin Spontaneität, Wirkungsbereich und Authentizität dieser Beziehung eher anzweifeln kann. (Wir nehmen an, dass Alexander sich darüber im Klaren war, denn er hat einmal die Auffassung vertreten, der Analytiker müsse gegebenenfalls wie ein Schauspieler eine Rolle spielen, um die gewünschte emotionale Atmosphäre zu erzeugen – daher die frühe Kritik bezüglich Erfindung.)⁵² Die korrigierende emotionale Erfahrung hat ihre Präsenz als Eckpfeiler des »heilenden« Charakters unserer Arbeit zurückgewonnen.⁵³

In einer Therapiegruppe ist eine derartige Simulation nicht erforderlich, weil in ihr ohnehin zahlreiche Spannungen bestehen, die in frühesten Erfahrungen wurzeln: Geschwisterrivalität, Konkurrenz um die Aufmerksamkeit der Gruppenleiter/Eltern, Kampf um Dominanz und Status, sexuelle Spannungen, parataktische Verzerrungen und Unterschiede hinsichtlich Kultur, ethnischer Zugehörigkeit, Gender, wirtschaftlichem Status, sozialer Schicht, Bildung und Wertvorstellungen. *Doch Reaktivierung und Ausdruck des unverarbeiteten Affekts allein reichen nicht aus:* er muss in eine korrigierende emotionale Erfahrung verwandelt werden. Dazu sind zwei Voraussetzungen erforderlich: (1) Die Gruppenmitglieder müssen die Gruppe als so sicher und unterstützend empfinden, dass sie es wagen, derartige Span-

nungen offen auszudrücken; (2) das Engagement muss stark genug sein, und es muss ehrliches Feedback gegeben werden, damit eine adäquate Realitätsprüfung und Verarbeitung dieses Feedbacks möglich wird.⁵⁴

Im Laufe langjähriger klinischer Arbeit haben wir alle unsere Klienten nach Abschluss ihrer Gruppentherapie befragt. Wir erkundigen uns dann immer, ob sie sich an eine wichtige Situation in der Therapie erinnern, die ihnen als Wendepunkt erscheint oder die sie für das nützlichste Ereignis in der gesamten Arbeit halten. Unsere Klienten nennen fast immer Situationen, die mit starken Emotionen verbunden waren und an denen ein anderes Gruppenmitglied beteiligt war. Die Rolle des Therapeuten in diesen Situationen wurde weniger häufig genannt.

Am häufigsten haben meine (IY) Klienten (wie auch die von Frank und Ascher beschriebenen Klienten)⁵⁵ vom plötzlichen Ausdruck starken Abscheus oder starken Ärgers auf ein anderes Gruppenmitglied berichtet. In allen von ihnen beobachteten Fällen blieb die kommunikative Verbindung bestehen, der Sturm legte sich und die Klientin erlebte ein Gefühl der Befreiung von inneren Einschränkungen sowie eine Steigerung der Fähigkeit, die eigenen interpersonellen Beziehungen gründlicher zu untersuchen.

Die gemeinsamen Merkmale solcher kritischer Phasen waren:

1. Der Klient brachte starken negativen Affekt zum Ausdruck.
2. Dieser Ausdruck war für ihn eine einzigartige oder neuartige Erfahrung.
3. Der Klient hatte sich davor gefürchtet, Wut auszudrücken, doch blieb die erwartete Katastrophe aus: Niemand ging fort oder starb und das Dach stürzte auch nicht ein.

4. Darauf folgte eine Realitätsprüfung. Dem Klienten wurde entweder klar, dass der ausgedrückte Ärger zu stark oder nicht auf ein angemessenes Ziel gerichtet war, oder er erkannte die Irrationalität seines früheren generellen Vermeidens von Affektaußerung. Manchmal gelangte er dadurch zu einer Einsicht – d.h., ihm wurde klar, wie der unangemessene Affekt zustande gekommen war oder warum er es früher gemieden hatte, Affekt entweder zu erleben oder auszudrücken.
5. Der Klient entwickelte die Fähigkeit zu freiem Verhalten in der Interaktion und zur gründlicheren Untersuchung seiner Beziehungen zu anderen Menschen.

Wenn wir merken, dass zwischen zwei Gruppenmitgliedern ein Konflikt besteht, nehmen wir an, dass sie im Laufe der Therapie wahrscheinlich eine ziemlich wichtige Rolle für einander spielen werden. Handelt es sich um einen besonders unangenehmen Konflikt, versuchen wir manchmal, das Unbehagen zu verringern, indem ich meine Ahnung laut ausspreche. Damit vermitteln wir sowohl hilfreiche Zurückhaltung als auch Hoffnung in potenziellen Momenten des Schreckens.

Auch bei der zweithäufigsten Art von Vorfällen, die meine Klienten und Klientinnen beschreiben, ist starker Affekt im Spiel – in diesem Fall positiver Affekt. Beispielsweise beschrieb ein beziehungsabweisender, zwanghafter Klient eine Situation, in der er einem anderen Gruppenmitglied, das in einer Anwandlung von Verzweiflung fluchtartig den Gruppenraum verlassen hatte, nachgelaufen war; später berichtete er, es habe ihn zutiefst berührt festzustellen, dass er sich um einen anderen Menschen kümmern und ihm sogar helfen könne. Auch andere Gruppenteilnehmer

berichteten darüber, wie sie ihre Lebendigkeit entdeckt oder gespürt hatten, dass sie mit sich selbst in Kontakt waren. Den Situationen, die sie beschrieben, waren folgende Merkmale gemeinsam:

1. Die Klientin brachte starken positiven Affekt zum Ausdruck – was für sie ungewöhnlich war.
2. Die befürchtete Katastrophe – Hohn, Zurückweisung, ein Zustand völliger Erschütterung, die Vernichtung anderer – trat nicht ein.
3. Die Klientin entdeckte einen Teil von sich selbst, der ihr bisher unbekannt gewesen war, und dadurch wurde es ihr möglich, zu anderen Menschen auf eine für sie neuartige Weise in Beziehung zu treten.

Die am dritthäufigsten genannte Ereigniskategorie ähnelt der zweithäufigsten. Die Klienten erinnern sich an eine Situation, in der sie gewöhnlich etwas Wesentliches über sich selbst offenbart haben, wodurch ihre Beziehung zur Gruppe intensiviert wurde. Beispielsweise gestand ein vorher sehr verschlossener und schweigsamer Klient, der einige Gruppensitzungen versäumt hatte, wie sehr er sich wünsche, von der Gruppe zu hören, dass sie ihn während seiner Abwesenheit vermisst habe. Auch andere gingen auf die eine oder andere Weise das Risiko ein, ihr Bedürfnis nach Zuwendung, Unterstützung oder Anerkennung durch die Gruppe offen einzugehen.

Die korrigierende emotionale Erfahrung in der Gruppentherapie besteht offenbar aus folgenden Komponenten:

1. einem starken interpersonell orientierten emotionalen Ausdruck, der für den Klienten mit einem Risiko verbunden ist;

2. einer Gruppe, deren Unterstützung es dem Klienten ermöglicht, das Risiko einzugehen;
3. einer Realitätsprüfung, in deren Verlauf der Klient das Vorgefallene mithilfe einer konsensualen (das Urteil anderer Gruppenmitglieder einbeziehenden) Validierung untersucht;
4. der Erkenntnis, dass bestimmte interpersonelle Gefühle und Verhaltensweisen unangemessen sind oder dass es abträglich ist, bestimmte interpersonelle Verhaltensmuster zu vermeiden;
5. und schließlich der Förderung der Fähigkeit des Klienten, mit anderen Menschen intensiver und ehrlicher zu interagieren.

Eine Therapie muss eine emotionale und eine korrigierend wirkende Erfahrung sein. Aufklärung ohne die Möglichkeit der Wiedergutmachung wirkt eher strafend und demoralisierend. Wenn wir unsere Gruppenmitglieder ermutigen, so in die Gruppe zu kommen, wie sie wirklich sind, mit ihrer Verletzlichkeit, Hoffnung und Angst, ist es unsere Aufgabe sicherzustellen, dass es sich für sie lohnt, dies zu tun. Diese Doppelnatur des Therapieprozesses ist elementar, und wir werden im Laufe dieses Buches immer wieder auf sie zurückkommen. Wir müssen Situationen, mit denen wir konfrontiert werden, sehr intensiv erleben; aber wir müssen auch unseren Verstand nutzen, um die Implikationen dieser emotionalen Erfahrung zu verstehen. Der prototypische Ablauf umfasst das emotionale Erleben des Klienten, den emotionalen Ausdruck und wird durch die emotionale Verarbeitung abgeschlossen.⁵⁶ Im Laufe der Zeit verändern sich die tief verwurzelten Überzeugungen des Klienten – und diese Veränderungen werden durch konstruktive interpersonelle Reaktionen anderer Men-

schen, die durch die neuen interpersonellen Verhaltensweisen des Klienten hervorgerufen werden, verstärkt. Da sich selbst in subtilen Veränderungen des interpersonellen Verhaltens ein tief reichender Wandel spiegeln kann, sollten diese vom Therapeuten und von den übrigen Gruppenmitgliedern gewürdigt und verstärkt werden.

Bonnie, eine depressive junge Frau, schilderte lebhaft ihre isolierte und von Entfremdung geprägte Situation. Anschließend wendete sie sich an Alice, die während des Berichts geschwiegen hatte. Bonnie und Alice hatten oft miteinander gestritten, weil Bonnie Alice immer wieder vorgeworfen hatte, sie ignoriere sie und lehne sie ab. In dieser Sitzung jedoch äußerte sich Bonnie Alice gegenüber etwas einfühlsamer, indem sie fragte, was ihr Schweigen bedeute. Alice antwortete, sie habe gründlich zugehört und darüber nachgedacht, wie viel sie beide gemeinsam hätten. Bonnies sanftere Nachfrage habe es ihr ermöglicht, ihre Gedanken auszudrücken, statt sich gegen den Vorwurf, kein Mitgefühl zu haben, zur Wehr setzen zu müssen – was in früheren Gruppensitzungen mehrfach zu einer kontraproduktiven Entwicklung des Dialogs geführt hatte. Durch die scheinbar geringfügige, aber offenbar doch sehr wichtige Veränderung, die darin bestand, dass Bonnie sich nun aus einer empathischen Grundhaltung heraus an Alice wenden konnte, wurde die Beziehung der beiden geheilt, statt dass ein altbekanntes dysfunktionales Muster ein weiteres Mal wiederholt wurde.

Dieser Gedanke ist sehr wichtig für einen Schlüsselbegriff des gruppentherapeutischen

Ansatzes, das *Hier und Jetzt*, womit wir uns in Kapitel 6 eingehend beschäftigen werden. An dieser Stelle muss es genügen, dass wir die folgende Grundannahme festhalten: *Wenn die Therapiegruppe sich auf das Hier und Jetzt konzentriert, wird ihre therapeutische Wirkung stärker.*

Doch kann die Fokussierung auf das Hier und Jetzt (auf das, was in diesem Raum in der unmittelbaren Gegenwart geschieht) nur dann therapeutisch wirken, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind: Die Gruppenmitglieder müssen einander so spontan und ehrlich wie möglich erleben und sie müssen über ihr Erleben reflektieren. Dieses Reflektieren des Geschehenen ist für die Verwandlung einer emotionalen Erfahrung in eine therapeutische entscheidend. In Kapitel 5, wo die Aufgaben des Therapeuten beschrieben werden, wird erläutert, dass es den meisten Gruppen nicht schwerfällt, sich in den emotionalen Strom des Hier und Jetzt zu begeben; doch befreit dies den Therapeuten nicht von der Aufgabe, die Gruppe immer wieder zur Selbstreflexion zurückzuführen. Eine starke emotionale Erfahrung allein ist keine ausreichende Antriebskraft für Veränderung.

Der Nachweis, dass der psychotherapeutische Prozess sowohl emotionale als auch intellektuelle Komponenten beinhaltet, wurde durch eine intensive Studie untermauert, die meine (IY) Kollegen und ich durchführten. Wir untersuchten viele der in den 1970er-Jahren beliebten Begegnungsmethoden, bei denen die Ermöglichung oder das Hervorrufen emotionaler Erfahrungen im Vordergrund stand (Ausdruck und Erleben starker Affekte, Selbstoffenbarung, Geben und Empfangen von Feedback).⁵⁷ Die Studie untersuchte auf verschiedene Weise die Beziehung zwischen den Erfahrungen der Gruppenmitglieder in diesen

Gruppen und ihren Ergebnissen. Wir erhielten überraschende Resultate, die viele der zeitgenössischen Stereotypen über die Hauptbestandteile einer erfolgreichen Encounter-Gruppe widerlegten. Obwohl emotionale Erfahrungen als äußerst wichtig angesehen wurden, unterschieden sie nicht zwischen erfolgreichen und erfolglosen Gruppenmitgliedern. Mit anderen Worten, die Mitglieder, die sich nicht veränderten oder für die sich die Gruppe als destruktive Erfahrung erwies, schätzten die emotionalen Ereignisse in der Gruppe genauso hoch ein wie die erfolgreichen Mitglieder. Und die Studie lieferte eindeutige Beweise dafür, dass eine *kognitive Komponente* wesentlich ist – eine Art kognitiver Landkarte war erforderlich, ein intellektuelles System, das dem Erlebten einen Rahmen gab, und die Emotionen, die in der Gruppe hervorgerufen wurden, mit einer Bedeutung verband.

Die Gruppe als sozialer Mikrokosmos

Eine frei interagierende Gruppe, die kaum durch strukturelle Faktoren in ihrer Entfaltung behindert wird, entwickelt sich im Laufe der Zeit zu einem sozialen Mikrokosmos ihrer Mitglieder. Wenn man den Klienten genug Zeit lässt, fangen sie alle irgendwann an, sie selbst zu sein: Sie interagieren dann mit den übrigen Gruppenmitgliedern so wie mit den Menschen in ihrer gewohnten sozialen Umgebung und lassen in der Gruppe das interpersonelle Universum entstehen, in dem sie ständig leben. Klienten zeigen in einer Therapiegruppe im Laufe der Zeit unwillkürlich und unvermeidbar ihr fehlangepasstes interpersonelles Verhalten. Sie brauchen weder ihre Pathologie zu beschreiben noch detailliert deren Entstehungsgeschichte zu schildern: *Früher oder später in-*

*szenieren sie ihre Problematik vor den Augen der anderen Gruppenmitglieder.**

Außerdem liefert ihr Verhalten zuverlässigere Informationen als Selbstberichte, weil es nicht durch die für Letztere unvermeidlichen blinden Flecken in seiner Zuverlässigkeit eingeschränkt wird. Für Klienten ist es schwierig, über eine Charakterpathologie zu berichten, weil diese so tief mit ihrer Persönlichkeit verwoben und außerhalb ihrer bewussten und expliziten Wahrnehmung ist. Deshalb ist die Gruppentherapie, in der das Feedback eine so wichtige Rolle spielt, für Menschen mit Störungen dieser Art eine besonders geeignete Behandlungsform.⁵⁸ Eine überzeugende, persönliche Perspektive bietet David Payne in der New York Times. In »Why Group Therapy Worked« (Warum Gruppentherapie funktioniert) stellt er fest:

Warum funktionierte die Gruppentherapie, während die Einzeltherapie nicht funktionierte? Zum Teil lag es daran, dass neun verschiedene Spiegel mein problematisches Verhalten in ein helles und eindeutiges Licht rückten, was ich in der Einzeltherapie vermeiden konnte. Die Einzeltherapie ermutigte mich auch, mich auf die Vergangenheit zu konzentrieren, auf die Verletzungen, die ich in der Kindheit

erlitten hatte; die Gruppentherapie zwang mich zu sehen, wer ich jetzt war, der manchmal verletzende Erwachsene, der ich geworden war. Für mich war das die bittere Pille, die zur Veränderung führte.⁵⁹

Hier handelt es sich um eines der Fundamente des gruppentherapeutischen Ansatzes: Während der Transaktionen innerhalb der Gruppe wird irgendwann der interpersonelle Verhaltensstil jedes Gruppenmitglieds erkennbar. Einige dieser persönlichen Eigenarten erzeugen interpersonelle Dissonanzen, die in der Regel schon zu Beginn der Zusammenarbeit einer Gruppe erkennbar werden.

Beispielsweise rufen Gruppenmitglieder, die dominant, ärgerlich oder rachsüchtig sind, die hart urteilen, sich extrem passiv zeigen oder sich besonders kokett verhalten, meist schon in den ersten Gruppensitzungen starke interpersonelle Turbulenzen hervor. Ihre dysfunktionalen sozialen Verhaltensmuster ziehen schnell die Aufmerksamkeit der Gruppe auf sich. Bei anderen treten die Schwierigkeiten erst später im Hier und Jetzt der Gruppe zutage. Dazu zählen Klienten, die ebenso große oder sogar noch größere, aber subtilere Probleme haben – beispielsweise Menschen, die andere insgeheim ausnutzen, oder solche, die sich in einem gewissen Maße auf andere einlassen, sich aber dann aus Angst zurückziehen; oder jene, die den Anschein erwecken, sich auf andere einzulassen, dabei aber stets in einer sich unterordnenden, willfährigen Haltung verharren.

Die erste Aufgabe einer Gruppe besteht gewöhnlich darin, sich mit den Gruppenmitgliedern auseinanderzusetzen, deren Pathologie im interpersonellen Kontakt am deutlichsten zum Ausdruck kommt. Einige Verhaltensstile treten schon bei der ersten Interaktion kristall-

* In einer Studie aus dem Jahr 2015 wurden die Selbsteinschätzungen von 207 einzelnen Gruppenmitgliedern zu den zentralen zwischenmenschlichen Dimensionen Zugehörigkeit und Dominanz untersucht. Die Autoren stellten signifikante Übereinstimmungen zwischen den Selbsteinschätzungen von gruppenexternen Verhaltensweisen und den Einschätzungen anderer Gruppenmitglieder zu gruppeninternen Verhaltensweisen fest, wodurch das Konzept des sozialen Mikrokosmos empirisch untermauert wurde. Goldberg, S. & Hoyt, W. (2015). Group as Social Microcosm. Within-Group Interpersonal Style Is Congruent with Outside Group Relational Tendencies. *Psychotherapy* 52, 195–204.

klar zutage, andere während der ersten Gruppensitzung und wieder andere werden erst nach monatelangem Beobachten verständlich. Einige klinische Beispiele können diese Grundsätze anschaulicher machen.* Wir empfehlen auch, sich das Video *Group Therapy. A Live Demonstration* anzusehen. Das Video basiert auf dem Roman *Die Schopenhauer-Kur* und wurde auf einer Jahrestagung der American Group Psychotherapy Association gezeigt. Es veranschaulicht die Art von Erzählungen, die hier beschrieben werden, in Aktion, mit zusätzlichen Prozesskommentaren und einem Lehrleitfaden.⁶⁰

Zuerst angreifen

George kam zur Gruppentherapie, weil er bald Vater werden würde. Er wusste, dass er Menschen einschüchterte und bei der Arbeit und in seinen Beziehungen als aggressiv und dominant empfunden wurde. Tatsächlich war er von seiner Einzeltherapeutin, einer Sozialarbeiterin, an die Gruppentherapie verwiesen worden, da er begonnen hatte, sie mit subtilen sexualisierten Bemerkungen einzuschüchtern.

George erinnerte sich bereitwillig an seine eigene Kindheit – er wurde von seinem Vater gedemütigt und schikaniert – und er war offensichtlich entschlossen, ein anderer Vater zu sein. Eine der wichtigsten Erinnerungen, die er in der Gruppe schilderte, war die, dass sein Va-

ter ihn regelmäßig in ein freundschaftliches Vater-Sohn-Ringen verwickelte, das in der Regel damit endete, dass er sich über George beugte und ihn für seine ekelhafte, erbärmliche Schwäche verspottete. George wurde wiederholt gedemütigt und ihm wurde gesagt, dass die Leute ihn immer herumschubsen würden, wenn er nicht härter wäre.

George betrachtete die Welt durch diese Brille. Seine pathogenen Überzeugungen bestanden darin, dass Nähe eine Einladung zu Demütigung und Erniedrigung war. Wie konnte er weicher werden, wenn das aus seinen Überzeugungen resultierende zwischenmenschliche Verhalten darin bestand, zuerst anzugreifen, um sich zu schützen? Er widersetzte sich offenkundig dem emotionalen Engagement in der Gruppe, indem er den Wert der zunehmenden Verbundenheit der anderen provozierend herabsetzte und ihre ehrliche Fürsorge füreinander infrage stellte, während er in »Man-spreading«-Manier in der Gruppe saß und einen unverhältnismäßig großen Raum einnahm. Dennoch kam er pünktlich zu jedem Treffen und versäumte nur selten eine Sitzung.

In einer entscheidenden Sitzung erzählte ein Mitglied namens Diane in der Gruppe von einem deprimierenden Wochenende, an dem sie mit drei verschiedenen Männern geschlafen hatte. In großer emotionaler Not bat sie die Gruppe um Hilfe, um herauszufinden, warum ihr Sex so leicht fiel, emotionale Intimität aber so schwierig war. Sie hatte oft das Gefühl, dass ihr Körper der einzige attraktive und liebenswerte Aspekt ihrer selbst war. Die Gruppenmitglieder reagierten mit Unterstützungsbekundungen und bestärkten sie in ihrem Mut, der Gruppe ihre Gefühle mitzuteilen.

Dann ergriff George das Wort. »Ich weiß, was dein Problem ist, Diane: »Du bist eine Schlampe. Das ist leicht zu erkennen.« Die Wir-

* In den hier beschriebenen klinischen Beispielen haben wir ebenso wie an anderen Stellen in diesem Buch die Privatsphäre der Klienten durch Veränderung der Angaben über Namen, Beruf und Alter geschützt. Außerdem geben wir die Interaktion nie so wieder, wie sie tatsächlich stattgefunden hat, sondern rekonstruieren sie aus jeweils nach den Therapiesitzungen angefertigten detaillierten klinischen Notizen. In allen Fällen haben uns die Klienten ihr Einverständnis gegeben, diese klinischen Beispiele zu verwenden.

kung seiner Aussage war vorhersehbar und explosiv. Diane brach in Tränen aus und die Gruppe griff George wegen seiner Grausamkeit und Destruktivität an. Zunächst blieb er standhaft. »Ich bezeichne sie so, wie ich sie sehe«, sagte er. In dem Bemühen, George nicht so hart zu verurteilen, wie er es bei Diane getan hatte, und in dem Bewusstsein, dass Diane jetzt umso mehr Unterstützung brauchte, weil sie sich der Gruppe gegenüber verletzlich gezeigt hatte, fragte ich (ML) George zu dem, was er gesagt hatte. Was war seine Absicht mit diesem Feedback? Was glaubte er, welche Wirkung er auf Diane hatte? Wie fühlte sie sich seiner Meinung nach? Was stellte er sich vor, was die anderen in der Gruppe als Folge seines Feedbacks an Diane über ihn dachten oder für ihn empfanden? Ich fügte hinzu, dass Georges Kommentar so provokativ war, dass man ihn verstehen, nicht nur auf ihn reagieren musste.

Etwas verunsicherte George, dass er Diane nicht verletzen wollte – er mochte sie und fühlte sich zu ihr hingezogen – aber weil er sie mochte, fühlte er sich bei ihr verletzlicher und machte sich Sorgen über ihre Reaktion auf ihn. Er zog es vor, sich weniger verletzlich zu fühlen und mehr Kontrolle zu haben. Die Gruppenmitglieder untersuchten, wie sein Feedback an sie als Schutz vor seinen eigenen Gefühlen der Verletzlichkeit fungiert hatte und wie dieser Schutz in Wirklichkeit keine Lösung darstellte, sondern das Problem war. Andere anzugreifen, um seine Verletzlichkeit zu verringern, führte nur zu mehr vom Gleichen – wie die Wut und der Gegenangriff der Gruppe zeigten. (Diese Gruppe wurde von den Schulungsteilnehmern durch ein Einwegfenster beobachtet, und in der Nachbesprechung der Gruppe erzählte ein Beobachter, wie er sich hatte beherrschen müssen, um nicht hereinzuplatzen und George zu verprügeln).

George hatte eine sichere und aufnahmefähige Umgebung in einer feindlichen verwandelt. Er erhielt das Feedback, dass er ein beträchtliches Maß an Kontrolle ausüben konnte – er konnte sich auf die Menschen einlassen und sie zu Verbündeten machen oder er konnte sie zu abweisenden Angreifern machen.

»Ich kann deine Probleme verstehen, George«, erwiderte Diane darauf, »aber ich bin nicht hier, um mich für deine Therapie zu opfern. Wie lange muss ich mir das noch gefallen lassen?«

George bat sie um Verzeihung, woraufhin Diane antwortete: »Ich bin offen dafür, George, aber ich kann nicht einfach sofort vergeben. Ich muss sehen, dass du mich über einen längeren Zeitraum anders behandelst – das geht nicht von heute auf morgen.«

Dieser Austausch eröffnete beiden die Möglichkeit, wertvolle Arbeit zu leisten. Die Erfahrung, dass sie den Gruppenmitgliedern nicht gleichgültig war und dass sie sich über George empörten, ermutigte Diane, in ihrem Leben Grenzen zu setzen und besser auf sich selbst achtzugeben. Auch für George war dies ein Wendepunkt. Er gab seine defensive Aggression auf und wurde viel sensibler, während er sich bemühte, die Akzeptanz der Gruppe zu gewinnen.

Diese verdammten Männer

Linda, sechsundvierzig Jahre alt und drei Mal geschieden, kam wegen Angstzuständen und starken Magen-Darm-Beschwerden in die Gruppe. Ihr größtes interpersonelles Problem war ihre quälende, selbstzerstörerische Beziehung zu ihrem derzeitigen Freund.

Tatsächlich hatte sie im Laufe ihres Lebens mit einer ganzen Reihe von Männern zu tun gehabt (Vater, Brüder, Chefs, Liebhaber und

Ehemänner), die sie sowohl physisch als auch psychisch misshandelt hatten.

Ihre Schilderung der Gewalttaten, die Männer ihr zugefügt hatten und noch zufügten, war erschütternd.

Die Gruppe konnte nicht viel tun, um ihr zu helfen, außer ihre Wunden zu pflegen und sich ihre Berichte über die ständige schlechte Behandlung durch ihren augenblicklichen Chef und den Freund, mit dem sie momentan zusammen war, anzuhören. Dann wurde die Psychodynamik ihrer Situation durch einen ungewöhnlichen Vorfall sehr deutlich. Eines Morgens rief sie mich in großer Not an. Sie hatte eine sehr aufwühlende Auseinandersetzung mit ihrem Freund gehabt, war in Panik und redete von Selbstmord. Sie meinte, sie könne unmöglich bis zur nächsten Gruppensitzung warten, die erst in vier Tagen stattfand, und bat um eine sofortige Einzelsitzung. Obwohl es mir (IY) sehr ungelegen kam, organisierte ich meinen Terminplan für den Nachmittag um und machte Zeit für ein Treffen mit ihr frei. Etwa dreißig Minuten vor unserem Treffen rief sie an und teilte meiner Sekretärin mit, dass sie nun doch nicht kommen würde.

Als ich Linda in der nächsten Gruppensitzung fragte, was geschehen sei, antwortete sie, sie habe die Notfallsitzung abgesagt, weil sie sich am Nachmittag schon wieder etwas besser gefühlt habe. Schließlich wisse sie, dass ich Klienten während der gesamten Gruppentherapie nur eine einzige Notfallsitzung einräumen würde. Sie habe sich gedacht, es sei besser, diese Möglichkeit für eine Situation aufzusparen, in der sie sich in einer noch schwereren Krise befände.

Die Antwort irritierte mich sehr. Eine Regel dieser Art hatte ich nie festgelegt. Wenn Klienten sich in einer echten Krise befanden, weigerte ich mich nie, ihnen einen Gesprächster-

min zu geben. Auch die übrigen Gruppenmitglieder konnten sich nicht daran erinnern, dass ich jemals etwas Derartiges gesagt hatte. Doch Linda behauptete steif und fest, sie habe mich genau dies sagen hören, und sie ließ sich weder durch mein Dementi noch durch die Versicherungen der übrigen Gruppenmitglieder von ihrer Meinung abbringen. Auch schien sie keinen Gedanken daran zu verschwenden, dass ich ihretwegen ziemliche Unannehmlichkeiten auf mich genommen hatte. Im Gespräch in der Gruppe wurde sie sehr abwehrend und bissig.

Dieses Ereignis im sozialen Mikrokosmos der Gruppe verhalf uns zu wichtigen Informationen über Lindas Anteil an einigen ihrer problematischen Männerbeziehungen. Vorher hatte die Gruppe nur ihre Beschreibung dieser Beziehungen gekannt. Da ihre Berichte überzeugend geklungen hatten, hatte die Gruppe ihre Sicht, dass sie das Opfer »all dieser verdammten Männer da draußen« sei, ungeprüft übernommen. Eine Untersuchung der soeben beschriebenen Hier-und-Jetzt-Situation ergab, dass Lindas Wahrnehmung mindestens eines wichtigen Mannes in ihrem Leben, nämlich des Therapeuten, verzerrt war, und zwar auf vorhersehbare Weise: Sie erlebte mich als viel weniger anteilnehmend, unsensibler und autoritärer, als ich in Wirklichkeit war.

Das war eine neue Information, und zudem eine überzeugende, die vor den Augen aller Gruppenmitglieder zutage getreten war. Zum ersten Mal zweifelte die Gruppe an der Zuverlässigkeit von Lindas Berichten über ihre Männerbeziehungen. Ihre Gefühle stellte sie zweifellos richtig dar, doch unterlag ihre Wahrnehmung offensichtlich Verzerrungen: Aufgrund ihrer Erwartungen Männern gegenüber und ihrer konflikträchtigen Beziehungen zu ihnen verstand sie das Verhalten der Betreffenden ihr gegenüber häufig falsch.

Doch die Manifestation des Problems im sozialen Mikrokosmos der Gruppe war auch in anderer Hinsicht sehr aufschlussreich. Wichtige Anhaltspunkte lieferte weiterhin der Ton, in dem das Gespräch in der Gruppe stattfand: Es war von einer Abwehrhaltung, von Gereiztheit und von Wut geprägt. Schließlich wurde auch ich ziemlich gereizt, weil Linda sich trotz der großen Mühe, die ich mir gemacht hatte, um ihr eine Krisensitzung zu ermöglichen, so undankbar zeigte. Auch ärgerte mich ihr Beharren darauf, ich hätte eine wenig mitführende Regel eingeführt, obwohl ich mir sicher war (und die übrigen Gruppenmitglieder dies bestätigten), dass dies nicht zutraf. In einer Art Tagtraum fragte ich mich: »Wie wäre es wohl, mit Linda ständig zusammenzuleben, statt nur eineinhalb Stunden pro Woche mit ihr zu verbringen?« Wenn sich solche Dinge häufen würden, wäre ich ihr gegenüber wahrscheinlich oft wütend, frustriert und gleichgültig. Dies ist ein besonders eindrückliches Beispiel für das Phänomen der »sich selbst erfüllenden Prophezeiung«. Linda sagte voraus, dass Männer sich ihr gegenüber auf eine bestimmte Art verhalten würden, und dann verhielt sie sich unbewusst so, dass ihre Prophezeiung in Erfüllung ging.

Der Mann, der nicht fühlen konnte

Allan, ein 30-jähriger unverheirateter Naturwissenschaftler, war wegen eines einzigen, von ihm klar definierten Problems zur Therapie gekommen: Er wollte in der Lage sein, sich von einer Frau sexuell erregt zu fühlen. Diese kryptische Formulierung machte die anderen Gruppenmitglieder so neugierig, dass sie herauszufinden versuchten, was dahintersteckte. Sie erkundigten sich nach Allans früher Kindheit sowie nach seinen sexuellen Vorlieben und

Fantasien. Da Allans Antworten sie der Lösung nicht näherbrachten, wandten sie sich schließlich anderen Themen zu. Im weiteren Verlauf der Sitzungen wirkte Allan gegenüber seinem eigenen Schmerz und dem anderer Gruppenmitglieder indifferent. Beispielsweise berichtete einmal eine unverheiratete Frau schluchzend, sie sei schwanger und plane eine Abtreibung. Als sie über ihre Angstgefühle und ihre Vorstellung sprach, dass sie sich in einem schlechten Traum befände, aus dem sie nicht erwachen konnte, erwähnte sie, dass sie einmal eine schlechte Erfahrung mit halluzinogenen Pilzen gemacht hatte. Allen, der von ihren Tränen offenbar unbeeindruckt war, interessierte sich mehr für dieses Thema als für ihr aktuelles Dilemma und stellte weiterhin intellektuelle Fragen über die Wirkung verschiedener psychedelischer Drogen. Als die Gruppe sein Verhalten als gefühllos bezeichnete, reagierte er verwirrt.

Im Laufe der Zeit passierten so viele Dinge dieser Art, dass die Gruppe von ihm schließlich keinerlei Gefühlsäußerung mehr erwartete. Wurde er direkt auf seine Gefühle angeprochen, reagierte er, als hätte jemand etwas auf Aramäisch zu ihm gesagt. Nach einigen Monaten formulierte die Gruppe eine Antwort auf seine eingangs gestellte und danach oft wiederholte Frage: »Warum bin ich nicht in der Lage, einer Frau gegenüber sexuelle Gefühle zu empfinden?« Die Gruppenmitglieder legten ihm nahe, sich doch besser einmal Gedanken darüber zu machen, weshalb er nichts gegenüber irgendjemandem empfinde.

Es dauerte sehr lange, bis sich Allans Verhalten änderte, und auch dann geschah dies nur sehr allmählich. Er lernte, Gefühle zu erkennen und zu identifizieren, indem er auf die verräderischen Anzeichen vegetativer Reaktionen achtete: Erröten, ein angespanntes Gefühl im

Bereich des Magens, feuchte Handflächen. Einmal drohte eine impulsive Frau, die Gruppe zu verlassen, weil es sie, wie sie sagte, auf die Palme bringe, sich damit abmühen zu müssen, zu »einem psychisch taubstummen gottverdammten Roboter« in Beziehung zu treten. Auch daraufhin blieb Allan völlig teilnahmslos und antwortete nur: »Ich werde mich nicht auf dein Niveau herablassen.«

Als er jedoch in der folgenden Woche gefragt wurde, wie er sich nach der letzten Gruppensitzung zu Hause gefühlt hätte, gestand er, er habe wie ein kleines Kind geweint. (Als er die Gruppe ein Jahr später verließ und sich bei diesem Anlass den Verlauf seiner Therapie vergegenwärtigte, bezeichnete er dieses Ereignis als einen wichtigen Wendepunkt.) In den folgenden Monaten fiel es ihm leichter, etwas zu empfinden und seine Gefühle gegenüber anderen Gruppenmitgliedern auszudrücken. Seine Rolle innerhalb der Gruppe wandelte sich von der eines geduldeten »Maskottchens« zu der eines akzeptierten ebenbürtigen Mitglieds, und sein Selbstwertgefühl wurde stärker, weil er merkte, dass die anderen Gruppenmitglieder ihn nun eher respektierten. Außerdem begann er, ein soziales Leben zu entwickeln, und hatte zum ersten Mal Spaß an Verabredungen.

Minimale Tagesration

In einer anderen Gruppe suchte Ed, ein sieben- und vierzigjähriger Ingenieur, eine Therapie wegen seiner Einsamkeit und seiner Unfähigkeit, eine geeignete Partnerin zu finden. Eds Beziehungsmuster war trostlos: Er hatte nie enge männliche Freunde gehabt und seine Beziehungen zu Frauen waren sexualisiert, unbefriedigend und von kurzer Dauer, und letztendlich wiesen sie ihn immer wieder ab.

Weil Ed in Gesellschaft sehr umgänglich war

und Humor zeigte, hatten die anderen Gruppenmitglieder ihn am Anfang sehr geschätzt. Als die Beziehungen innerhalb der Gruppe dann allmählich tiefer wurden, blieb Ed von dieser Entwicklung ausgeschlossen. Nach einigen Treffen ähnelten seine Erfahrungen in der Gruppe stark seinem sozialen Leben außerhalb der Gruppe. Der auffälligste Aspekt seines Verhaltens war seine beschränkte und beleidigende Art, sich Frauen zu nähern. Sein Blick war vor allem auf ihre Brüste oder ihren Schritt gerichtet; seine Aufmerksamkeit war voyeuristisch auf ihr Sexualleben gerichtet; seine Kommentare ihnen gegenüber waren typischerweise simplifizierend und sexueller Natur. Monatelang ging von ihm keine einzige Kontaktaufnahme mit einem der Männer in der Gruppe aus.

Bindungen waren ihm so gleichgültig, dass er andere Menschen als weitgehend austauschbar ansah. Einmal beschrieb ein weibliches Gruppenmitglied eine obsessive Fantasie, der zufolge ihr Freund, der sich häufig verspätete, bei einem Autounfall ums Leben kommen würde. Ed versicherte ihr daraufhin, da sie jung, charmant und attraktiv sei, werde sie sicher schnell einen neuen, mindestens ebenso guten Mann finden. Ed begriff auch nie, warum den übrigen Gruppenmitgliedern die zeitweilige Abwesenheit einer Co-Therapeutin und später das Ausscheiden einer Therapeutin etwas ausmachte. Er erklärte, es gebe doch sicherlich allein schon unter den Ausbildungskandidaten einen ebenso tüchtigen Ersatz. (Dabei dachte er offensichtlich an eine attraktive Psychologin, die er im Foyer des Gebäudes gesehen hatte. Von ihr wäre er offenbar besonders gern betreut worden.)

Am prägnantesten brachte er es auf den Punkt, als er seine »MTR« (Minimum-Tagesration) für Zuwendung beschrieb; mit der Zeit

wurde der Gruppe klar, dass die Identität des MTR-Lieferanten für Ed nebensächlich war – weit weniger wichtig als seine Verfügbarkeit. So entwickelte sich die erste Phase des Gruppentherapieprozesses: die Entfaltung der interpersonellen Pathologie. Ed ging weniger eine

Beziehung zu anderen Menschen ein, als dass er sie als Beistand, als Objekte zur Befriedigung seiner Lebensbedürfnisse benutzte. Es dauerte nicht lange, bis er in der Gruppe sein gewohntes – und desolates – interpersonelles Universum wiedererschaffen hatte: Er war von allen anderen abgeschnitten. Die Männer zahlten ihm seine völlige Gleichgültigkeit ihnen gegenüber mit gleicher Münze zurück. Die Frauen hatten im Allgemeinen keine Lust, ihm seine »MTR« zu geben, und diejenigen, die ihm als besonders begehrswert erschienen, fühlten sich von seinen einseitig sexuellen Aufmerksamkeitsbeweisen abgestoßen. Der weitere Verlauf von Eds Gruppentherapie wurde stark davon bestimmt, dass er seine interpersonelle Pathologie in der Gruppe offengelegt hatte, und es kam ihm sehr zugute, dass die therapeutische Arbeit mit ihm hauptsächlich darin bestand, sich mit seinen Beziehungen zu anderen Gruppenmitgliedern auseinanderzusetzen.

Der soziale Mikrokosmos: Eine dynamische Interaktion

Zwischen dem Gruppenmitglied und der artifiziellen Umgebung des Geschehens innerhalb der Gruppe findet ein facettenreiches und subtiles dynamisches Zusammenwirken statt. Die Klienten gestalten jeweils ihren eigenen Mikrokosmos, der dann bei den anderen Teilnehmern deren charakteristisches Abwehrverhalten auslöst. Je mehr spontane Interaktion

stattfindet, desto schneller und authentischer entfaltet sich der soziale Mikrokosmos. Und dies wiederum erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die zentralen Probleme aller Gruppenmitglieder erkennbar werden und dass an ihnen gearbeitet wird.

Die Kleingruppe bildet nicht nur einen sozialen Mikrokosmos, in dem das fehlangepasste Verhalten der Gruppenmitglieder deutlich wird, sondern sie wird auch zu einem Laboratorium, in dem sich der Sinn und die Psychodynamik von Verhaltensweisen oft sehr klar zeigen. Der Therapeut sieht nicht nur das Verhalten, sondern außerdem die Ereignisse, die es hervorrufen, und die Reaktionen der anderen darauf.

Die Interaktion der Gruppe ist so vielgestaltig, dass dysfunktionale Transaktionszyklen der einzelnen Mitglieder viele Male wiederholt werden und die Gruppenmitglieder immer wieder die Möglichkeit erhalten, über das Geschehen zu reflektieren und es zu verstehen. Doch zur Veränderung pathogener Überzeugungen brauchen sie klares und nützliches Feedback. Ist der Stil, in dem das Feedback übermittelt wird, zu belastend und provozierend, können die Klienten das von den anderen Gruppenmitgliedern Angebotene möglicherweise nicht verarbeiten. Manchmal wird Feedback zu früh gegeben – bevor eine Vertrauensbasis entstanden ist, die ihm eventuell kontraproduktiv wirkende Schärfe nehmen kann. In anderen Fällen wird Feedback als herabwürdigend, unter Druck setzend oder schädigend empfunden.⁶¹ Wie können wir nutzloses oder sogar schädliches Feedback vermeiden? Die Gefahr, dass Gruppenmitglieder einander angreifen oder beschuldigen, ist geringer, wenn ihnen klar ist, was unter der Oberfläche des äußeren Verhaltens vor sich geht und wenn sie für innere Erfahrungen und un-

tergründige Absichten anderer sensibel werden. Deshalb ist Empathie für den erfolgreichen Verlauf einer Gruppentherapie sehr wichtig. Doch fällt es den anderen Gruppenmitgliedern und dem Therapeuten manchmal sehr schwer, insbesondere provokanten und aggressiven Klienten gegenüber Empathie aufzubringen. Die Artikulation von Empathie durch die Gruppenleiterin ist für die Sicherheit, das emotionale Wohlbefinden und die Entwicklung der Klienten von entscheidender Bedeutung.⁶² Darüber hinaus lebt die Leitung vor, wie Kommunikation und echtes Engagement sowohl fürsorglich als auch herausfordernd sein können. Empathie fließt leichter, wenn wir mit Menschen interagieren, mit denen wir uns identifizieren können, und ist leichter aufrechtzuhalten, wenn wir selbst weniger gestresst und ängstlich sind – daher der große Wert von Selbstkenntnis des Therapeuten und seines Bewusstseins für Gegenübertragung.⁶³

In diesem Zusammenhang sind die neuesten Beiträge der Befürworter des intersubjektiven Modells wichtig und nützlich.⁶⁴ Dieses konfrontiert die Gruppenmitglieder und ihre Therapeuten mit Fragen wie: »Welchen Anteil habe ich an dem, was ich als deine Provokation verstehe? Welche Rolle spiele ich dabei?« Mit anderen Worten: Die Gruppenmitglieder und die Therapeutin beeinflussen sich ständig gegenseitig. Die Beziehungsmuster sind nicht festgelegt oder durch äußere Einflüsse vorgegeben, sondern werden gemeinsam konstruiert. Die Verzerrungen in der Wahrnehmung von Ereignissen innerhalb der Gruppeninteraktion durch ein Mitglied sind nicht allein das Produkt des betreffenden Mitglieds. Eine intersubjektive und ausgewogenere Sichtweise erkennt die Beiträge der Gruppenleiterin und der anderen Mitglieder zur Hier-und-Jetzt-Erfahrung der einzelnen Mitglieder an.

Kommt beispielsweise jemand wiederholt zu spät zu den Gruppensitzungen, wirkt dies stets irritierend, und die anderen bringen ihre Verärgerung zum Ausdruck. Doch sollte der Therapeut die Gruppe auch dazu anhalten, eingehend zu untersuchen, was das Verhalten des Zuspätkommenden bedeutet. Zu spät zu kommen kann bedeuten: »Die Gruppe ist mir eigentlich nicht wichtig.« Es kann aber auch viele andere, komplexere Bedeutungen haben, beispielsweise: »Ohne mich beginnt die Arbeit sowieso nicht; warum sollte ich mich da beeilen?« Oder: »Ich wette, sie merken nicht einmal, dass ich fehle; ich habe den Eindruck, dass ich nicht einmal wahrgenommen werde, wenn ich anwesend bin.« Oder: »Diese Regel mag für andere gelten; ich jedenfalls fühle mich nicht an sie gebunden.«

Sowohl die dem Verhalten des Einzelnen zugrunde liegende Bedeutung als auch die Auswirkungen dieses Verhaltens auf andere müssen offengelegt und verarbeitet werden, wenn die Mitglieder zu einem empathischen Verständnis füreinander gelangen sollen. Die Teilnahme an der Gruppe fördert die emotionale Intelligenz und die Mentalisierung der Mitglieder – das Verständnis für die mentalen Zustände, Wünsche, Ängste, Überzeugungen, Erwartungen und Sehnsüchte von sich selbst und von anderen.⁶⁵ Sie erleichtert die Übertragung des Gelernten von der Therapiegruppe auf die Lebenswelt der Klientin. Ohne ein Gespür für die innere Welt der anderen sind Beziehungen verwirrend, frustrierend und wiederholend, da wir andere gedankenlos als Akteure mit vorbestimmten Rollen in unsere eigenen Geschichten einbeziehen, ohne Rücksicht auf ihre tatsächlichen Motivationen und Sehnsüchte.

Leonard beispielsweise war wegen seines chronischen Prokrastinierens in die Gruppe

gekommen. Nach seiner Auffassung war dieser Hang nicht nur ein Problem, sondern auch die Erklärung für sein Versagen im beruflichen und sozialen Bereich, für seine Mutlosigkeit, seine Depressivität und seinen Alkoholismus. Allerdings machte diese »Erklärung« jedes sinnvolle und realitätsgerechte Verständnis der Situation unmöglich.

In der Gruppe wurde uns Leonards Tendenz zum Aufschieben bald sehr vertraut, und wir waren oft irritiert und frustriert darüber. Wenn die Gruppenmitglieder Leonard »in die Mangel nahmen« und man den Eindruck gewinnen konnte, ein Teil seines neurotischen Charakters werde in Kürze zusammenbrechen, fand er stets Möglichkeiten, die Gruppenarbeit zu behindern. Beispielsweise sagte er dann: »Ich möchte heute von der Gruppe nicht irritiert werden«, oder: »Von diesem neuen Job hängt alles ab«, »Ich halte mich nur noch an einem Strohhalm fest«, »Nun macht doch mal halblang – ist denn dieser Ärger wirklich nötig?«, »Ich war drei Monate lang trocken, aber wegen der letzten Sitzung bin ich auf dem Heimweg in einer Bar hängen geblieben«. Trotz zahlreicher Variationen ging es im Grunde immer um das gleiche Thema.

Eines Tages verkündete Leonard eine wichtige Neuigkeit, mit der er schon lange »schwanger ging«: Er hatte seine Arbeitsstelle gekündigt, und man hatte ihm eine Stelle als Lehrer angeboten. Nur noch eine einzige Formalität blieb zu erledigen: Er musste sich seine Lehrbefähigung bestätigen lassen und die Voraussetzung dafür war, dass er ein Formular ausfüllte – eine Arbeit von etwa zwei Stunden.

Nur zwei Stunden, und das schaffte er nicht! Er zögerte es bis kurz vor Ablauf der gesetzten Frist hinaus, sodass ihm nur noch ein einziger Tag blieb. Als er an diesem Punkt angelangt war, jammerte er in der Gruppensitzung über

die Grausamkeit seines persönlichen Aufschiebe-Dämons. Alle Gruppenmitglieder und sogar die Therapeuten verspürten den starken Wunsch, Leonard irgendwo hinzusetzen, ihn eventuell sogar auf den Schoß zu nehmen, ihm einen Stift in die Hand zu drücken und dann seine Hand beim Ausfüllen des Antragsformulars zu führen. Das weibliche Gruppenmitglied mit dem stärksten Mutterinstinkt tat genau das: Sie nahm Leonard mit nach Hause, gab ihm zuerst etwas zu essen und ging dann mit ihm Punkt für Punkt das Antragsformular durch.

Als wir uns später noch einmal vergegneten, was geschehen war, wurde uns klar, was sein Aufschieben tatsächlich war: ein trauriges Flehen nach der verlorenen Mutter. Nachdem wir dies erkannt hatten, passte auch vieles andere ins Bild, einschließlich der Dynamik, die Leonards Depression zugrunde lag (sie war ebenfalls ein verzweifeltes Bitten um Liebe), sowie sein Alkoholismus und seine zwanghafte Gewohnheit, sich mit Essen vollzustopfen.

Damit ist die Idee des sozialen Mikrokosmos, so glaube ich, ausreichend erklärt: *Wenn die Gruppe so geleitet wird, dass sich die Mitglieder ohne Scheu und unbefangen verhalten können, reinszenieren sie in der Gruppe sehr anschaulich ihre Pathologie.* Deshalb hat ein geübter Beobachter während des Lebensdramas der Gruppensitzung die einzigartige Möglichkeit, die Dynamik des Verhaltens jedes einzelnen Gruppenmitglieds zu verstehen.

Das Erkennen von Verhaltensmustern im sozialen Mikrokosmos

Wenn Therapeuten den sozialen Mikrokosmos für die therapeutische Arbeit nutzen wollen, müssen sie zunächst lernen, die sich wiederholenden fehlangepassten interpersonellen Verhaltensmuster der Klienten zu erkennen. Im Falle Leonards lieferten die emotionalen Reaktionen der Gruppenmitglieder und Therapeuten auf sein Verhalten den entscheidenden Hinweis. Der Therapeut oder andere Gruppen teilnehmer können auf ein Gruppenmitglied wütend sein oder sich von ihm ausgenutzt, ausgesaugt, überfahren, eingeschüchtert, gelangweilt oder zu Tränen gerührt fühlen; und sie können ihm gegenüber noch viele andere der unendlich vielfältigen Gefühle haben, die Menschen füreinander empfinden.

Diese Gefühle stellen stichhaltige und wesentliche Daten dar und sollten vom Therapeuten ernst genommen werden. Wenn die Gefühle, die ein Klient bei anderen hervorruft, sich stark von denjenigen unterscheiden, die der Betreffende gern bei anderen Menschen erzeugen würde, oder wenn er die Gefühle, die er bei anderen weckt, zwar wünscht, diese sich aber (wie in Leonards Fall) hemmend auf die Entwicklung auswirken, dann ist dies ein wichtiger Hinweis auf das Problem des Klienten. Natürlich ist diese These problematischer, als sie auf den ersten Blick erscheinen mag. Vermutlich werden einige Kritiker einwenden, dass eine starke emotionale Reaktion oft nicht der Pathologie des Auslösenden zuzuschreiben ist, sondern derjenigen des auf diesen Ausdruck Reagierenden. Ruft beispielsweise ein selbstsicherer Mann bei einem anderen starke Gefühle der Angst, des Neides oder großen Ärger hervor, können wir kaum davon ausgehen, dass diese Reaktion die Pathologie

des Ersteren spiegelt. Der eindeutige Vorteil einer Gruppentherapie ist in dieser Hinsicht, dass es in einer Gruppe zahlreiche Beobachter gibt, was es erleichtert, exzentrische und stark subjektive Reaktionen von objektiveren zu unterscheiden.

Die Gruppenmitglieder fühlen sich nicht von Natur aus ermächtigt, diese Art von Feedback zu geben. Oft werden sie zu hilfsbereit und brauchen vielleicht die Ermutigung des Therapeuten, um zu untersuchen, was vermie den wird und was im Verborgenen abläuft. Unser normaler gesellschaftlicher Diskurs ermutigt in der Regel nicht zu diesem Ausmaß an offener Reflexion und Kommentaren, aber das ist die Essenz einer effektiven Gruppentherapie.⁶⁶

Therapeuten achten auf sich wiederholende Verhaltensmuster und darauf, ob mehrere andere Gruppenmitglieder auf ein und dieselbe Handlung des beobachteten Klienten wiederholt gleich reagieren. Zusätzlich verlassen Therapeuten sich auf die wertvollste Bestätigung, die es überhaupt gibt: auf ihre eigenen emotionalen Reaktionen den Klienten gegenüber. Wenn wir, wie Kiesler meint, auf das interpersonelle Verhalten eines Gruppenmitglieds hin »anbeißen«, sind unsere Reaktionen die beste interpersonelle Information über die Wirkung des Klienten auf andere Menschen, die wir bekommen können.⁶⁷ Für die therapeutische Arbeit ist diese Information jedoch nur dann von Wert, wenn es uns gelingt, *nicht* so auf den Klienten zu reagieren, wie er es von anderen gewöhnt ist, denn wenn uns diese Verweigerung nicht gelänge, würden wir nur seine habitualuellen interpersonellen Kreisbewegungen verstärken. Durch den Prozess der Erhaltung oder des Wiedererlangens unserer Objektivität verschaffen wir uns wichtiges Feedback über die fragliche interpersonelle Transaktion. Insofern

sollten Therapeuten die Gedanken, Fantasien und realen Verhaltensweisen, die einzelne Gruppenmitglieder bei ihm hervorrufen, wie einen Goldschatz würdigen. Unsere Reaktionen sind keine Fehler und Mängel, sondern Informationen von unschätzbarem Wert. Aber wir müssen unterscheiden zwischen dem, was der Klient in jedem von uns hervorruft, und dem, was für uns subjektiver ist und aus unserer aktuellen oder historischen Erfahrung stammt. Es ist klar, dass diese beiden Aspekte nicht völlig voneinander zu trennen sind, aber es ist eine wesentliche Aufgabe des Therapeuten, die Quelle unserer Reaktionen auf unsere Klienten zu unterscheiden.⁶⁸

Natürlich haben auch Therapeuten »blinde Flecken« – Bereiche, in denen sie ungelösten interpersonellen Konflikten und Verzerrungen unterliegen. Woher sollen wir wissen, ob unsere Reaktionen objektiv sind? Co-Therapie – wenn zwei oder mehr Therapeuten sich die Gruppenleitung teilen – liefert uns eine der möglichen Antworten auf diese Frage. Co-Therapeuten werden gleichzeitig mit der identischen klinischen Situation konfrontiert. Indem sie ihre Reaktionen miteinander vergleichen, können sie klarer zwischen den eigenen subjektiven Reaktionen und einer objektiven Einschätzung der Interaktionen unterscheiden. Außerdem ist die Perspektive von Co-Therapeuten insofern privilegierter als in der Einzeltherapie, insofern sie Zeuge werden, wie sich zahllose überzeugende maladaptive interpersonelle Dramen entfalten, ohne dass sie selbst im Mittelpunkt all dieser Interaktionen stehen.

Wir werden dieses Thema in späteren Kapiteln über die Ausbildung und die Aufgaben und Techniken des Therapeuten ausführlich behandeln. Hier sei nur angemerkt, dass diese Frage auf den wichtigen Punkt zielt, dass Therapeuten sich selbst so gut wie möglich ken-

nen sollten. Deshalb ist es für einen angehenden Gruppentherapeuten unverzichtbar, eine lebenslange Reise der Selbsterforschung anzutreten, die eine Einzeltherapie und persönliche Erfahrungen mit der Gruppentherapie einschließt.⁶⁹

Natürlich bedeutet all dies nicht, dass ein Therapeut die Reaktionen und das Feedback seiner sämtlichen Klienten, also auch stark gestörter, nicht ernst nehmen sollte. Sogar stark übertriebene, irrationale Reaktionen enthalten einen Wahrheitskern. Außerdem kann der gestörte Klient in anderen Fällen eine wertvolle und zuverlässige Feedbackquelle sein (kein Mensch hat in allen Bereichen starke Probleme). Außerdem lassen exzentrische Reaktionen natürlich Rückschlüsse auf den Reagierenden zu.

Dieser letzte Punkt ist für Gruppentherapeuten ein sehr wichtiges Axiom. Häufig reagieren die Mitglieder einer Gruppe auf einen und denselben Reiz sehr unterschiedlich. Wenn in der Gruppe etwas geschieht, können alle sieben oder acht Gruppenmitglieder es unterschiedlich sehen, wahrnehmen und deuten. *Ein und derselbe Reiz und acht unterschiedliche Reaktionen – wie ist das möglich?* Dafür gibt es eigentlich nur eine plausible Erklärung: dass acht verschiedene innere Welten existieren. Wunderbar! Die unterschiedlichen Reaktionen zu analysieren ist also eine Art Königsweg zur inneren Welt des einzelnen Gruppenmitglieds.

Und wenn wir uns bestimmte strukturelle Aspekte der Gruppensitzung anschauen, fällt auf, dass die verschiedenen Gruppenmitglieder deutlich unterschiedlich auf die Tatsache reagieren, dass sie die Aufmerksamkeit der Gruppe oder des Therapeuten mit anderen teilen müssen, dass sie zur Selbstoffenbarung angehalten werden, dass sie andere um Hilfe bit-

ten oder anderen helfen sollen. Nirgendwo werden derartige Unterschiede deutlicher als bei der Übertragung – der Art, wie die Gruppenmitglieder auf den Gruppenleiter reagieren: Ein und denselben Therapeuten erleben einige Gruppenmitglieder als herzlich, andere als kühl und wieder andere als ablehnend oder akzeptierend, kompetent oder stümperhaft. Diese Bandbreite an Perspektiven kann für Gruppenmitglieder und Therapeuten, insbesondere für Neulinge, entmutigend und sogar überwältigend sein.

Dass die Gruppe als eine Art Rorschach-Test dienen kann, wird durch die Kommentare einer Gruppe über ihre beiden Therapeuten deutlich. Ein Gruppenmitglied meinte, die Gruppenleiter seien professionell zugänglich, und das sei für ihn vollkommen ausreichend. Ein anderes beklagte, dass beide Gruppenleiter undurchsichtig erschienen und sie sich mehr Nähe zu ihnen wünschte. Ein drittes Gruppenmitglied sagte, dass sie im Laufe der Gruppe bereits viele Informationen erhalten habe, die ihr geholfen hätten, sich den Co-Therapeuten nahe zu fühlen; ein vierter Mitglied bemerkte, dass ein Co-Leiter transparenter zu agieren schien als der andere, was sie über die Beziehung zwischen den Co-Leitern nachdenken ließ; ein fünftes Mitglied fügte hinzu, dass er es vorziehe, wenn die Gruppenleiter undurchsichtig und distanziert seien, damit er sich keine Sorgen darüber machen müsse, was sie fühlen oder denken könnten: Er habe sein Leben als Kind damit verbracht, sich Gedanken über die Reaktion seiner Mutter auf seine Äußerungen und sein Verhalten zu machen. Mitten in dieser angeregten Sitzung brach ein neues Gruppenmitglied in Tränen aus und erklärte, dass sie sich überfordert fühle. Wo blieben Beständigkeit und Sicherheit? Sie wollte immer Recht und Sicherheit haben. Wie sollte

sie wissen, wie sie sich in der Welt verhalten sollte, wenn ein und dieselbe Frage so viele unterschiedliche Antworten hervorrufen konnte?

Existiert der soziale Mikrokosmos tatsächlich?

Wir haben oft erlebt, dass Gruppenmitglieder die Idee des sozialen Mikrokosmos infrage stellten. Manchmal behaupteten sie, ihr Verhalten in dieser konkreten Gruppe sei untypisch, entspräche also keineswegs ihrem alltäglichen Verhalten. Oder in der Gruppe befänden sich lauter gestörte Menschen, die nicht richtig wahrnahmen, wie sie wirklich seien. Oder sie behaupteten gar, die Gruppentherapie sei keine realitätsgemäße, sondern eine künstliche Situation, die ihr normales Verhalten eher verzerrte als spiegele. Eine unerfahrene Therapeutin mag sich von solchen Argumenten beeindrucken oder sogar überzeugen lassen, doch verzerrten sie die tatsächlichen Gegebenheiten. Aus einer bestimmten Perspektive betrachtet ist eine Gruppe ein künstliches Gebilde: Die Gruppenmitglieder suchen sich ihre Freunde nicht in der Gruppe; im Alltag haben sie keine zentrale Bedeutung füreinander; sie wohnen, arbeiten und essen nicht zusammen; und obwohl sie auf eine sehr persönliche Weise miteinander umgehen, besteht diese Beziehung nur in ein oder zwei wöchentlichen Zusammenkünften in der Praxis einer Therapeutin; außerdem sind die Beziehungen zwischen Gruppenmitgliedern vorübergehend – ihr Ende ist im Therapievertrag festgelegt.

Wenn ich über die weiter oben genannten Argumente nachdenke, kommen mir immer wieder Earl und Marguerite in den Sinn, die vor langer Zeit an einer meiner (IY) Gruppen teilgenommen hatten. Earl war schon vier Monate

in der Gruppe, als Marguerite neu hinzukam. Als sie sich das erste Mal in der Gruppe sahen, wurden beide rot, weil sie zufällig einen Monat zuvor während eines *Sierra-Club-Camping-Trips* eine Nacht zusammen verbracht hatten und »intim« geworden waren. Beide wollten nicht zusammen in der Gruppe sein. Earl sah in Marguerite ein blödes, albernes Mädchen, eine »hirnlose Möse«, wie er es später in einer Gruppensitzung ausdrückte. Für Marguerite war Earl ein langweiliger Niemand, dessen Schwanz sie benutzt hatte, um es ihrem Mann heimzuzahlen.

Die beiden arbeiteten ungefähr ein Jahr lang in der Gruppe zusammen und lernten einander in dieser Zeit in einem umfassenderen Sinne intim kennen: Sie teilten einander ihre tiefsten Gefühle mit; sie standen heftige und erbitterte Kämpfe durch; sie halfen einander durch depressive Phasen, in denen sie dem Selbstmord nahe waren; und mehr als einmal weinten sie umeinander. Welche Welt war nun die reale und welche die künstliche?

Ein Gruppenmitglied äußerte: »Lange glaubte ich, die Gruppe sei ein natürlicher Ort für unnatürliche Erfahrungen. Erst später wurde mir klar, dass es sich genau umgekehrt verhält – sie ist ein unnatürlicher Ort für natürliche Erfahrungen.«⁷⁰ Eine Therapiegruppe ist unter anderem deshalb real, weil sie soziale, sexuelle und auf Prestigegeginn zielende Spielchen ausklammert. Die Gruppenmitglieder erleben gemeinsam Situationen, die für sie elementar sind; sie lassen realitätsverzerrende Masken fallen und bemühen sich, ehrlich miteinander umzugehen. Schon oft habe ich Gruppenteilnehmer sagen hören: »Das erzähle ich jetzt zum ersten Mal jemandem.« Sie sind einander nicht fremd, sondern kennen einander sehr tief und umfassend. Natürlich verbringen sie nur einen kleinen Teil ihres Lebens zusam-

men. Aber die psychische Realität entspricht in diesem Fall nicht der physischen. Psychisch verbringen Gruppenmitglieder sehr viel mehr Zeit miteinander als die eine oder zwei Sitzungen pro Woche, in denen sie in einem Therapieraum zusammenkommen.

Übertragung und Einsicht

Bevor wir die Untersuchung des interpersonellen Lernens als Vermittler von Veränderungen abschließen, möchten wir die Aufmerksamkeit auf zwei Konzepte lenken, die eine weitere Diskussion verdienen. Übertragung und Einsicht spielen in den meisten Darstellungen des therapeutischen Prozesses eine zentrale Rolle, um leistungsfertig übergegangen zu werden. Wir stützen uns in unserer therapeutischen Arbeit stark auf diese beiden Konzepte und wollen sie keineswegs vernachlässigen. In diesem Kapitel haben wir sie beide in den Faktor des interpersonellen Lernens eingebettet.

Die Übertragung ist eine spezifische Form der interpersonellen Wahrnehmungsverzerrung. In der psychodynamischen Einzelpsychotherapie ist das Erkennen und Durcharbeiten dieser Verzerrung von herausragender Bedeutung. In der Gruppentherapie ist die Arbeit an interpersonellen Verzerrungen, wie wir gesehen haben, nicht weniger wichtig; allerdings sind die Bandbreite und die Vielfalt der Verzerrungen wesentlich größer. Die Aufarbeitung der Übertragung, d.h. der Verzerrung in der Beziehung zum Therapeuten, wird nun zu einer von einer Reihe von Verzerrungen, die im Therapieprozess untersucht werden.

Für viele Klienten, vielleicht sogar für die Mehrheit, ist dies die wichtigste Beziehung, die es zu bearbeiten gilt, denn der Therapeut ist die Verkörperung von Elternbildern, von Leh-

tern, von Autorität, von bestehender Tradition, von übernommenen Werten. Aber die meisten Klienten stehen auch in anderen interpersonellen Bereichen in Konflikt: z.B. Macht, Durchsetzungsvermögen, Wut, Wettbewerb mit Gleichgestellten, Intimität, Sexualität, Großzügigkeit, Gier, Neid. Zahlreiche Forschungsarbeiten unterstreichen, wie wichtig es für viele Gruppenmitglieder ist, die Beziehungen zu anderen Mitgliedern zu bearbeiten.⁷¹

Obwohl die Selbsterkenntnis für die Klienten in der Gruppe sehr wichtig ist, arbeitet die Gruppentherapie im interpersonellen und interaktionalen Bereich, während sich die Einzeltherapie mehr auf den intrapersonellen und intrapsychischen Bereich konzentriert.⁷² In einer zwölfmonatigen Follow-up-Studie einer Kurzzeit-Krisengruppe bat ein Forscherteam die Gruppenmitglieder, die Quelle der Hilfe anzugeben, die sie erhalten hatten. 42 Prozent waren der Meinung, dass die Gruppenmitglieder und nicht die Therapeutin hilfreich waren, und 28 Prozent antworteten, dass beide hilfreich gewesen seien. Nur fünf Prozent gaben an, dass der Therapeut allein einen wesentlichen Beitrag zur Veränderung geleistet habe.⁷³

Diese Forschungsergebnisse haben wichtige Auswirkungen auf die Technik der Gruppentherapeutin: Anstatt sich ausschließlich auf die Beziehung zwischen Klientin und Therapeutin zu konzentrieren, müssen Therapeuten die Entwicklung und das Durcharbeiten der Interaktionen zwischen den Gruppenmitgliedern erleichtern. Wir werden in den Kapiteln 6 und 7 noch viel mehr zu diesen Themen ausführen.

Einsicht lässt sich nicht genau beschreiben; sie ist kein einheitliches Konzept. Wir ziehen es vor, den Begriff im allgemeinen Sinne von »nach innen sehen« zu verwenden – ein Prozess, der Klärung, Erklärung und Entlastung

umfasst. Einsicht entsteht, wenn man etwas Wichtiges über sich selbst entdeckt – über das eigene Verhalten, das eigene Motivationssystem oder das eigene Unbewusste. Sie schafft auch die Voraussetzungen für ein besseres Verständnis der emotionalen Erfahrungen anderer in der eigenen Beziehungswelt – was Daniel Siegel als Mindsight bezeichnet.⁷⁴

Im gruppentherapeutischen Prozess können Klientinnen und Klienten auf mindestens vier verschiedenen Ebenen Einsichten gewinnen:

1. Sie können eine objektivere Perspektive auf ihre zwischenmenschliche Präsentation gewinnen. Sie erfahren vielleicht zum ersten Mal, wie sie von anderen Menschen gesehen werden: als angespannt, warmherzig, distanziert, verführerisch, verbittert, arrogant, aufgeblasen, unterwürfig und so weiter.
2. Klienten können ein gewisses Verständnis für ihre komplexeren interaktionalen Verhaltensmuster gewinnen. Jedes der zahlreichen Muster kann ihnen klar werden: zum Beispiel, dass sie andere ausnutzen, ständig um Bewunderung buhlen, verführen und dann zurückweisen oder sich zurückziehen, unerbittlich konkurrieren, um Liebe betteln oder sich nur auf den Therapeuten oder entweder nur auf die männlichen oder nur auf die weiblichen Mitglieder beziehen.
3. Klienten können lernen, warum sie anderen Menschen gegenüber das tun, was sie tun oder was sie ihnen gar antun. Eine häufige Form dieser Art von Einsicht ist die Erkenntnis, dass man sich auf eine bestimmte Art und Weise verhält, weil man glaubt, dass ein anderes Verhalten zu einer Katastrophe führen würde: man könnte gedemütigt, verachtet, zerstört oder verlassen wer-

den. Distanzierte, unnahbare Klientinnen können zum Beispiel verstehen, dass sie Nähe meiden, weil sie fürchten, vereinnahmt zu werden und sich selbst zu verlieren; wetteifernde, rachsüchtige, kontrollierende Klientinnen können verstehen, dass sie Angst vor ihrem tiefen, unstillbaren Verlangen nach Zuwendung haben; schüchterne, unterwürfige Menschen fürchten vielleicht den Ausbruch ihrer unterdrückten, destruktiven Wut.

4. Auf der vierten Ebene der Einsicht schließlich wird versucht, den Klienten zu helfen, die tiefen Wurzeln ihres Verhaltens zu verstehen. Durch die Erforschung der Auswirkungen früher Familien- und Umwelterfahrungen begreift die Klientin die Entstehung der aktuellen Verhaltensmuster. Diese vierte Ebene der Einsicht ist leider mit »tiefgründig« oder »gut« gleichgesetzt worden, während die anderen Ebenen als »oberflächlich« oder »belanglos« betrachtet werden. Eine ausschließliche Konzentration auf die Erforschung der Vergangenheit als Lösung für aktuelle Schwierigkeiten kann den Erwerb von Selbstbewusstsein und interpersonellen Fähigkeiten beeinträchtigen.⁷⁵

Jeder Therapeut kennt Klienten, die eine beträchtliche Einsicht in die Art und Weise erlangt haben, in der sie von ihrer Herkunfts-familie, ihrer Entwicklungsgeschichte und ihrem soziokulturellen Umfeld geformt, beeinflusst oder beeinträchtigt wurden, und dennoch keine therapeutischen Fortschritte gemacht haben. Andererseits kommt es häufig vor, dass signifikante klinische Veränderungen auftreten, ohne dass eine solche Einsicht vorhanden ist. Auch gibt es keinen nachgewiesenen, konsistenten Zusammenhang zwischen dem Erwerb

dieser Art von Einsicht und der Dauerhaftigkeit von Veränderungen. In der Tat gibt es viele Gründe, die Erklärungskraft unserer am höchsten anerkannten Annahmen über die Beziehung zwischen den verschiedenen Arten früher Erfahrungen und dem Verhalten und der Charakterstruktur von Erwachsenen in Frage zu stellen.⁷⁶

Zum einen müssen wir die jüngsten neurobiologischen Forschungen über die Speicherung von Gedächtnisinhalten berücksichtigen. Man geht heute davon aus, dass es mindestens zwei Formen des Gedächtnisses gibt, mit zwei unterschiedlichen Gehirnbahnen.⁷⁷ Am bekanntesten ist uns die Form des Gedächtnisses, die als »explizites Gedächtnis« bezeichnet wird. Dieses Gedächtnis speichert erinnerte Details, Ereignisse und autobiografische Erinnerungen an das eigene Leben und stand in der Vergangenheit im Mittelpunkt der Erforschung und Interpretation in den psychodynamischen Therapien. Eine zweite Form des Gedächtnisses, das »implizite Gedächtnis«, enthält unsere frühesten Beziehungserfahrungen, von denen viele unserem Gebrauch von Sprache vorausgehen. Diese Erinnerungen beeinflussen die Art und Weise, wie wir mit anderen in Beziehung treten. Sprechen allein kann die Auswirkungen dieser frühen und prägenden Erinnerungen nicht verändern. Mit anderen Worten: Die tatsächliche, gegenwärtige Erfahrung des Klienten in der therapeutischen Beziehung ist der Motor der Veränderung.⁷⁸

Die psychoanalytische Theorie verändert sich aufgrund dieses neuen Verständnisses von Erinnerung. Peter Fonagy hat die Literatur zu psychoanalytischen Prozessen und empirische Forschungsliteratur eingehend untersucht und ist zu dem Schluss gekommen: »Die Wiedererlangung vergangener Erfahrungen kann hilfreich sein, doch der Schlüssel zur Veränderung

liegt im Verständnis der gegenwärtigen Art und Weise des Umgangs mit dem anderen. Dazu müssen sich sowohl die Selbst- als auch die Fremdrepräsentationen ändern, und das kann nur im Hier und Jetzt wirkungsvoll geschehen.«⁷⁹

Eine ausführlichere Diskussion der Kausalität würde uns zu weit vom interpersonellen Lernen wegführen, aber wir werden in den Kapiteln 5 und 6 auf dieses Thema zurückkommen. Für den Moment genügt es zu betonen, dass es kaum Zweifel daran gibt, dass Einsicht die Maschinerie der Veränderung schmiert. Es ist wichtig, dass Einsicht – das »Hineinsehen« – stattfindet, aber im generischen, nicht im genetischen Sinne. Psychotherapeuten müssen das Konzept des »tiefen« oder »bedeutenden« intellektuellen Verständnisses von historischen Überlegungen loslösen. Etwas, das ein Klient tief empfindet oder das für ihn eine tiefe Bedeutung hat, kann mit der Entschlüsselung der frühen Genese des Verhaltens zusammenhängen oder auch nicht.

Zusammenfassender Überblick

Wir haben drei unterschiedliche Komponenten des therapeutischen Faktors »Interpersonelles Lernen« definiert und beschrieben:

1. die Bedeutung interpersoneller Beziehungen,
2. die korrigierende emotionale Erfahrung,
3. die Gruppe als sozialer Mikrokosmos.

Nachdem wir diese Komponenten nun gemeinsam und in einer logischen Folge betrachtet haben, wird erkennbar, wie interpersonelles Lernen als therapeutischer Faktor wirkt:

I. Psychische Symptome entstehen durch Störungen in interpersonellen Beziehungen. Eine Psychotherapie hat die Aufgabe, Klienten beizubringen, wie sie verzerrungsfreie und befriedigende interpersonelle Beziehungen aufbauen können.

II. Die Psychotherapiegruppe entwickelt sich, sofern dem keine schwerwiegenden strukturellen Hindernisse im Wege stehen, zu einem sozialen Mikrokosmos, einer Miniaturrepräsentation des sozialen Universums ihrer Mitglieder.

III. Die Gruppenmitglieder werden sich durch das Feedback anderer sowie durch Selbstreflexion und Selbstbeobachtung wichtiger Aspekte ihres interpersonellen Verhaltens bewusst: ihrer Stärken, ihrer Schwierigkeiten, der Verzerrungen ihrer interpersonellen Kommunikation, der Distanz zwischen ihrer interpersonellen Absicht und der tatsächlichen Wirkung und ihres dysfunktionalen Verhaltens, das ihre Kommunikationspartner zu unerwünschten Reaktionen veranlasst. Die Gruppenmitglieder konnten aus ihren früheren Erfahrungen in problematischen Beziehungen nicht lernen, weil andere Menschen in ihrem Leben, die ihre Verletzlichkeit spürten, sich an die Regeln der Etikette normaler sozialer Interaktion hielten und ihnen nicht vermittelten, wie ihr Verhalten zu ihren Beziehungsproblemen beigetragen hat. Deshalb – und das ist wichtig – haben solche Klienten nie gelernt, zwischen anstoßregenden Aspekten ihres Verhaltens und einem Selbstbild, das sie als völlig unakzeptablen Menschen darstellt, zu unterscheiden. Die Therapiegruppe, die zu akkuratem Feedback ermutigt, macht diese Unterscheidung möglich.

- IV. In der Therapiegruppe ereignet sich regelmäßig folgende interpersonelle Sequenz:
 - A. Die Pathologie wird erkennbar, indem sich die Gruppenmitglieder auf die für sie charakteristische Weise verhalten.
 - B. Durch Feedback und Selbstbeobachtung
 - (1) lernen die Klienten ihr eigenes Verhalten besser zu beobachten;
 - (2) lernen sie die Wirkung ihres Verhaltens auf
 - (a) die Gefühle anderer,
 - (b) die Meinung anderer über sie und
 - (c) ihre eigene Meinung über sich richtig einzuschätzen.
- V. Die Klienten sind sich über diese Sequenz im Klaren, ebenso wie darüber, dass sie persönlich für ihre eigene interpersonelle Welt verantwortlich sind.
- VI. Wenn Menschen voll und ganz akzeptiert haben, dass sie persönlich für die Gestaltung ihrer interpersonellen Welt verantwortlich sind, können sie sich mit der logischen Folge dieser Entdeckung auseinandersetzen: Schaffen sie die Welt ihrer sozialen Beziehungen selbst, verfügen sie auch über die Macht, diese Welt zu verändern.
- VII. Die Bedeutung dieses Verstehens hängt unmittelbar von dem erlebten Affekt ab. Je realitätsnäher und emotionaler eine Erfahrung ist, umso stärker wirkt sie; und umgekehrt, je distanzierter und je mehr vom Verstand bestimmt sie ist, umso uneffektiver ist das Lernen.
- VIII. Aufgrund dieser für die Gruppentherapie typischen Sequenz verändert sich der Klient allmählich, indem er riskiert, neue Arten des Zusammenseins mit anderen

zu erproben. Die Wahrscheinlichkeit einer Veränderung hängt ab von

- A. der Bereitschaft des Klienten, sich zu ändern, in Verbindung mit der Stärke seiner persönlichen Unzufriedenheit mit seinen augenblicklichen Verhaltensweisen,
- B. dem Engagement des Klienten in der Gruppe – wie wichtig er die Gruppe für sich werden lässt,
- C. der Starrheit seiner Charakterstruktur und seines interpersonellen Verhaltensstils.

IX. Sobald eine Veränderung eintritt, begreift der Klient, dass die Furcht vor einer Katastrophe irrational war und widerlegt werden kann; die Verhaltensänderung hat nicht zu Tod, Vernichtung, Verlassenwerden, Verspottung oder einem völligen Überwältigtsein vom Geschehen geführt.*

X. Die Idee eines sozialen Mikrokosmos beinhaltet nicht nur, dass das Verhalten der Gruppenmitglieder in ihrem Lebensumfeld ebenfalls in der Gruppe zutage tritt, sondern auch, dass das von den Gruppenmitgliedern in der Gruppe neu erlernte

* Neue Beziehungserfahrungen können neurobiologische Veränderungen fördern, indem sie neuronale Bahnen aktivieren, in denen die eher emotionalen Teile des Gehirns (subkortikal) von den eher kognitiven, planenden und bewertenden Teilen des Gehirns (dem präfrontalen Kortex) beeinflusst werden. Die neurobiologischen Auswirkungen können sogar das Potenzial haben, das genetische Substrat des Individuums zu reparieren, das durch frühe Widrigkeiten im Leben beschädigt wurde, was die Verbindung zwischen Psyche und Gehirn unterstreicht. Siehe Siegel, D. (2012). *Pocket Guide to Interpersonal Neurobiology. An Integrative Handbook of the Mind*. New York: W. W. Norton. Gantt, S. & Badenoch, B. (Hrsg.), *The Interpersonal Neurobiology of Group Psychotherapy and Group Process*. London: Karnac Books, 2013. Smith, A. et al. (2017). Epigenetic Signatures of PTSD. Results from the Psychiatric Genomics Consortium PTSD Epigenetics Workgroup. *Biological Psychiatry* 81, S36.