

FAQ von Therapeuten zur Gruppenpsychotherapie

In dieser kurzen Liste möchten wir (Arno Remmers und Frank Wendrich) unsere Gedanken zu Fragen und Sorgen, die Therapeuten im Hinblick auf das Anbieten von Gruppentherapie haben, äußern und -wo möglich- auch Antworten geben. Die Fragen stammen zum größten Teil aus unserer Gruppensupervision /-interview für Gruppentherapeuten, sowie von Kolleginnen die Gruppentherapie anbieten möchten, jedoch noch zögern.

- **Angst vor schwierigen Situationen (z.B. „Gruppe verbündet sich gegen mich“ oder „akute Suizidalität“) „und ich bin dann völlig alleine“**

REMMERS

Ja, alleine bin ich als Leiter, doch nicht alleine in der Kompetenz mit schwierigen Situationen umzugehen - das können die Einzelnen in der Gruppe zusammen oft besser als ich, gerade wenn schwierige Vorgeschichten sie in der Gruppe zusammenbringen. Meine Aufgabe ist die Klärung der schwierigen Situation zusammen mit der Gruppe und auf alle zu achten, durch den Rundblick, nicht nur auf die belastenden Geschichten zu achten, sondern auch vor allem auf diejenigen, in denen es etwas auslöst. Und die Gruppenregeln klar zu haben, wie mit schwierigen Themen umzugehen ist. Wenn sich die Gruppe „gegen mich verbündet“, geht es ja um ein Thema, um eine Rolle, um eine Erfahrung, die ich in ihrer Bedeutung für die Teilnehmer und die Gruppe als Ganze klären kann. Oder ich habe wirklich einen Fehler gemacht und kann dies benennen und mit der Gruppe klären. Die Gruppe ist normalerweise auch bereit, mir in einer schwierigen Situation zu helfen, wenn ich klar mache, dass ich gerade keinen Weg weiß und deshalb nach der Erfahrung der Teilnehmer frage, denn nach einigen Sitzungen gibt es eine Art von Gruppenkohäsion, die ein Wir-Gefühl verursacht.

WENDRICH

Das Thema finde ich selbst auch etwas heikel. Zwar hatte ich noch nie eine „die Gruppe verbündet sich gegen mich“ Situation, es erscheint mir jedoch so, dass fast alle heiklen Therapiesituationen in der Gruppe noch anspruchsvoller sind. So hatte ich bereits mehrfach das Thema akute Suizidalität eines Teilnehmers in der Gruppe. Schon in der Einzeltherapie ist dies nicht einfach, in der Gruppe liegen jedoch in diesem Moment die Augen aller Teilnehmer auf dem Therapeuten. Ich habe diese Situationen bisher stets lösen können, indem ich all die Schritte, die ich auch in der Einzeltherapie gehen würde auch in der Gruppe vollzogen habe. Dazu war es jedoch erforderlich zunächst die Leitung wieder aktiv zu übernehmen: „Ich möchte dieses Thema zunächst mit Herrn X. klären.“

Ja, es hat etwas von einer Prüfungssituation, wenn ich dann dem Patienten all jene Fragen zur Beurteilung der Suizidalität stelle, die ich auch in der Einzeltherapie stellen würde. Dies hat mich zunächst unter Druck gesetzt. Inzwischen nehme ich mir Zeit und wechsele in diesen speziellen Situationen vom Setting Gruppentherapie in das Setting Einzeltherapie in der Gruppe. Dies mag in der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) ein ungewöhnlicher Schritt sein, zugleich erlebe ich, dass die Patienten im Umgang mit dem Thema mein Verhalten in der Situation als Modell nehmen, was zukünftig auch in der Gruppe deeskalierend wirken könnte.

- **Das Uhrzeit-Problem „Ich will abends keine Therapie machen“**

WENDRICH

Dieser Mythos hält sich hartnäckig! Und so habe auch ich es „geschafft“, die erste Gruppe freitags an das Ende eines vollen Therapietages zu legen (ich habe ab 8:00 Uhr morgens Patienten). Als ich dann nach einigen Monaten merkte, dass ich dies auf Dauer nicht durchhalte, habe ich ein Jahr gebraucht, um freitags nach und nach etwas später anzufangen.

Als ich dann eine zweite Gruppe beginnen wollte war mir klar, dass ich die Abend-Variante nicht an einem zweiten Tag in der Woche machen möchte. Daher beschloss ich, die Gruppe mittwochs morgens um 8:00 Uhr anzubieten. Und siehe da, die Gruppe konnte ich alleine aus der Liste der wartenden Patienten voll besetzen und die Warteliste für beide Gruppen ist inzwischen gleich lang. Es ist letztendlich wie in der Einzeltherapie: die meisten Patienten finden einen Weg, einen wöchentlich wiederkehrenden Termin zu ermöglichen, z.T. in Abstimmung mit dem Arbeitgeber.

REMMERS

Das ist eher von der eigenen Tagesrhythmik abhängig, so sehe ich das heute - Patienten können durchaus auch morgens kommen, die Konzentrationsfähigkeit ist höher. Anschließend braucht es für manche eine halbe oder eine Stunde Pufferzeit, um nicht sofort in den Alltag oder nach einer emotional belastenden Sitzung nicht gleich ins Auto zu steigen. Doch das ist ja nicht tageszeitabhängig und gilt auch abends.

Was spricht dagegen, die Gruppentherapie auch tagsüber durchzuführen, so wie Einzeltherapie, denn sie ist offensichtlich sehr wirksam? Ich kannte eine Kollegin, die zu Beginn der 2000er Jahre in der Praxis nur Gruppentherapie zu verschiedenen Zeiten sowie die erforderlichen probatorischen Sitzungen durchführte und sich mit dieser regelmäßigen Struktur wohl fühlte. Gruppentherapie bedeutet, außer in den Ferienzeiten eine gut planbare Zeitschiene zu haben. Gruppentherapien habe ich in der Praxis in den 80er und 90er bis in die 2000er Jahre normalerweise noch abends durchgeführt, doch hat sich die Situation verändert - heute ist Psychotherapie eine „normale“ Behandlung und die Abstimmung mit den Arbeitszeiten bei großem Bedarf und klarer Therapieindikation eher möglich.

- „Verantwortung dafür, was das alles auslöst“

REMMERS

Zum Beispiel dafür, dass eine Patientin aus der Therapie wegläuft und die Gruppe Angst um sie hat, oder dass traumatische Themen auftauchen, die für andere sehr belastend sein können. Die Gruppen, die ich hatte, konnten immer einen Weg in der Akutsituation finden und daraus manchmal weitere spezifische Gruppenregeln formulieren. Die Gruppe als Ganze ist in solchen Situationen weitaus kreativer als ich als Einzelner. Meine Rolle ist dann die Moderation, die Themen zu klären, die Kommunikation in der Gruppe ggf. zu reflektieren und zu fördern. Als Leiter bin ich verantwortlich für die Information, was in einer Krisensituation zu tun ist, oder am Ende kurz zu fragen, wie es den Teilnehmern geht, viele werden anschließend Auto fahren.

WENDRICH

Da war ich am Anfang zu locker. Erst als in einer Woche zunächst ein Patient von einem Autounfall nach der letzten Gruppensitzung berichtete und in der anderen Gruppe zwei Patienten erzählten, sie hätten sich nach der letzten Sitzung krankschreiben lassen, habe ich mehr Aufmerksamkeit auf dieses Thema gelegt.

Zunächst erscheint es mir wichtig zu verstehen, dass durch die große Anzahl von Teilnehmern auch die Anzahl der Ereignisse pro Woche zunimmt. D.h. natürlich kommen solche Situationen auch in der Einzeltherapie vor, jedoch nicht so gehäuft und nicht alle vor Zeugen. Auch hier geht es m.E. darum, die jeweilige Situation zu klären und zu schauen, ob sich ein solches Ereignis zukünftig vermeiden lässt. Ein Rest Mulmigkeit bleibt jedoch auch bei mir. Die Kontrolle der Situation ist in der Gruppe stärker begrenzt als in der Einzeltherapie (und auch da überschätze ich sie).

- Mindestteilnehmerzahl zwar 3, jedoch Start mit 3 Patienten wenig sinnvoll.

WENDRICH

Ein erstaunlich wichtiges Thema zu Beginn der Gruppenarbeit. Die Dynamik einer Gruppentherapie ist in meiner Wahrnehmung völlig anders, je nachdem ob ich eine kleine oder eine große Gruppe habe. Bei einer kleinen Gruppe ist der Fokus viel stärker auf dem Therapeuten, als bei einer großen Gruppe (TP). Daher habe ich starken Widerstand erlebt, bei dem Versuch eine kleine Gruppe größer werden zu lassen. Umgedreht habe ich jedoch nie Probleme, wenn von einer großen Gruppe einmal mehrere Patienten nicht kommen können. D.h ich würde stets mit einer Teilnehmerzahl nahe der Zielgröße beginnen (z.B. mit 8 Teilnehmern). Wenn dann mal eine Grippewelle über das Land zieht und ich plötzlich mit 3 Patienten im Raum sitze, finden dies die Patienten meist toll. Zugleich ist klar, dass dies eine Ausnahmesituation ist.

Beim langsamen Aufbau hingegen ist jeder neu hinzukommende Teilnehmer ein Konkurrent um die Aufmerksamkeit des Therapeuten. Auch dies kann natürlich therapeutisch nutzbar gemacht werden.

REMMERS

Da kann ich Herrn Wendrich nur zustimmen: kleine Gruppen von 3 bis 4 TN haben viel weniger von der Kreativität und interaktiven Veränderungsfähigkeit als Gruppen von 8 bis 10 TN. Vor allem der Beginn in einer so kleinen Gruppe macht es schwer, aus der von der Probatorik gewohnten Einzelbegegnung in die Gruppeninteraktion zu kommen. Oberhalb von 12 TN entstehen typischerweise Subgruppen, die es dann wieder schwieriger machen (hier spreche ich von Gruppen auch außerhalb der Richtlinien-therapie).

- **Einschränkungen bei der Patienten: z.B. möglichst positive Vorerfahrungen**

REMMERS

Gab es in der Schule, Jugendgruppe, an der Arbeit oder in einer Klinik schon einmal Gruppenerfahrungen? Wie konnte jemand darin bestehen, wenn es Konflikte gab? Das ist auch für die Gutachter wichtig, die von uns im anonymisierten Bericht wissen wollen, ob sie der Kasse diese Form der vorgesehenen Therapie zur Kostenübernahme einer Gruppenbehandlung empfehlen sollen. Negative Gruppenerfahrungen sind allerdings dann kein Hindernis, wenn die Bereitschaft besteht, sich mit und in der Gruppe zu konfrontieren (bei sozialer Angst z. B.). Das Vertrauen zur Therapeutin oder zum Therapeuten kann dabei wichtiger sein als die geschilderte Gruppenerfahrung. In der Klinik werden die Patienten/innen normalerweise unabhängig von früheren Gruppenerfahrungen aufgenommen - auch weil die Wirkung so gut ist, und die meisten Gruppen eine gute Integrationsfähigkeit haben.

WENDRICH

Bei dem Thema habe ich noch keine klare Linie.

Zum einen bin ich sehr froh, dass mich Herr Remmers, als mein Supervisor, davon abgehalten hat, Patienten mit überwiegend negativen Gruppenerfahrungen (z.B. Mobbingopfer) oder mit abhängigen Gruppenerfahrungen (z.B. Sektenmitglieder) in die Gruppentherapie aufzunehmen. Das hätte rückblickend nicht funktioniert.

Zum anderen sehe ich jedoch, dass bei zu strenger Auslegung (Patient muss positive Gruppenerfahrung haben) gerade jene Patienten von der Gruppentherapie ausgeschlossen werden, die m.E. in besonderer Weise profitieren können (z.B. Menschen mit einer sozialen Phobie).

Aktuell habe ich den Eindruck, die Mischung macht's, und die Motivation zur Gruppentherapie erscheint mir inzwischen bedeutsamer als die bisherigen

Erfahrungen. Und klar, die beiden Aspekte sind eng miteinander verwoben. Hier wird für mich auch deutlich, dass ich durch die Gruppentherapie immer mehr positive Gruppenerfahrungen mache. Dieses (mein) Vertrauen in die positive Wirkung der Gruppe begünstigt sicher die Integration von Menschen in die Gruppe, die in der Vergangenheit negative Gruppenerfahrungen gesammelt haben (*interessanter Gedanke, negative Erfahrungen „sammeln“, Entscheidung, das Sammelgebiet zu wechseln und nun positive Erfahrungen zu sammeln*).

- Gruppenraum und Gruppenlogistik (Karte einlesen, Wasser und Toilette für alle)

REMMERS

Da ich in der letzten Praxis auch die Einzeltherapie meist an der Seite eines Gruppenraumes durchführte, um im Einzel auch monodramatisch mit Stühlen arbeiten zu können und den Raum zu nutzen, auch Familiensitzungen (KJP) dort durchführte, war dies kein zusätzlicher Aufwand. Im Wartebereich hatte ich immer Getränke auch für die Einzeltherapie bereitgehalten. Die Zeit für die Administration ist vor der Gruppensitzung zu vereinbaren - also zusätzliche Minuten für die Gruppentherapie. Absagen oder Verspätungen aufzunehmen ist natürlich für eine Gruppe nicht anders als für Einzelstunden. Wenn möglich, können die TN etwas früher kommen und dann noch auf die Toilette gehen. Doch das bedeutet mehr räumlichen Aufwand für einen Wartebereich und sanitäre Einrichtungen.

WENDRICH

Das Thema wird bei der Vergütung m.E. vergessen. Während bei der Apparatedizin völlig klar ist, dass die Infrastruktur durch das Honorar finanziert wird, scheint bei der sprechenden Medizin der Eindruck zu bestehen, die Infrastruktur sei ja eh da.

Spätestens wenn der LKW mit den 10 Sesseln für den Gruppenraum vor der Tür steht, bemerkt man, dass dem nicht so ist. Die Sitzgelegenheiten sind natürlich Einmalkosten, die zusätzliche Miete für den großen Gruppenraum sollte man, insbesondere in Ballungsgebieten, als Kostenfaktor auf dem Schirm behalten.

Auch scheinbar banale Dinge gewinnen, multipliziert man sie mit 9, eine Bedeutung. So erlebe ich, dass nach 100 Minuten Gruppentherapie oft mehrere Patienten im Anschluss auf die Toilette müssen.

- Der hohe administrative Aufwand (9 Patienten in 100 Minuten bedeutet für 9 Patienten Arztbriefe, Reha-Anträge, Anfragen z.B. vom Versorgungsamt, bis zu 9 Berichte für eine Umwandlung usf.)

WENDRICH

Diesen Punkt habe ich völlig unterschätzt. Auch von den anderen Gruppentherapeuten höre ich ähnliches. Mit 2 Gruppen hat man 18 zusätzliche Patienten. Was den meisten noch klar ist, ist der Aufwand der Dokumentation nach jeder Sitzung. Zu jedem Patienten etwas in die Patientenakte schreiben und zusätzlich etwas zum Verlauf der Gruppe zu schreiben, benötigt bei mir pro Patient fast die 10 Minuten, die ich sonst zwischen zwei Sitzungen brauche. Konkret bedeutet dies Gruppentherapie 8:00 bis 9:40 Uhr, Aufräumen (9 Gruppenpatienten hinterlassen mehr Müll als 9 Einzelpatienten) und Dokumentation 9:40 bis 11:00 Uhr. Ich benötige für die unmittelbare Durchführung von einer Gruppe also 3 Zeitstunden.

Die anderen Themen wie Arztbriefe etc. sind pro Patient nicht häufiger als in der Einzeltherapie, es sind halt nur pro Gruppe 9 Patienten. Spätestens bei den Berichten wird der Aufwand echt hoch, neben den inhaltlichen Herausforderungen, die in einem extra Punkt (s.u.) stehen.

Zugleich sind die Einnahmen bei großen Gruppen deutlich höher, so dass die Wirtschaftlichkeit inzwischen an die Durchführung von Einzeltherapien heranreicht.

REMMERS

Die gute Erfahrung wirklich hilfreicher Therapie in der Gruppe kostet genau diesen Aufwand organisatorischer Art. Doch brauche ich auch mehr Zeit vor und nach der Gruppe, fürs Dokumentieren, noch einmal in die vorherige Dokumentation zu schauen und mich innerlich auf die Gruppe einzustellen oder z.B um über die letzte Gruppensitzung nachzudenken.

- Gruppenberichte sind schwer zu schreiben

WENDRICH

Wie bei vielen Therapeuten löst das Schreiben von Berichten an den Gutachter bei mir wenig Begeisterung aus. Zugleich erkenne ich durchaus Vorteile, sich so intensiv mit einem Patienten zu beschäftigen.

Bei der Gruppentherapie ist es jedoch so, dass es erforderlich ist, all diese Informationen in der Probatorik zu gewinnen und dann für den Umwandlungsantrag parat zu haben. Denn anders als in der Einzeltherapie ist es kaum möglich, fehlende Aspekte in der nächsten Sitzung nach zu explorieren. Darüber hinaus finde ich die Beschreibung eines Behandlungsplans in der

Gruppentherapie (TP) schwierig. Hier ist der Anteil der Mutmaßungen, an welchen Themen der Patient in der Gruppe arbeiten wird und durch was er profitiert, manchmal eher ein Ratespiel.

Durch die seit 2018 bestehende Möglichkeit, den Bericht gezielt an Gutachter zu leiten, die selbst Gruppentherapie machen, hat sich dieses Problem nach meinem Eindruck jedoch etwas entschärft.

REMMERS

Besonders die Berichterstellung fällt vielen schwer, auch mir, und kostet pro Patient mindestens ein bis zwei Stunden, um den Bericht auch für mich selbst als Leitfaden, als Reflektion der Geschichte, Psychodynamik und Therapieplanung zu entwickeln und damit die Patienten vor Gruppenbeginn noch einmal richtig kennen zu lernen beim Schreiben.

Ich beginne mit der erlebten Situation, der Szene und den in mir ausgelösten Gefühlen, Phantasien, der erlebten Interaktion und meinen Handlungsimpulsen, um zu einer ersten Therapieplanung zu kommen: Was ist das, was in der probatorischen Beziehung „zieht“, was kommt an Konfliktthemen zwischen uns oder in geschilderten Episoden fühlbar vor, was weist in meiner Gegenübertragung auf strukturelle Themen hin? Die daraus entstehenden Begriffe versuche ich in die Foki zu übersetzen, die im Vordergrund stehen, und dann die Psychodynamik und den Therapieplan als ersten Entwurf zu notieren. Danach erst schaue ich, was die Biografie und Entwicklung der Pat. dazu aussagt und füge dies hinzu. Der psychische Befund entstand nach der ersten Sitzung stichwortweise schon und ich schaue dann, ob das mit dem bisher verfassten übereinstimmt.

Meine Erfahrung ist, dass die Therapien besser laufen, wenn ich einen Bericht geschrieben habe, als wenn ich erst mit KZT beginne und später in LZT umwandle. So ist meine Argumentation auch, lieber einen LZT-Antrag zu formulieren, sobald sich die Indikation dazu in der Probatorik abzeichnet. Denn dann habe ich als Therapeut einen viel besseren Zugang zu den Patienten.

Im Bericht spielt die Gruppenindikation vor allem für die Therapieplanung eine Rolle. Strukturelle Fähigkeiten – wie Selbst- und Fremdwahrnehmung, kommunikative Fähigkeiten, Empathie, sogar Bindungs- und Lösungsfähigkeit – entwickeln sich natürlicherweise in der Gruppe, in der die Patienten für emotional korrigierende Erfahrung zugänglich sind. Durch die multidimensionale Übertragungserfahrung ist dies aus meiner Sicht umfangreicher möglich als im Einzelsetting. Auch die reinszenierten Konfliktthemen greift die Gruppe meist zielsicher auf.