

btb

Buch

Das Besondere an Irvin D. Yalom war schon immer die Verbindung zwischen Lehren und Schreiben, zwischen Literatur und Psychoanalyse. Es gibt nur wenige seiner Zunft, die wie er in der Lage sind, komplizierte therapeutische Ansätze allgemeinverständlich darzustellen und damit auch Laien zugänglich zu machen. So sind auch seine Standardwerke zur Gruppenpsychotherapie, die in den Vereinigten Staaten längst Klassiker sind und zum Kanon der psychotherapeutischen Literatur zählen, mehr als nur Fachliteratur: verständlich und anschaulich geschrieben, bieten sie auch Nicht-Fachleuten die Möglichkeit, sich auf einfache Weise mit den Grundzügen therapeutischer Arbeit vertraut zu machen. Im vorliegenden Buch, das erstmals auf Deutsch erscheint, beleuchtet Yalom alle wesentlichen Aspekte der Gruppenpsychotherapie: Wie muss sie beschaffen sein, damit sie funktioniert? Welchen Prinzipien sollte sie folgen? Welcher Art sind die Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Betreuung? Wie könnte ein Modell erfolgreicher Arbeit mit Gruppen aussehen? Ein Buch für die Fachwelt wie den interessierten Laien gleichermaßen.

Autor

Irvin D. Yalom ist Professor für Psychiatrie an der Stanford University. Seine Bücher »The Theory and Practice of Group Psychiatry« und »Inpatient Group Therapy« sind in den USA zu Klassikern geworden.

Irvin D. Yalom bei btb

Die rote Couch. Roman (72330)

Die Liebe und ihr Henker (72378)

Die Reise mit Paula (72640)

Der Panama-Hut (72848)

Irvin D. Yalom

Im Hier und Jetzt

Richtlinien der
Gruppenpsychotherapie

Übersetzt von Gabriele Zelisko

btb

Die Originalausgabe erschien 1983 unter dem Titel »Inpatient Group Psychotherapy« bei Basic Books, a member of the Perseus Books Group.

Umwelthinweis:

Alle bedruckten Materialien dieses Taschenbuches sind chlorfrei und umweltschonend.

Der btb Verlag ist ein Unternehmen der Verlagsgruppe Random House.

1. Auflage

Deutsche Erstveröffentlichung April 2005

Copyright © der Originalausgabe 1983 by Yalom Family Trust

Copyright © der deutschsprachigen Ausgabe 2005 btb Verlag in der

Verlagsgruppe Random House GmbH

Umschlagfoto: corbis/Patrick Giardino

Umschlaggestaltung: Design Team München

Satz: Uhl + Massopust, Aalen

SR · Herstellung: Augustin Wiesbeck

Made in Germany

ISBN 3-442-73236-0

www.btb-verlag.de

Inhalt

Vorwort	9
Kapitel 1: Gruppenpsychotherapie und die psychiatrische Station heute	17
Die gegenwärtige Praxis	18
Die Effizienz der stationären Gruppentherapie	44
Schlussbemerkung	57
Kapitel 2: Allgemeine Grundlagen der stationären Gruppenpsychotherapie	59
Grundlagen der traditionellen Gruppentherapie	61
Ausgangssituation der stationären Gruppe	74
Ziele der stationären Gruppentherapie	76
Zusammensetzung der kleinen stationären Gruppe	89
Teilnahme an der Gruppe – freiwillig oder verpflichtend?	101
Hohe Patientenfluktuation – Auswirkungen auf die Therapiegruppe	103
Größe	110
Weitere Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Gruppen	111

Kapitel 3: Strategien und Techniken der Gruppenleitung	137
Die einzelne Sitzung als zeitlicher Bezugsrahmen	137
Struktur	139
Unterstützung	160
Konflikte in der stationären Therapiegruppe	182
Transparenz des Therapeuten	201
Schlussbemerkung	213
Kapitel 4: Strategien und Techniken der Gruppenleitung: Das Hier und Jetzt	215
Argumente für das Hier und Jetzt	216
Die beiden Ebenen des Hier und Jetzt	222
Überlegungen zum Hier und Jetzt in der Arbeit mit der stationären Gruppe	226
Ungewöhnliche, brisante Vorfälle – »Wasser auf die interpersonellen Mühlen«	238
Schlussbemerkung	253
Kapitel 5: Die Gruppe für Patienten mit leichteren Störungen (Higher-Level-Gruppe): Ein Arbeitsmodell .	255
Orientierung und Vorbereitung	256
Die Agenda-Runde	258
Arbeit an der Agenda	294
Die Abschlussphase	312
Schlussbemerkung	328

Kapitel 6: Die Gruppe für Patienten mit schwereren Störungen (Lower-Level-Gruppe): Ein Arbeitsmodell . .	331
Auswahl der Patienten	332
Allgemeine Grundregeln	334
Die Fokusgruppensitzung: Grundsätzliche Überlegungen	340
Grundplan der Sitzung	343
Grenzen von Struktur	367
Schlussbemerkung	373
Anhang	375
Quellen	401
Register	409

Vorwort

In den späten 1960er Jahren vollzog sich ein grundlegender Wandel in der Behandlung stationärer Patienten – die Abkehr von langen Krankenhausaufenthalten in großen, oftmals abgeschiedenen staatlichen Kliniken hin zu kurzen, wiederholten Aufenthalten auf kleinen Akutstationen kommunaler Krankenhäuser.

Diese Reform der stationären Psychiatrie sowie die großen Fortschritte der Psychopharmakologie, das Aufkommen der Krisentheorie, das schwindende Vertrauen in somatische Therapien und die Herausbildung neuer therapeutischer Berufe führten zu einer grundlegenden Veränderung von Charakter und Aufgaben der Akutpsychiatrie. Diese Veränderungen aber wurden meist nicht von entsprechenden Modifikationen der psychotherapeutischen Techniken begleitet. Insbesondere die Gruppentherapie schaffte es nicht, Schritt zu halten und sich den neuen klinischen Bedingungen anzupassen. In der Arbeit mit stationären Patienten benutzen Gruppentherapeuten nach wie vor strategische Ansätze, die zu einer anderen Zeit nach anderen Vorgaben entwickelt wurden.

In diesem Buch vertrete ich die Meinung, dass die Ausgangssituation auf der heutigen psychiatrischen Station eine völlig andere ist als jene der konventionellen Gruppentherapie und daher eine grundlegende Veränderung der herkömmlichen gruppentherapeutischen Techniken erfordert. Mein Ziel ist es, eine modifizierte Theorie der Gruppentherapie und ein strate-

gisches und technisches Instrumentarium bereitzustellen, die den Anforderungen an die akutstationäre Versorgung von Patienten gerecht werden. Zielgruppe sind die Kliniker »an der Front« – jene stark belasteten Therapeuten, die ihre Gruppen inmitten des Tumults, der oft auf psychiatrischen Akutstationen herrscht, zu betreuen haben.

Es gibt große Unterschiede zwischen den einzelnen Stationen, doch eine typische moderne Station (von der Art, wie sie in diesem Buch vorausgesetzt wird) weist folgende Merkmale auf: Sie bietet Platz für etwa fünfzehn bis fünfunddreißig Patienten, die ein bis drei Wochen dort bleiben. Das Spektrum der psychischen Störungen ist groß: akute Psychosen, Borderlinestörungen (mit selbstschädigendem Verhalten oder akuter vorübergehender psychotischer Störung), Depressionen, Substanzmissbrauch, Essstörungen, alterspsychiatrische Syndrome, akute Krisen und Dekompensationen (oft mit suizidalem Verhalten) bei Personen mit vergleichsweise leichten Störungen. Die Station kann geschlossen oder offen sein. Zum Personal gehören Vertreter verschiedener Berufsgruppen (und häufig Studierende einiger oder aller dieser Fachrichtungen): Pflege, Psychiatrie, Sozialpädagogik, Beschäftigungstherapie, Klinische Psychologie, Freizeit- und Arbeitstherapie, Bewegungs-, Tanz-, Musik- und Kunsttherapie. Die Mitarbeiter ermöglichen ein breit gefächertes therapeutisches Angebot: medikamentöse Behandlung, Einzelpsychotherapie, Gruppen- und Familienpsychotherapien, Milieuthérapie, Beschäftigungstherapie, Elektroschocktherapie. Über allem schwebt als mächtige und unsichtbare dritte Kraft die Geldfrage, die erschreckend großen Einfluss auf die Aufnahme- und Entlassungskriterien besitzt. Auf der Station geht es oft hektisch zu, die Fluktuation (sowohl von Patienten als auch von Mitarbeitern) ist hoch, die Spannung unter den Mitarbeitern groß, die Psychotherapie konzeptionslos.

Dieses Buch soll dem Gruppentherapeuten, der mit stationären Patienten arbeitet, im klinischen Alltag helfen. Für die-

sen Zweck habe ich aus allen verfügbaren Informationsquellen geschöpft: aus meiner Erfahrung (als Mitarbeiter stationärer Abteilungen und in den letzten drei Jahren als Leiter einer täglichen Therapiegruppe für stationäre Patienten), aus meiner klinischen Forschungsarbeit und aus der Literatur, die Erfahrungen im Krankenhaus beschreibt und wissenschaftlich aufarbeitet. Ich profitiere außerdem von Gesprächen, die ich über viele Jahre hinweg mit dem Krankenhauspersonal geführt habe, sowie von persönlichen Beobachtungen auf fünfundzwanzig Stationen, die ich zur Vorbereitung auf diese Arbeit besucht habe, um mit den Mitarbeitern zu sprechen und therapeutischen Gruppensitzungen beizuwohnen. Es handelte sich um Stationen in privaten, kommunalen und/oder Universitätskrankenhäusern. Sollten meine Beobachtungen von der üblichen Erfahrung abweichen, liegt das nicht zuletzt daran, dass ich an den bekanntesten und renommiertesten Krankenhäusern mit ihren hervorragenden Ausbildungsprogrammen und der großzügigen Personalausstattung war.

Psychiatrische Akutstationen von der Art, wie ich sie in diesem Text beschreibe, sind zwar typisch, keinesfalls aber die Regel. Die Welt der Krankenhauspsychiatrie ist groß, und es gibt vielerlei Einrichtungen, über die ich wenig weiß. Ich hoffe, dass Mitarbeiter solcher Einrichtungen (und dazu gehören auch Stationen für Kinder, Jugendliche oder alte Menschen, für Substanzmissbrauchsfälle, für chronische Patienten, für Patienten mit schweren Psychosen und für psychisch gestörte Straftäter) einige der Grundsätze und Techniken, die ich hier beschreibe, unmittelbar anwenden und andere ihren eigenen Erfordernissen anpassen können.

Psychotherapeuten, die *ambulante* Therapiegruppen leiten, handeln autonom: Ihre Fähigkeiten und ihre Entscheidungen bestimmen den Verlauf, die Vorgehensweise und die Resultate der Therapie. Für den Leiter der stationären Gruppe sieht das ganz anders aus. Psychiatrische Abteilungen bieten ein breites Spektrum an Therapien an, die sich oft überschneiden und um

Patienten, Zeit, Personal, finanzielle Mittel sowie Fortbildungs- und Supervisionsmöglichkeiten konkurrieren. Folglich trifft für die stationäre Gruppe nicht der Gruppentherapeut, sondern die Verwaltung so wichtige Entscheidungen wie die über Häufigkeit und Dauer von Sitzungen, Größe, Zusammensetzung, Zuweisung von Kotherapeuten, Supervision, Teilnahmepflicht und so weiter.

Da das Schicksal der stationären Gruppe so stark vom äußeren Rahmen bestimmt wird und von administrativen Maßnahmen, die schon vor der eigentlichen Gruppensitzung greifen, ist dieses Buch entsprechend aufgebaut. Die ersten beiden Kapitel befassen sich mit den Schnittstellen zwischen Station und kleiner Gruppe, in den anschließenden vier Kapiteln geht es um spezielle Strategien und Techniken für den therapeutischen Einsatz.

In Kapitel 1 gehe ich auf die derzeit übliche stationäre Praxis ein: die Rolle der Gruppentherapie, die Struktur von Gruppentherapieprogrammen, ihren Stellenwert, den Ablauf und die Häufigkeit von Sitzungen, die Leitung, die strategischen Ziele. Da auf manchen Stationen Unsicherheit darüber herrscht, wie viel Personal und Energie in die Gruppentherapie investiert werden soll, führe ich empirische und rational-humanistische Belege dafür an, wie erfolgreich Gruppentherapie sein kann. Eine ausführliche Dokumentation und Diskussion der Forschungsliteratur würde vom Ziel dieses Buches abweichen, einen Leitfaden für die klinische Praxis anzubieten. Aber akademische Gewohnheiten sind nur schwer auszurotten, daher habe ich mich doch entschlossen, einen Überblick über die wissenschaftliche Literatur anzufügen. Um nicht zu stumpfsinniger Lesearbeit zu ermuntern, blieben in der letzten Fassung nur noch die einschlägigsten Beiträge vom Rotstift verschont, detailliertere Arbeiten wurden in den Anhang verbannt.

In Kapitel 2 stelle ich verschiedene für die Arbeit mit stationären Patienten notwendige strukturelle Modifikationen vor. Nach einer kurzen Zusammenfassung der Grundregeln tradi-

tioneller Gruppentherapie beschreibe ich die Bedingungen der stationären Gruppenarbeit und die technischen und strukturellen Veränderungen, die durch dieses Umfeld notwendig werden – Veränderungen hinsichtlich von Ziel, Zusammensetzung, Häufigkeit und Dauer der Sitzungen, Vertrauensstruktur, Untergruppenbildung und Rolle des Therapeuten.

Die situationsbedingten strukturellen Modifikationen haben weitreichende Auswirkungen auf die Strategien und Techniken des Therapeuten – das ist das Thema von Kapitel 3 und 4. Manche Leser missverstehen den englischen Titel dieses Buches und lesen statt »inpatient«, also stationäre, »*impatient group therapy*«, also *ungeduldige* Gruppentherapie. Kapitel 3 zeigt, dass dieser Fehler gar nicht so abwegig ist: Ein langsamer, geduldiger, reflektierender, nondirektiver Therapieansatz ist in der stationären Arbeit nicht angebracht. Therapeuten stationärer Gruppen müssen einen kürzeren Zeitrahmen abstecken, aktiv und zielorientiert arbeiten und der Gruppe immer wieder deutlich und wirksam Struktur geben. Und Unterstützung, immer wieder Unterstützung: Jegliche stationäre Gruppenarbeit erfordert ein stützendes Fundament, und der Leiter muss eine Vielzahl von Techniken kennen, die zum Aufbau eines sicheren, vertrauensvollen Gruppenklimas beitragen.

In Kapitel 4 geht es darum, wie der Therapeut in der Gruppentherapie mit stationären Patienten das Hier und Jetzt einsetzt. Ich stelle das Grundprinzip des Hier und Jetzt vor, erläutere seine Bedeutung für alle experientialistischen Gruppenpsychotherapien und erörtere grundsätzliche Überlegungen, die das stationäre Umfeld erfordert. Viele Gruppentherapeuten vermeiden in stationären Gruppen die Arbeit im Hier und Jetzt, weil sie fälschlicherweise Interaktion mit Konfrontation oder Konflikt gleichsetzen. Kapitel 4 erläutert nachdrücklich, dass die Arbeit im Hier und Jetzt auch zutiefst verstörten Patienten Unterstützung, die Erfahrung von Kohäsion und Selbstbestätigung ermöglichen kann.

Die letzten beiden Kapitel stellen zwei spezielle Modelle für

Gruppentherapiesitzungen vor – Kapitel 5 eine Gruppe für Patienten mit leichteren Störungen und Kapitel 6 eine Gruppe für psychotische Patienten mit schweren Störungen. Auch wenn ich diese Modelle sehr detailliert beschreibe, sind sie nicht als festes Grundschema gedacht. Ich will lediglich die allgemeine Strategie einer strukturierten Gruppensitzung veranschaulichen und hoffe zu analogen Vorgehensweisen anzuregen, die dem jeweiligen persönlichen Stil und den klinischen Vorgaben angemessen sind.

In dieser Abhandlung konzentriere ich mich ausschließlich auf das zentrale, unerlässliche Element des Gruppentherapieprogramms für stationäre Patienten: die tägliche Gesprächstherapiegruppe. Meine Absicht war es, ein bündiges Handbuch für die Klinik zu verfassen und nicht ein Werk von enzyklopädischen Ausmaßen. Daher konnte ich auf viele Themen nicht eingehen, darunter das große Spektrum an spezialisierten Gruppen, die unterstützenden Gruppentherapietechniken (wie Videomitschnitt, Psychodrama, Bewegungs-, Tanz- und Musiktherapie), die Methoden für die spezifischen Probleme von Borderline-, suizidgefährdeten, aggressiven, antriebslosen oder paranoiden Patienten, oder die anderen Themen im Umkreis der Gruppentherapie (wie therapeutische Ausbildung und Supervision, T-Gruppen für Mitarbeiter, Gemeinschaftssitzungen). Ich verzichte auf diese wichtigen Themenbereiche nicht nur aus Platzgründen, sondern auch, weil das glatte und unüberschaubare Parkett der stationären Gruppentherapie, wie sie derzeit durchgeführt wird, nicht nach spezialisierten, sondern nach grundsätzlichen Beiträgen zu Theorie und Praxis verlangt.

Es ist ein weiter Weg von hastig notierten Beobachtungen zu einem Buch wie dem vorliegenden, und viele Menschen haben mich dabei begleitet. Allen voran Bea Mitchell und ihr glorreicher Word Processor, denen nicht ein einziges Mal die Farbe aus dem Gesicht wich, wenn ihnen mal wieder eine endgültige Fassung präsentiert wurde, die sich später doch als vorletzte entpuppte. Mein Dank gebührt Dr. David Spiegel und Carol

Payne (Krankenschwester) für die kritische Durchsicht des gesamten Manuskripts, Vivian Banish für ihre wertvollen Beiträge zum Modell der »Fokusgruppe«, meiner Familie für die große Unterstützung und die Nachsicht, dass ich so kurz nach Fertigstellung eines anderen zeitintensiven Projekts dieses Werk in Angriff nahm, den Patienten und Mitarbeitern der psychiatrischen Abteilung am Stanford University Medical Center (Station NOB) für ihre unermüdliche Kooperation und Unterstützung, Marjorie Crosby für ihre großzügige finanzielle Unterstützung, Phoebe Hoss für die redaktionelle Betreuung, der Stanford University für die notwendigen Freiräume und Hilfsmittel und all den Mitarbeitern der vielen stationären Abteilungen, die mir großzügig den Zugang zu und die Auseinandersetzung mit ihrer Arbeit ermöglicht haben.

Gruppenpsychotherapie und die psychiatrische Station heute

Wäre dies eine Abhandlung über Gruppenpsychotherapie mit ambulanten Patienten, könnte man sich gleich in medias res stürzen und die Erörterung der therapeutischen Strategien und Methoden eröffnen. Im Falle der stationären Gruppenpsychotherapie sieht das ganz anders aus! Für den Gruppentherapeuten, der mit stationären Patienten arbeitet, ist es ein entscheidender Behandlungsfaktor, dass die stationäre Gruppe im Gegensatz zur ambulanten Therapiegruppe nicht »eigenständig« existiert, sondern stets Teil eines größeren therapeutischen Systems ist.

Daher werde ich als Erstes die Beziehung zwischen der Gruppentherapie und der therapeutischen Organisation, in die sie eingebunden ist, genauer untersuchen. Die heutige akutenpsychiatrische Station bietet neben der Gruppentherapie eine Auswahl weiterer Therapieformen an: psychotrope Medikation, Einzeltherapie, Milieuthherapie, Arbeitstherapie, Beschäftigungstherapie, Familientherapie, Elektroschocktherapie. Die Therapieformen beeinflussen sich gegenseitig, und Entscheidungen im Rahmen einer Therapie können sich auf eine andere oder auch auf alle anderen Therapien auswirken. Zudem kann es sein, dass verschiedene Stationsbereiche den verschiedenen Therapien unterschiedliche Bedeutung beimessen – mit tief greifenden Auswirkungen auf die Durchführung der Gruppenpsychotherapie.

Wir betrachten zunächst die Rolle, die der Gruppentherapie

im Krankenhaus beigemessen wird, und beschäftigen uns dann mit den wichtigsten Problemen der stationären Gruppentherapieprogramme und den Lösungen, die einzelne Abteilungen dafür anbieten. Schließlich fragen wir nach der Effizienz stationärer Gruppentherapie.

Die gegenwärtige Praxis

Stellenwert der Gruppentherapie

Soweit ich informiert bin, verfügt jede akupsychotherapeutische Station über ein gewisses Angebot an Gruppentherapie. Die Argumente, die für die Wirksamkeit der Gruppentherapie sprechen, und ihre weitgehende Befürwortung durch die Vertreter verschiedenster therapeutischer Berufe sind so stark, dass es schwierig zu rechtfertigen wäre, wenn eine Station ganz auf ein kleines Gruppenprogramm verzichten würde.

Allerdings hält sich das Engagement vieler Stationen in Grenzen, und es wird lediglich ein oberflächliches Angebot bereitgestellt. In Einzelfällen werden stationäre Gruppen auch ohne offizielle Genehmigung der Stationsverwaltung eingerichtet. Ich habe in einer Universitätsklinik eine Station besucht, deren medizinischer Leiter, ein Psychopharmakologe, mir erklärte, er habe seinen Dienst vor etwa einem Jahr angetreten und in den ersten drei Monaten Gruppen einzurichten versucht, sei aber dann zu dem Schluss gekommen, Therapiegruppen machten im Akutbereich keinen Sinn, und habe in der Folge das Gruppenprogramm »ausrangiert«. Als ich mich allerdings mit einigen seiner Mitarbeiter unterhielt, erfuhr ich hinter vorgehaltener Hand, dass die Abendschicht des Pflegepersonals unter der Bezeichnung »Diskussionsrunde« eine tägliche Therapiegruppe unterhalte. (Therapiegruppen, die sich unter irgendwelchen Tarnnamen treffen, sind, wie ich später noch ausführen werde, keine Seltenheit.)

Berichte in der einschlägigen Literatur rufen uns gelegentlich in Erinnerung, dass manche Stationen noch bis vor relativ kurzer Zeit keinerlei Therapieprogramm anboten. Zwei Psychiater beispielsweise beschreiben in einem Artikel aus dem Jahr 1974 ihren Versuch, auf einer akutpsychiatrischen Station zweimal pro Woche Gruppentherapiesitzungen abzuhalten. [A]* Die Autoren berichten, dass die Patienten die Gruppen einhellig als hilfreich erachteten, nicht über Langeweile klagten und stets bei den Sitzungen anwesend waren (obwohl die Teilnahme freiwillig war). Die Autoren berichten des Weiteren (mit einem gewissen Erstaunen), dass das Gruppentherapieprogramm gegenüber den herkömmlichen Morgenvisiten der Ärzteschaft viele Vorteile aufwies.

In einem ähnlichen Bericht aus dem Jahr 1975 beschreibt eine Psychiatriseschwester die Einrichtung eines Gruppenprogramms auf einer psychiatrischen Station.[B] Die Schwestern der Akutstation waren der Meinung, dass eine wöchentlich abgehaltene therapeutische Gemeinschaftssitzung keine wirksame Gruppenpsychotherapie ermögliche. Zögerlich und ohne die Unterstützung (oder sogar gegen den offenkundigen Widerstand) des Stationspsychiaters, begannen die Schwestern, selbst ein bescheidenes Gruppenprogramm aufzubauen. Sie berichten etwas überrascht, dass die kleine Therapiegruppe den Patienten wichtige Lernerfahrungen ermöglichte, dass offene Gespräche über Gefühle zum besseren Funktionieren der Station beitrugen, dass die Patienten das förmliche Auftreten der Schwestern (einschließlich ihrer gestärkten weißen Tracht) als sehr negativ empfanden und dass die Therapiegruppe den Patienten half, die anderen verfügbaren Therapieformen besser zu nutzen.

Es stimmt nachdenklich, dass noch Mitte der 1970er Jahre

* Großbuchstaben in Klammern verweisen in diesem Kapitel auf entsprechende Abschnitte im Anhang, in denen die betreffenden Beiträge zitiert und, falls angebracht, kommentiert werden.

solche Artikel verfasst werden konnten. Wenn aber Stationsmitarbeiter unabhängig voneinander den Nutzen von Gruppenprogrammen entdecken, bestärkt und bestätigt das natürlich meine eigenen Theorien. Es zeigt, wie wenig Aufmerksamkeit gruppentherapeutischen Ansätzen in der Ausbildung von Psychiatern und Pflegepersonal geschenkt wird.

Vielfalt der Programme

Was am meisten auffällt, wenn man das heutige Angebot an stationären Behandlungsprogrammen betrachtet, ist die erstaunliche Bandbreite und Vielfalt. Bei meinen Besuchen *ambulanter* Einrichtungen der Vereinigten Staaten stelle ich immer wieder fest, dass die therapeutischen Gruppenprogramme weitgehend identisch sind. Ganz im Gegensatz dazu existiert in den *stationären* Abteilungen ein buntes Nebeneinander von Gruppenarten, Strategien und Führungstechniken. Auch Zusammensetzung, Dauer und Häufigkeit von Sitzungen unterscheiden sich.

Es schwirrt einem der Kopf angesichts einer solchen Fülle: Entweder hat sich gleichzeitig in den Kliniken des ganzen Landes ein gewaltiges kreatives Potential Bahn gebrochen, oder wir haben hier den Beweis für das immense und beklagenswerte Chaos auf diesem Gebiet. Obwohl viele der Programme von beachtlicher Phantasie und Kreativität zeugen – Kreativität, die für die berufliche Weiterentwicklung unerlässlich ist –, scheinen mir hier mit ziemlicher Sicherheit alarmierende Hinweise auf das Fehlen eines festen Bezugssystems vorzuliegen. Es gibt für die Gruppentherapie mit stationären Patienten keinen stimmigen Kanon von Grundregeln und den entsprechenden Strategien und Techniken, der in allen Einrichtungen Gültigkeit besäße. In der Ausbildung junger Psychotherapeuten wirkt sich diese Lücke verheerend aus und fördert bei der Entwicklung eines eigenen Therapieansatzes die gefährlich spekulative Einstellung des »jeder für sich«, die auf lange Sicht dem Berufsstand und dem Wohl der Patienten nur schaden kann.

Man betrachte nur einmal die unterschiedlichen Arten von Therapiegruppen auf den Stationen. Die Abteilungen, die ich besucht habe, verfügten normalerweise über herkömmliche psychotherapeutische Gesprächsrunden, die sich in der Regel ein bis drei Mal pro Woche trafen, sowie eine Reihe weiterer, spezialisierter Gruppen, die oft ein bis zwei Mal wöchentlich stattfanden und von einem Vollzeitmitarbeiter oder einem nur für diesen Zweck teilzeitbeschäftigten Therapeuten geleitet wurden. Die Vielfalt der Gruppen in den von mir besuchten Abteilungen war überraschend groß (selbst wenn man berücksichtigt, dass ähnliche Gruppen auf verschiedenen Stationen unterschiedlich genannt wurden) und umfassten unter anderem interaktionelle Gruppen, psychoanalytisch orientierte Psychotherapiegruppen, Familiengruppen, Orientierungsgruppen, Bewegungstherapiegruppen, Kunsttherapiegruppen, Massagegruppen, Entspannungstrainingsgruppen, Gruppen für geleitete Phantasien, Tanztherapiegruppen, Musiktherapiegruppen, therapeutische Gartengruppen, Medikationstrainingsgruppen, Zukunftsplanungsgruppen, therapeutische Wohngruppen, Kunsthandwerksgruppen, Sexualerziehungsgruppen, Entlassungsvorbereitungsgruppen, Problemlösungstrainingsgruppen, Diskussionsgruppen, Wahrnehmungstrainingsgruppen, verhaltenstherapeutische Gruppen, Fokusgruppen, Ann-landers-Gruppen, Psychodramagruppen, Männergruppen, Frauengruppen, Gruppen mit strukturierten Trainingsprogrammen, Familienwohngruppen, Entscheidungstrainingsgruppen, Puppenspielgruppen, Gruppen zur Diskussion von Fernsehserien, Projektgruppen und Arbeitsgruppen.

Die Vielfalt der Gruppentherapieprogramme lässt sich durch das stark differierende Angebot dreier Stationen veranschaulichen. Den äußeren Umständen nach waren die drei Stationen vergleichbar: Es handelte sich um psychiatrische Akutstationen mit zwanzig bis dreißig Betten, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten betrug zwei Wochen, die Stationen waren in ein allgemeines Universitätskrankenhaus eingeglie-

dert. Alle drei verfügten über ausreichend Personal und genossen einen ausgezeichneten Ruf auf lokaler wie auf überregionaler Ebene.

Station A wurde grundsätzlich eher herkömmlich geleitet. Die täglichen Visiten verliefen förmlich: Der Oberarzt und die Assistenzärzte sprachen über die Patienten, vom Pflegepersonal oder vom nichtmedizinischen Personal wurde wenig erwartet. Das Gespräch konzentrierte sich vorwiegend auf die Besprechung von Details der Pharmakotherapie oder der Elektroschocktherapie, auf Fragen nach etwaigen organischen Ursachen oder auf die Planung für die Zeit nach der Entlassung. Die Gruppentherapeuten der Station kamen bei den Visiten überhaupt nicht zu Wort, obwohl sie über viele und ausgesprochen relevante Informationen verfügten.

Der Oberarzt gab unumwunden zu, dass ihn Gruppentherapie nicht besonders interessiere. Keiner seiner Assistenzärzte leitete eine Gruppe, weil ihnen angeblich keine angemessene Supervision geboten werden könne. Obwohl eine ganze Reihe gruppentherapeutisch erfahrener Sozialpädagogen und Psychologen als Ansprechpartner bereitstanden, hielt er es für keine gute Idee, Nichtmediziner mit der Supervision von Medizinstudenten oder Assistenzärzten zu betrauen. Ein solches Vorgehen, so glaubte er, würde einen schlechten Eindruck machen und viele junge Ärzte abschrecken, eine berufliche Laufbahn in der Psychiatrie einzuschlagen.

Es gab auf der Station eine offizielle Psychotherapiegruppe, die von einer Sozialpädagogin geleitet wurde. Die Gruppe traf sich drei Mal pro Woche für eine Stunde und wurde von etwa sieben oder acht der Patienten mit leichteren Störungen besucht. Sie wurden von der Leiterin ausgewählt, die vor jeder Sitzung einen Rundgang durch die Station machte und sie einlud oder überredete zu kommen. Die Sozialpädagogin, deren Ausbildungsschwerpunkt auf Einzel- und Familientherapie lag, hatte wenig Lust auf Gruppentherapie und ließ die Sitzungen bereitwillig so oft wie möglich ausfallen. Wenn sie nicht auf der