

Der Transfer gruppentherapeutischen Handlungswissens in die systemische Multifamilientherapie - Wirkfaktoren im Vergleich

Masterarbeit im Rahmen des Master of Advanced Studies (MAS)
Systemische Beratung in der Sozialen Arbeit

eingereicht am Fachbereich Soziale Arbeit der Berner Fachhochschule

von

Sebastian Strycker

Erstgutachterin: Prof. Gerlinde Tafel

Zweitgutachterin: Dr. Petra Schwarz

Abgabedatum: 6. Juli 2020

Für die Jugendlichen, Familien und Mitarbeitenden in der KJP.

Mögen alle gesund und frei sein.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	1
Abstract.....	2
1. Einleitung.....	3
1.1 Hinführung zum Thema.....	3
1.2 Persönlicher Bezug zum Thema.....	4
1.3. Ziele und Anliegen der Arbeit.....	6
1.4 Fragestellung.....	6
1.5. Begriffliche Erklärungen.....	7
1.6. Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit.....	8
2. Multifamilientherapie.....	10
2.1. Was wird unter MFT verstanden?.....	10
2.1.1 Entstehung.....	10
2.2.2 Definition.....	11
2.2.3 Anwendungskontext.....	11
2.2 Das therapeutische Rollenverständnis und die professionelle Haltung in der MFT.....	12
2.2.1 Therapeutische Grundhaltung und Beziehungsgestaltung.....	12
2.2.2 Familien als Experten.....	13
2.2.3 Interaktion fördern – aktive und kreisende Haltung.....	14
2.2.4 Das Zusammenspiel der Therapeuten.....	15
2.3 Wie wirkt MFT?.....	15
2.3.1 Gruppe als Katalysator für Veränderungsprozesse.....	15
2.3.2 Gruppenübungen.....	17
2.3.3 Systemische Interventionen.....	18
2.3.4 Mentalisierungsfähigkeit fördern – das Mentalisierungsmodell.....	18
3. Gruppenpsychotherapie.....	23
3.1. Was wird unter Gruppenpsychotherapie verstanden?.....	23
3.1.1 Entstehung.....	23
3.1.2. Definition.....	24
3.1.3 Anwendungskontext und unterschiedliche Ansätze.....	25
3.2. Das therapeutische Rollenverständnis und die professionelle Haltung in der Gruppenpsychotherapie.....	27
3.2.1. Wache Präsenz.....	27
3.2.2 Gruppenleitende als Modell.....	27
3.2.3. Den Raum schützen.....	29
3.2.4. Therapeutische Eigenschaften & Kompetenzen.....	30
3.2.5 Regulierung von Scham.....	32
3.2.6. Gruppenwiderstand minimieren.....	34
3.2.7 Übertragung und Gegenübertragung.....	35
3.3 Wie wirkt Gruppenpsychotherapie?.....	36
3.3.1. Allgemeines zu Wirkfaktoren in der Gruppentherapie.....	36
3.3.2 Gruppenkohäsion.....	39

3.3.3. Hoffnung, Universalität des Leidens, Altruismus & existentielle Faktoren.....	41
3.3.4 Interpersonales Lernen, Entwicklung sozialer Kompetenz & korrigierende Rekapitulation.....	42
3.3.5 Selbstöffnung und Katharsis.....	43
3.3.6 Imitation und Identifikation.....	44
4. Zu Risiken und Nebenwirkungen: Wo es mit MFT schief gehen kann.....	47
4.1 MFT als Technik?.....	47
4.2. MFT als Multi-Überforderung?.....	50
4.2.1 Implementierung als Hürde.....	51
4.2.2 Gruppenleitung als Schwierigkeit.....	51
4.2.3 Alle in einem Boot?.....	52
4.2.4 Wenn die Gruppe zur Belastung wird.....	53
5. Der Transfer gruppentherapeutischen Wissens in die MFT.....	56
5.1. Erweiterung des therapeutisch-beraterischen Verständnisses.....	56
5.2 Sinn und Unsinn psychodynamischer Konzepte in der MFT.....	58
5.2.1 Gruppe im Widerstand?.....	59
5.2.1 Übertragung in der MFT?.....	60
5.3 Erweiterung des Verständnisses in Bezug auf die Wirksamkeit von Gruppenarbeit.....	63
5.4. Die Verbindung der Ansätze als Modell.....	65
6. Fazit & Ausblick.....	67
7. Persönliches Schlusswort.....	68
Literaturverzeichnis.....	70
Eigenständigkeitserklärung.....	76

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Regulationsmodell der MFT	13
Abbildung 2: Unterschiedliche Ansätze der Gruppenpsychotherapie	26
Abbildung 3: Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie nach Yalom	39
Abbildung 4: Die Verbindung von Gruppenpsychotherapie und MFT als Modell	65
Tabelle 1: Wirkfaktoren der Multifamilien- und Gruppentherapie im Vergleich	62

Abstract

Multifamilientherapie (MFT) bezeichnet die Praxis der simultanen, systemtherapeutischen Arbeit mit mehreren Familien. Deren Anwendung hat sich in klinischen als auch psychosozialen Institutionen als wirksam erwiesen und etabliert sich zunehmend im deutschsprachigen Raum.

MFT hat neue, kreative Methoden für die Arbeit mit Gruppen hervorgebracht. Dennoch wirkt der Ansatz aus theoretischer Sicht nicht richtig greifbar, da sich daraus kein vertieftes Verständnis für die therapeutische Arbeit mit Gruppen an sich herleiten lässt.

Die vorliegende Arbeit beleuchtet und vergleicht die Wirkfaktoren der MFT und der psychodynamisch-interaktionellen Gruppenpsychotherapie. Es wird untersucht, inwieweit gruppentherapeutisches Handlungswissen in die Arbeit mit MFT integriert werden kann. Dabei steht die Entwicklung eines schulenübergreifenden, beraterisch-therapeutischen Rollenverständnisses für die prozesshafte Arbeit mit MFT-Gruppen im Vordergrund. Der Transfer spezifisch psychodynamischer Konzepte in das systemische Modell wird differenziert betrachtet.

Die Auseinandersetzung mit gruppenpsychotherapeutischen Ansätzen bietet Professionellen die Chance, praktisches Arbeiten mit MFT-Gruppen differenzierter zu verstehen, wirksamer zu gestalten und mögliche Risiken frühzeitig zu erkennen.

1. Einleitung

1.1 Hinführung zum Thema

Multifamilientherapie (MFT) resp. Multifamilienarbeit (MFA) nach Asen & Scholz (2015/2017) hat in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum zunehmend Verbreitung gefunden und wird in psychiatrischen Kliniken, der Jugendhilfe und im schulischen Kontext angewandt. Mehrere Studien belegen eine Reduktion problematischer Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen, als auch positive Effekte bei den Eltern (Gelin, Cook-Darnzens & Hendrick, 2017, S. 354-376; Scholz, 2017c, S. 376-386).

Der Ansatz etabliert sich zunehmend in der Schweiz und es entstehen laufend neue Projekte. Auch in meinem Arbeitsfeld, der Berner Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, haben die Tagesklinik Oberland und das Therapiezentrum für Essstörungen MFT in ihr Behandlungskonzept integriert. Der Nutzen für die jungen Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen ist dabei für beide Stationen deutlich erkennbar, so dass die Integration der Methode in weiteren tagesklinischen Einheiten gefördert werden soll.

In der Literatur werden zwar etliche MFT-Projekte aus der Praxis und anwendungsorientierte Gruppenübungen beschrieben (Asen & Scholz, 2015/2017, Behme-Matthiessen & Pletsch, 2016), die theoretischen Grundlagen bleiben angesichts der Komplexität der MFT-Praxis jedoch relativ rudimentär. So umfasst der theoretische Teil des Grundlagenwerks «Handbuch der Multifamilientherapie» von Asen und Scholz (2017) lediglich 37 der insgesamt 443 Seiten.

Der Ansatz weiss durch seine Dynamik, die Vielseitigkeit der Anwendungsgebiete, die kreativen Übungen und mitunter durch den Humor und das Charisma der Gründer zu begeistern, wirkt jedoch aus fachlicher Sicht nicht richtig greifbar. Übergeordnete, handlungsleitende Prinzipien und eine Rahmung, welche die Methode in ihrer Tiefe verstehbar machen, fehlen. Die zahlreichen Berichte zum Thema fokussieren primär die Möglichkeiten, nicht jedoch die Grenzen der MFT.

Die Systemische Therapie mit ihrem dazugehörigen Methodenkoffer kann als theoriegestützte Arbeitsbasis verstanden werden, reicht jedoch für die MFT-Praxis nicht aus, da sie nicht für die Arbeit mit Grossgruppen entwickelt wurde. Die MFT bietet hier mit Übungen und Spielen zwar ein nützliches Werkzeug, ein grundlegendes Verständnis für die prozesshafte, gruppensystemische Arbeit an sich und die Art und Weise, wie therapeutisch Tätige den Raum für Gruppen halten können, kann daraus jedoch nicht abgeleitet werden.

Für die therapeutische Arbeit mit Gruppen besteht mit der Methode der Gruppenpsychotherapie ein seit Jahrzehnten erprobter Ansatz (u.a. Yalom, 2010), welcher auch in der Kinder- und

Jugendpsychiatrie Anwendung findet (Hermans, 2015; Zajec, 2017; Vogt & Caby, 2015). Während dreier Jahre leitete ich im stationären Bereich der KJP selber eine störungsübergreifende, supervidierte Gruppentherapie¹ für Jugendliche. Eine Verbindung zwischen den beiden Methoden Gruppenpsychotherapie und MFT ist offensichtlich: Die Wirkkräfte von Gruppen werden therapeutisch genutzt um Klienten und Klientinnen das Erkennen, Reflektieren und Verändern und von Problemmustern zu ermöglichen. Beide Ansätze fördern und fokussieren die Beziehungen und Interaktionen zwischen den einzelnen Teilnehmenden. Obwohl die methodische Verbindung der Ansätze implizit erwähnt wird (Asen & Scholz, 2015, S. 15/18), fehlt eine explizite konzeptionelle Verknüpfung zwischen den beiden Methoden bislang.

Hypothetisch gehe ich davon aus, dass sich handlungsleitendes Wissen aus der Gruppenpsychotherapie in die MFT integrieren lässt und beim Verständnis in der Arbeit mit Gruppen hilfreich ist. Meine Masterarbeit soll eine Lücke schliessen, indem sie den Transfer gruppentherapeutischen Wissens in die MFT untersucht. Neben dem Nutzen für die eigene Praxis gehe ich davon aus, dass auch Professionelle in anderen klinischen oder (sozial)pädagogischen Institutionen von Erkenntnissen aus dieser Arbeit profitieren können, da vermutlich auch dort gruppenspezifisches Wissen und Können in der Verbindung mit MFT fehlt.

1.2 Persönlicher Bezug zum Thema

Als Sozialpädagogin und Stationsleiterin bin ich für die pädagogisch-pflegerische Leitung der Tagesklinik für Jugendliche der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJP) in Bern zuständig. Im Rahmen einer konzeptionellen Neuausrichtung soll Multifamilientherapie fester Bestandteil unseres teilstationären Angebots werden. Die Konzeptarbeit unter Einbezug unserer Klinikleitung, der Austausch mit MFT-Praktizierenden und der Aufbau von nötigem Know-How mit dem Besuch einer Weiterbildung werden Teil dieses Prozesses sein. Diese Masterarbeit soll einen weiteren Teil zur erfolgreichen Umsetzung in der Praxis beisteuern und andere Kolleginnen und Kollegen dabei inspirieren.

Die Integration von MFT in unser Angebot soll dazu beitragen, dass sich Eltern mit einem psychisch erkrankten Kind weniger isoliert und zunehmend selbstkompetent für die Lösung familiärer Probleme fühlen. Es ist davon auszugehen, dass der intensivere Einbezug der Eltern auch die Jugendlichen entlastet, da der Fokus weniger auf ihnen als Inpatienten und -patientinnen liegt. Schuld- und Schamgefühle aller Familienmitglieder, welche sich bei der Erarbeitung von Lösungen als hinderlich erweisen, können dadurch verringert werden.

¹ Aus Gründen besserer Lesbarkeit verwende ich die Begriffe *Gruppentherapie* und *Gruppenpsychotherapie* synonym.

Meine praktische Erfahrung mit dem Einbezug von Angehörigen in den kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsprozess bestätigt, dass eine Verbesserung der familiären Kommunikation und die Stärkung innerfamiliärer Beziehungen mit einer Verringerung der Symptombelastung der Jugendlichen einhergeht. Diesen Prozess verspricht MFT zu beschleunigen: Störungsaufrechterhaltende Interaktionsmuster wie eskalative Dynamiken, Rückzug, Invalidierung oder Schonverhalten können in der Gruppe rascher erkannt und bearbeitet werden. Dies fördert den Genesungsprozess der Jugendlichen und erweist sich prognostisch als günstig, da im häuslichen Umfeld der Jugendlichen Veränderung stärker initiiert wird.

Die in der MFT zentralen Gruppenspiele sollen Spass machen und wirken sich aktivierend auf Jugendliche aus. Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit depressiver Grundstimmung kann dies heilsam sein. Die Gruppe bietet für Jugendliche die Möglichkeit, sich gegenseitig zu unterstützen und von Gleichaltrigen zu lernen, was eine Stärkung der therapeutischen Gemeinschaft mit sich bringt.

Dem Leiten von Gruppen in unterschiedlichen Kontexten kommt in meiner klinischen Arbeit ein grosser Stellenwert zu, sei es bei Essenssituationen, Morgenrunden oder erlebnispädagogischen Aktivitäten und Gesprächsrunden mit gruppentherapeutischem Charakter. So konnte ich in meiner beinahe zehnjährigen jugendpsychiatrischen Praxis unterschiedlichste Konstellationen und Dynamiken in Gruppen beobachten und erleben. Die langjährige Teilnahme an einer Gruppe mit Selbsterfahrungscharakter ermöglichte es mir, Gruppenprozesse auch als Teilnehmer zu erfahren.

Der hohe Stellenwert interdisziplinärer Zusammenarbeit in meinem Arbeitsfeld bedingt eine enge Zusammenarbeit verschiedenster Berufsgruppen aus den Bereichen der (Heil-)Pädagogik, Psychotherapie, Psychiatriepflege und Medizin. Dies hat mich in Hinblick auf ein sehr breites Verständnis therapeutischen Arbeitens geprägt, nicht zuletzt durch die konzeptionelle Verankerung der Milieuthherapie in der KJP, welche Therapie als Resultat der Bemühungen verschiedenster Akteure begreift. Weiterbildungen und Supervisionen aus systemischer, verhaltenstherapeutischer, psychodynamischer und psychiatrischer Sicht haben mich im Hinblick auf ein schulenübergreifendes Verständnis therapeutisch-beraterischer Arbeit weiter beeinflusst.

1.3. Ziele und Anliegen der Arbeit

Diese Arbeit untersucht den Transfer von gruppentherapeutischem Handlungswissen in den systemischen Ansatz der Multifamilientherapie in Hinblick auf ein differenzierteres Verständnis von Gruppenarbeit.

Das **theoretische Ziel** dieser Arbeit beinhaltet, bestehende Fachliteratur zu themenrelevanten Ansätzen zusammenzutragen und auszuwerten. Es soll aufgezeigt werden, welche Wirkprinzipien therapeutische Prozesse mit Gruppen begünstigen. Die Ansätze der MFT und Gruppenpsychotherapie werden in Bezug auf ihre Wirkfaktoren untersucht und verglichen.

Das **praktische Ziel** dieser Arbeit besteht darin, die gewonnenen Erkenntnisse auf das Leiten von MFT-Gruppen in der Tagesklinik für Jugendliche der KJP zu adaptieren und neues Wissen in Bezug auf konkrete Handlungs- und Interventionsmöglichkeiten zu generieren. Die Erkenntnisse sollen so zusammengefasst werden, dass sie Professionellen als Unterstützung im Berufsalltag dienen.

Mein **persönliches** Ziel im Rahmen dieser Arbeit ist es, mein Verständnis in Bezug auf die therapeutische Arbeit mit Gruppen so zu erweitern, dass ich ein MFT-Projekt in der Praxis erfolgreich aufbauen und leiten kann.

1.4 Fragestellung

Leitfrage:

Wie kann gruppentherapeutisches Handlungswissen die Arbeit mit MFT in Hinblick auf ein professionelles Rollenverständnis ergänzen und in ihrer Wirksamkeit unterstützen?

Unterfragen:

1. Was wird unter MFT verstanden?
2. Welches sind die Wirkfaktoren von MFT?
3. Was wird unter Gruppenpsychotherapie verstanden?
4. Welches sind Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie?
5. Wo stösst die Arbeit mit MFT im klinischen Kontext an Grenzen?
6. Wo ergänzen und unterscheiden sich die Wirkfaktoren von MFT und Gruppenpsychotherapie?

1.5. Begriffliche Erklärungen

Der Begriff **Gruppe** wird für eine «Mehrheit von Individuen verwendet, welche miteinander in Kontakt stehen, aufeinander reagieren und in wesentlichen Punkten Gemeinsamkeiten erleben» (Olmsted 1959 zit. nach Mattke, Reddemann & Strauss, 2009 , S. 17). Dabei erleben sich die Gruppenmitglieder als zusammengehörig und identifizieren sich mit einer gemeinsamen Bezugsperson, einem gemeinsamen Sachverhalt oder einer Aufgabe (Sader, 2000 in ebd.)

Die Arbeit mit Gruppen findet immer im Kontext einer entsprechenden **Gruppendynamik** statt. Das Wort *Dynamik* weist auf komplexe und interdependente Kräfte im Lebensraum der Gruppe hin. Der Begriff der Gruppendynamik wird in dieser Arbeit in diesem Sinn verwendet und nicht in Bezug auf den gruppendynamischen Ansatz nach Lewin (vgl. Kap. 3.1.1).

Analog dazu spricht man von **Psychodynamik**, wenn die innerseelische Dynamik im Menschen selbst beschrieben wird. Diese umfasst alle bewussten und unbewussten wechselseitigen Beeinflussungsprozesse im intrapersonellen Bereich (Janssen & Sachs, 2018, S. 11).

Der Begriff **psychodynamisch** wird verwendet, wenn Phänomene unter der Perspektive des Unbewussten betrachtet werden. Ursprünglich bezog sich dieser auf das Instanzenmodell (Ich, Es, Über-Ich) der Psychoanalyse/Tiefenpsychologie nach Freud, umfasst heute jedoch eine Vielzahl psychologischer Modelle wie etwa die der Bindungs- oder Objektbeziehungstheorie. Neuere psychodynamische Konzepte orientieren sich zunehmend an Interaktion, Kommunikation und Bezogenheit im interpersonellen Feld (psychodynamisch-interaktionell) (Ermann & Körner, 2017).

Obwohl sich im klinischen Kontext der Therapiebegriff auf Symptomatiken mit Krankheitswert bezieht, verwende ich im Rahmen dieser Arbeit **Therapie** und **Beratung** synonym. Verschiedene Autoren (Levold, 2016a, S. 16; Schweitzer & von Schlippe, 2007, S. 15) plädieren dafür, die beiden Begriffe nicht voneinander abzugrenzen, da sie sich theoretisch und methodisch nicht unterscheiden. Systemisches Arbeiten kann als transdisziplinäres Projekt verstanden werden und wird von Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen wie der Medizin, der Sozialen Arbeit, der Psychologie oder der Pädagogik ausgeübt. Unterschiede bezüglich der Anwendung systemischer Therapie und Beratung ergeben sich aus dem Kontext des entsprechenden Handlungsfeldes.

1.6. Methodisches Vorgehen und Aufbau der Arbeit

Diese Arbeit besteht aus vier Hauptteilen, wobei deren Inhalt zu Beginn jeweils kurz zusammengefasst wird.

Der erste Teil stellt den Ansatz der **Multifamilientherapie** vor, in dem deren Entstehung, Anwendungskontext und wesentliche inhaltliche Konzepte dargestellt werden. Die Wirkfaktoren der Methode und das professionelle Rollenverständnis in der MFT werden beleuchtet.

Das zweite Kapitel widmet sich analog dem ersten, jedoch etwas ausführlicher, dem Ansatz der **Gruppenpsychotherapie**.

In einem dritten Teil werden mögliche **Grenzen und Risiken** der MFT beleuchtet.

Der vierte Teil untersucht den **Transfer** gruppentherapeutischen Wissens in die MFT in Bezug auf ein erweitertes therapeutisch-beraterisches Verständnis und die Wirksamkeit von Gruppenarbeit, womit Bezug auf die eingangs gestellte Leitfrage genommen wird.

Die Arbeit schliesst mit einem **Fazit**, in welchem Ergebnisse und Vorgehensweise reflektiert werden.

Einige der in den Kapiteln **Multifamilientherapie** und **Gruppenpsychotherapie** dargestellten Aspekte eines therapeutischen Rollenverständnisses und der professionellen Haltung implizieren bereits ein gewisses methodisches Vorgehen oder weisen auf entsprechende Interventionen hin. Da Haltung und Methode oft Hand in Hand gehen, ist eine strikte Trennung weder möglich noch sinnvoll. Dennoch geht es mir an dieser Stelle nicht primär um Methodisches, sondern wie Leitende grundsätzlich ihre Aufgabe und Rolle in der Arbeit mit Gruppen verstehen können.

Diese Masterarbeit setzt sich auf der Basis von Fachliteratur mit Fragen der beraterisch-therapeutischen Praxis auseinander. Die darin enthaltenen Gedanken sollen Professionellen verschiedenster Berufsgruppen ermöglichen, ihr Verständnis in der Arbeit mit Gruppen zu vertiefen. Mit dem Thema bewege ich mich im Spannungsfeld diverser und teils komplexer Ansätze. Um Lesenden einen Überblick zu geben und die Verbindung der einzelnen Aspekte zueinander deutlich zu machen, wähle ich bildlich gesprochen die Perspektive eines Weitwinkelobjektivs und nicht die eines Mikroskops. Mein Interesse gilt ganz im systemischen Sinne dem Aufbau eines Gesamtbildes und nicht der vertieften oder vollständigen Darstellung einzelner Ansätze.

Aus Gründen der Effizienz wähle ich den theoretischen Zugang zur Fragestellung und verzichte auf empirische Erhebungen. Dabei erhebe ich nicht den Anspruch, endgültige Antworten zu liefern, sondern kritisch-differenzierte Denkanstösse zur Anwendung eines Modells in der Praxis zu liefern.

Durch die vertiefte Auseinandersetzung mit psychotherapeutischen Konzepten und mit der Verwendung des Therapiebegriffs im Rahmen dieser Arbeit beabsichtige ich weder eine Reduktion systemischen Arbeitens auf klinische Aspekte noch die Pathologisierung von Klientinnen und Klienten. Es geht mir vielmehr um ein universelles und pragmatisches Verständnis davon, wie Menschen und Gruppen in Veränderungsprozessen professionell begleitet werden können. Dabei gehe ich davon aus, dass die Gruppenarbeit in klinischen Kontexten Erfahrungswissen hervorgebracht hat, dass sich auch in anderen Bereichen nutzen lässt.

2. Multifamilientherapie

MFT mit Kindern und Jugendlichen wurde von Eia Asen und Michael Scholz (2015/ 2017) ursprünglich für den klinisch-therapeutischen Bereich entwickelt. Ihr wichtigstes Alleinstellungsmerkmal ist, dass sie mit mehreren gleichzeitig anwesenden Familien stattfindet. Dabei orientiert sie sich an systemischen Arbeitsprinzipien wie der wertschätzenden und allparteilichen Haltung oder der Orientierung an Ressourcen und Fähigkeiten. Die Familien werden dabei explizit als «Experten ihrer selbst» verstanden. Dem Zusammenspiel der Leitungspersonen und der aktiven, beweglichen und interaktionsfördernden therapeutischen Position kommen in der Moderation von MFT-Gruppen eine zentrale Bedeutung zu.

MFT vereint spezifische Konzepte und Techniken der systemischen Familientherapie mit solchen psychodynamisch orientierter (Gruppen)psychotherapie. Neben allgemeinen gruppenspezifischen Wirkfaktoren nutzt der Ansatz spielerische Übungen, um Interaktions- und Kommunikationsmuster sicht- und veränderbar zu machen. Methodisch integriert er nebst systemischen Basistechniken das handlungsbezogene «Fünfschrittemodell» (Scholz, 2017, S. 33), und das Konzept der mentalisierungsfördernden Therapie (Asen & Scholz, 2015, S. 53), welche durch emotionsfokussierte Interventionen innerfamiliäre Verständigung und Beziehungen stärkt .

2.1. Was wird unter MFT verstanden?

2.1.1 Entstehung

Multifamilientherapie entwickelte sich in den Vereinigten Staaten, wo in den 40er- und 50er-Jahren verschiedene Teams die Grossgruppenarbeit mit chronisch psychotischen Patienten und Patientinnen sowie deren Angehörigen ausprobierten. Peter Laqueur wird dabei als Pionier angesehen. Inspiriert durch dessen Arbeit entwickelten Erwachsenenpsychiater- und Psychologen auch in Südamerika und Europa Modelle zur multifamilientherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen zur Behandlung verschiedener Störungsbilder wie Zwangsstörungen, Drogen- und Alkoholabhängigkeit, bipolare Erkrankungen, Depression, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Bulimie oder somatische Schmerzerkrankungen (Asen & Scholz, 2015, S. 16/17).

Multifamilientherapie mit Kindern, Jugendlichen und deren Eltern entstand in den 80er-Jahren unter Eia Asen im Rahmen des «Marlborough-Modells» einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung in London. Wichtige Einflüsse waren dabei die Ideen der Antipsychiatrie und der therapeutischen Gemeinschaft, Minuchins Arbeit mit Multiproblemfamilien, die Netzwerktherapie zum Aufbau von Unterstützungssystemen und die systemverstörenden Ansätze Boscolos und Cecchins (Asen, 2017a, S. 21/22).

Auch in Ostdeutschland gab es in den 70er-Jahren Bestrebungen, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Elterngruppen zu kombinieren. Unter anderem begann Michael Scholz in Leipzig, Eltern und Kinder über Rollenspiele und Videofeedback zunehmend einzubeziehen (Asen & Scholz, 2015, S. 18).

2.2.2 Definition

Multifamilientherapie bezeichnet die Praxis der simultanen Arbeit mit mehreren Familien unter Begleitung eines Co-therapeutischen Teams (Asen & Scholz, 2015, S. 16). Sie kann in ambulanten, teilstationären oder stationären Settings stattfinden. Störungsübergreifende Gruppen finden sich genau so wie störungsspezifische.

Der Begriff der *Multifamilientherapie* bezieht sich dabei vorwiegend auf den klinischen Kontext mit psychotherapeutischem Schwerpunkt, während sich der Begriff *Multifamilienarbeit* (MFA) eher auf den Bereich schulischer Verhaltens- und Lernschwierigkeiten und den Kontext sogenannter «Familienklassenzimmern» bezieht. Dennoch werden die beiden Begriffe teilweise synonym verwendet.

MFT eindeutig konzeptionell zu verorten fällt nicht leicht. Im europäisch-deutschsprachigen Raum wird MFT mit Kindern und Jugendlichen stark mit der Arbeit von Asen und Scholz (2015/2017) verbunden. Ihr schulenübergreifendes Konzept basiert hauptsächlich auf Erkenntnissen der Gruppen- und Systemischen Einzelfamilientherapie, wobei systemische Prinzipien durch tiefenpsychologische Elemente ergänzt werden (Asen & Scholz, 2015, S. 15/18).

Andere Vertreter der MFT berufen sich auf unterschiedliche theoretische Konzepte. Imgart und Plassmann (2020, S. 4) verweisen auf eine Delphi-Studie von Edwards (2001), der mit einer Befragung von Fachleuten 14 verschiedene Therapietheorien evaluierte, welche Experten als Hintergrund der MFT sehen. Diese theoretische Vielfalt habe auch Anlass für Kritik geboten da unklar sei, ob MFT eine Gruppen-, eine Familientherapie oder etwas eigenes Drittes sei. Obwohl MFT originär kein systemisches Konzept war, wurde sie in der Folge eher als Variante der Familientherapie wahrgenommen. Durch die zunehmende Integration systemischer Impulse findet MFT heute vorwiegend unter dem Dach systemisch orientierter Vereinigungen statt (ebd.).

2.2.3 Anwendungskontext

MFT mit Kindern und Jugendlichen wird bei psychosozialen Schwierigkeiten wie familiärer Gewalt, Schul- und Lernstörungen, Essstörungen, Verhaltensstörungen, Asperger-Syndrom, ADHS, Zwangsstörungen oder Psychosen eingesetzt. Weitere Projekte entwickelten sich im ausserhalb des klinischen Bereichs in der Jugendfürsorge und Schule (Asen & Scholz, 2015, S.17). Auch bei chronisch körperlichen Erkrankungen wie Asthma, cystischer Fibrose, HIV, multipler Sklerose oder

in der pädiatrischen Onkologie wurde erfolgreich mit Multifamiliengruppen gearbeitet (Ochs & Altmeyer, 2006). Gemäss des Schweizerischen Dachverbandes für Multifamilienarbeit/ Multifamilientherapie (2020) interessieren sich seit einigen Jahren zunehmend sonderpädagogische Einrichtungen wie Kinder- und Jugendheime für die MFA.

MFT kann mit bis zu zehn Kindern oder Jugendlichen und ihren Bezugspersonen stattfinden, was in der Regel Gruppengrössen mit 15 bis 25 Personen ergibt (Scholz, 2017a, S. 29). Die Behandlungssitzungen erfolgen stundenweise, halb- oder ganztägig. In manchen Familientageskliniken ist ein Elternteil täglich präsent, MFT-Tage können aber auch wöchentlich oder Wochenendweise stattfinden. Häufig werden unterschiedliche Settings kombiniert und die Arbeit in der Grossgruppe kann sich mit Kleingruppen- oder Einzelfamilienarbeit abwechseln (Imgart & Plassmann, 2020, S. 4).

2.2 Das therapeutische Rollenverständnis und die professionelle Haltung in der MFT

2.2.1 Therapeutische Grundhaltung und Beziehungsgestaltung

Die therapeutische Haltung in der MFT orientiert sich an den systemischen Prinzipien der unbedingten Wertschätzung, der Orientierung an Ressourcen und Fähigkeiten sowie der Allozentriertheit (vgl. Kap. 2.2.3). Leitende sollten in der Lage sein, allen in der Gruppe mit einer akzeptierenden, wertschätzend-wohlwollenden und aufmerksamen Grundhaltung zu begegnen. Gerade in schwierigen Situationen mit ablehnenden, skeptischen oder opponierenden Gruppenteilnehmenden ist es für sie wichtig, sich nicht provozieren oder kränken lassen (Asen & Scholz, 2015, S. 27)

Auch in der MFT wird davon ausgegangen, dass eine tragfähige therapeutische Beziehung zu Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern von grosser Bedeutung ist, da es erst über diese gelingt, Vertrautheit und Sicherheit zu vermitteln. Damit sich Familien gut angenommen fühlen, braucht es eine nicht wertende Akzeptanz und Feingefühl. Gerade zu Beginn einer Gruppe fühlen sich MFT-Teilnehmende noch unsicher und haben nachvollziehbare Ängste, etwa dass sie missverstanden oder kritisiert werden oder ihre «familiäre Schmutzwäsche in aller Öffentlichkeit waschen sollen» (Scholz, 2017a, S. 30). Es ist die Aufgabe der Leitenden, solche Ängste zu mindern und gleichzeitig die Familien behutsam zu verbinden. Dabei ist ein aktives Strukturieren der Gruppe wichtig, denn «Struktur bindet Angst» (ebd.).

Imgart & Plassmann (2020, S. 12) sehen die Aufgabe von MFT-Teams im Ausbalancieren einzelner, spezifischer Ebenen im Prozess. Ihr ursprünglich für die Arbeit mit essgestörten Jugendlichen entwickeltes Modell kann auf andere (störungsübergreifende) Kontexte übertragen

werden. Für therapeutisch Tätige kann es hilfreich sein, sich diese Ebenen als bipolare Dimensionen vorzustellen.

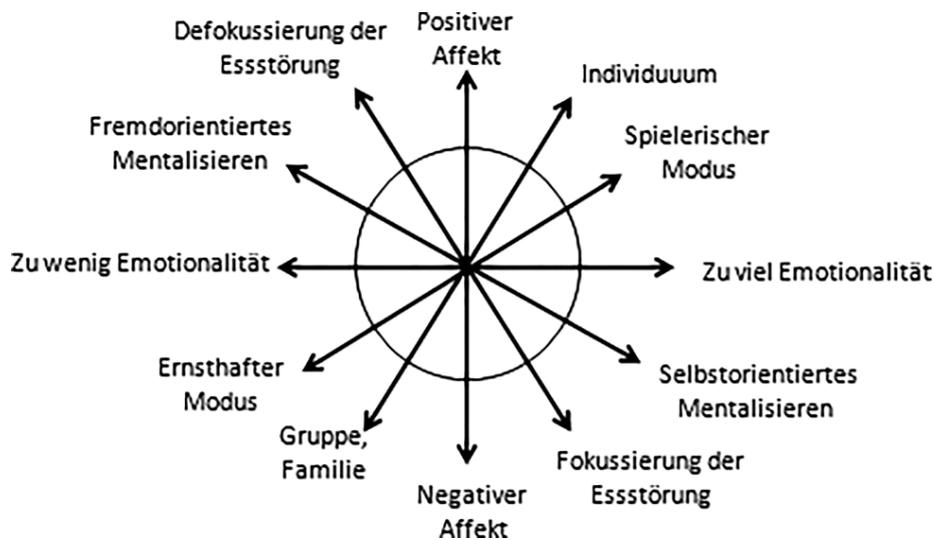


Abb. 1: Regulationsmodell der MFT (Imgart & Plassmann, 2020, S. 12)

2.2.2 Familien als Experten

Die Mehrzahl der MFT-Projekte entsteht in Settings wie Jugendämtern, Schulen oder Kliniken, denen oft ein traditionelles Rollenverständnis von «Helfern» zugrundeliegt. Dazu gehört, dass bei der therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen die elterliche Verantwortung für das Kind an das Personal delegiert wird. Sozialarbeitende, Psychiaterinnen und Psychiater, Psychologinnen und Psychologen, Lehrpersonen, Erziehende und therapeutisch Tätige werden zu zeitweiligen Ersatzeltern, welche sich liebevoll und Grenzen setzend um Kinder kümmern. Für Personal mit einer jahrelang erfolgreich praktizierten, fürsorglich-betreuenden Haltung ist es besonders schwierig, die Eltern zu unterstützen, ohne diese dabei unbewusst zu konkurrieren. Der systemische Ansatz verlangt, diese traditionelle Haltung aufzugeben. Nicht die Betreuenden und therapeutisch Tätigen sollen die besseren Eltern sein, sondern die tatsächlichen Eltern sollen darin unterstützt werden, ihre Verantwortung wahrzunehmen – trotz augenscheinlicher Eigenheiten oder gar «Verrücktheiten» im Umgang mit ihren Kindern und mit sich selbst. Der Paradigmenwechsel weg von einer kindzentrierten hin zu einer familienzentrierten Betreuung kann dadurch erschwert werden, dass sich Eltern anfänglich entlastet fühlen und in ihrer Unsicherheit gerne das Expertentum den Fachkräften zuschreiben (Scholz, 2017a, S. 25/26).

Insbesondere bei der Aufnahme in stationäre Einrichtungen kommt es so rasch zu Mustern der Verantwortungsabgabe und Delegation (Strycker, 2010, S. 5), aber auch in teilstationären Settings zeigen sich diese Mechanismen.

In der systemischen Familienarbeit bleibt die Verantwortung (für Veränderung) von Anfang an bei den Eltern, obschon therapeutisch Tätige sich voll für den Prozess verantwortlich zeigen. «In der Multifamilientherapie ist diese Grundhaltung noch viel expliziter, denn hier sollen sich Familien gegenseitig helfen, wenn nicht sogar 'therapieren'» (Scholz, 2017a, S. 26). Um die Übergabe der Verantwortung an die Eltern deutlich zu machen und den Rollenwechsel zu vermitteln, wird in der MFT zu Beginn ein Ritual der Verantwortungsübergabe genutzt (S. 32). Wenn während MFT-Sitzungen die Verantwortung den Eltern übergeben wird, behalten die Leitenden stets das Wohl des Kindes im Auge (S. 30).

MFT-Leitende sollten sich stets fragen, was die Familie oder die Gruppe eigenverantwortlich übernehmen, regeln oder organisieren kann, und wo sie selbst aktiv werden müssen, um diese Verantwortungsübernahme zu stärken. Dabei gilt es, den Prozess der Verantwortungsübernahme nicht mit einer möglicherweise gewohnten Haltung der eigenen Aktivität und Fürsorge zu behindern (Asen & Scholz, 2015, S. 25).

2.2.3 Interaktion fördern – aktive und kreisende Haltung

Eine der Hauptaufgaben der Leitenden während der MFT ist es, die Familien und Teilnehmenden miteinander ins Gespräch zu bringen. Eine wesentliche Grundlage für das Ingangsetzen inter- und intrafamiliärer Verbindungen ist die Technik des *Verbindens*. So bringen therapeutisch Tätige Prozesse zwischen Familien in Gang, welche sonst nicht stattfinden würden. Dabei verweilen sie nicht nur bei einer Familie, sondern bleiben in Bewegung und nehmen sich sofort zurück, sobald Verbindungen geschaffen sind. Mit nonverbalen Gesten wie z. B. bewusstem Wegschauen oder mit einem Platzwechsel können Leitende signalisieren, dass sie sich aus dem heraushalten, was zwischen zwei Familien vor sich geht. Dabei fixieren sie nicht nur eine bestimmte Person oder Familie, sondern wandern mit den Augen zwischen den Teilnehmenden der Grossgruppe hin und her, scannen diese also gewissermassen. Diese Metaposition ermöglicht die Aktivierung der Gruppe und das Beobachten resp. Identifizieren schwieriger Interaktionen, um dann über mögliche Interventionen zu reflektieren und falls nötig gezielt einzugreifen. Die therapeutische Position wechselt zwischen Nähe und Distanz, in dem sich Gruppenleitende im Raum bewegen, Familien «umkreisen» und sich wenn nötig bei Einzelnen dazusetzen oder -knien, um ein kurzes, persönliches Einzelgespräch im Beisein der Gruppe zu führen. Manchmal können therapeutisch Tätige sogar den Raum verlassen und somit den Familien die Botschaft geben, den Prozess autonom fortzusetzen.

Um Verbindung zu schaffen, sind Leitende zu Beginn sehr aktiv. Mit einer klaren Führung schaffen sie Kontext und Atmosphäre für das gemeinsame Arbeiten, um Familien wohlwollend zu ermutigen, sich zu öffnen. Aussenseiter und zurückhaltende Menschen müssen ebenso einbezogen werden wie dominierende Alphas behutsam zu bremsen sind (Scholz, 2017a, S. 27/28). Diese Führung beinhaltet auch, dass Leitende entscheiden, ob und zu welchem Zeitpunkt eingebrachte «heisse Themen» der Teilnehmenden bearbeitet werden (Asen & Scholz, 2015, S. 31).

Die Flexibilität der Therapeuten wird somit sichtbar im wechselnden Aktivitätsniveau, im Umgang mit Distanz und Nähe, im Aktivieren, Anwärmen, Fokussieren und im Sich-Zurückziehen, um der Gruppe die Verantwortung zu übergeben. (. . .) Das ist keine leichte Aufgabe und erfordert von den Therapeuten ein sehr aktiv strukturierendes, immer wieder anwärmend-anregendes Vorgehen, gepaart mit Umsicht, Flexibilität und Feinfühligkeit. (Scholz, 2017a, S. 27/28)

2.2.4 Das Zusammenspiel der Therapeuten

Gelingende Multifamilientherapie bedingt ein gutes Zusammenspiel des therapeutischen Teams oder Tandems. Dies beginnt bei der inhaltlichen Vorbereitung der Sitzungen und dem Antizipieren schwieriger Situationen. Die therapeutisch Tätigen verstehen sich als «gleichberechtigte Partner, die miteinander wohlwollend und loyal, aber auch transparent und kritisch umgehen» (Scholz, 2017a, S. 28). Die Co-Leitung ermöglicht zudem, verschiedene Rollen einzunehmen, etwa in dem jemand die empathische, verständnisvolle Position und das andere Teammitglied den kritischen oder unbequemen Part übernimmt. Trotz loyaler Verbundenheit ist es auch möglich, dass sich beide uneinig über ein Thema sind. Das transparente und vorbildhafte Aushandeln dieser Positionen unter den therapeutisch Tätigen kann für die Gruppe hilfreich sein. Ein gutes Zusammenspiel beinhaltet auch, dass die Leitenden sich gegenseitig unterstützen und ergänzen, sich aber nötigenfalls auch bremsen und angemessen korrigieren, sollte einer den Faden verlieren. Immer wieder unterstützen sie sich gegenseitig, der Gruppe angemessene Verantwortung zu übergeben, gerade wenn jemand in der aktiven, agierenden Rolle Gefahr läuft, zu viel zu übernehmen. Hier gilt es, den Ball wieder an die Familien zurückzuspielen (S. 29).

2.3 Wie wirkt MFT?

2.3.1 Gruppe als Katalysator für Veränderungsprozesse

MFT nutzt die Vielfalt an Perspektiven in einer Gruppe, um problematische Verhaltensweisen und Symptomatiken in einer Familie differenzierter bearbeiten zu können. Sie basiert auf der

Erkenntnis, dass Menschen in Konfliktsituationen für das eigene Problem meist eine eingeengte Sichtweise, gleichzeitig jedoch eine hohe Sensitivität für ähnliche Probleme bei anderen haben. Diese Besonderheit kann in der Arbeit mit mehreren Familien genutzt werden, wenn eine Gruppenatmosphäre mit gegenseitiger Anteilnahme und Verständnis entsteht (Asen & Scholz, 2015, S. 15). Die Erfahrung, sich mit anderen Familien mit ähnlichen Schwierigkeiten auszutauschen, ist für betroffene Familien oft neu und hilfreich. Dabei macht sich MFT folgende gruppenspezifische Wirkprinzipien zu nutze (S. 20/21):

- Förderung von Solidarität: «Wir sitzen alle im gleichen Boot.»
- Stigmatisierung und schambedingte Isolation überwinden: «Wir sind ja nicht die Einzigen.»
- Anregung zu neuen Sichtweisen und Perspektiven: «Ich sehe sehr genau beim anderen Dinge, für die ich bei mir selbst blind bin.»
- Voneinander lernen: «Wie die anderen das machen, finde ich gut.»
- Sich in anderen «gespiegelt» sehen: «Wir sind wie ihr.»
- Positive Nutzung des Gruppendrucks: «Ich kann hier nicht kneifen.»
- Gegenseitige Unterstützung und Rückmeldung: «Toll, wie ihr das macht – und wie seht ihr uns?»
- Kompetenzen entdecken/erweitern: «Ich kann doch mehr, als ich dachte, ich bin doch gar nicht so hilflos.»
- Mit «Pflegefamilien» experimentieren: «Ich kann mit anderen Kindern ganz gut – und wie andere Eltern mit meinem Kind umgehen, ist klasse.»
- Erleben intensivieren: «Hier brodelt es, es tut sich was.»
- Hoffnung wecken: «Licht am Ende des Tunnels, auch für uns.»
- Neue Verhaltens-/Erziehungsmuster im «Schonraum» üben: «Ich kann hier etwas ausprobieren, auch wenn es mal schiefgeht.»
- Selbstreflexion stärken: «Ich sehe mich hier genauer und anders.»
- Offenheit durch «öffentlichen» Austausch schaffen: «Niemand verteufelt mich, ich kann mich öffnen.»

Durch die Wirkprinzipien wird eine hohe Intensität geschaffen, welche von allen Beteiligten Bewegung und Flexibilität fordert – eine Art «Treibhauseffekt» entsteht (Asen, 2016, S. 199).

In störungsspezifischen MFT-Gruppen stellt Psychoedukation im Sinne eines Vermittelns von Wissen über eine Krankheit ein eigener Wirkfaktor dar, da daraus ein verbessertes Verständnis für die Betroffenen resultiert. Weitere störungsspezifische Interventionen, wie etwa Familienmahlzeiten oder die Vermittlung von Fertigkeiten zur Emotionsregulation in Essstörungsgruppen, können als zusätzliche Wirkfaktoren zum Tragen kommen (Imgart & Plassmann, 2020, S. 5).

Auch Selbsthilfegruppen nutzen den Erfahrungsaustausch unter Betroffenen. Im Gegenzug zur MFT sind solche Gruppen nicht als primär therapeutisches Angebot zu verstehen, sondern sollen einen niederschweligen, nicht-professionalisierten Austausch ohne fachliche Leitung fördern (Haller & Gräser, 2012, S. 87).

2.3.2 Gruppenübungen

Charakteristisch für die Multifamilientherapie sind eine Vielzahl spezifischer Übungen, welche mit der Gruppe durchgeführt werden und deren professionelle Anwendung zum Handwerkszeug von MFT-Coaches gehört. Sie sollen Familien darin unterstützen, Sichtweisen, emotionale Einstellungen und den Umgang miteinander zu verändern sowie Ressourcen zu entdecken, Selbstvertrauen auf- und die elterliche Eigenverantwortung auszubauen (Asen & Scholz 2015, S. 60). Spielerische Übungen und Aktivitäten lassen sich so als Experimentieren mit neuer, nichtproblematischer Interaktion und Kommunikation verstehen (Asen, 2017b, S. 47).

Die Übungen reichen von Spielen zum gegenseitigen Kennenlernen (z. B. «Speedating», «Wie alles begann»), der Auseinandersetzung mit familiären Themen (z. B.«Familienwappen») bis hin zu störungsspezifischem Arbeiten (z. B. «Briefe an das Problem») (Asen & Scholz 2015, S. 61 – 175). Dabei werden problematische Interaktions- und Kommunikationsmuster sichtbar, welche über das Spiel und unter Einbezug anderer Familien verändert werden können (Asen, 2017a, S. 24). Übungen im Rahmen der MFT sind demnach gleichzeitig als Diagnostik *und* Intervention zu verstehen.

Die spielerischen Aktivitäten im Rahmen der MFT sind auch deshalb eine heilsame Erfahrung für Familien, weil dadurch Konflikte relativ angstfrei dargestellt und mit eigener Kreativität bearbeitet werden können (Röttger, 2017, S. 61). Spiele können nach emotional tief gehenden Übungseinheiten auch genutzt werden, um Energie- und Aufmerksamkeitsreserven wieder aufzufüllen (Kiehl & Kollwe, 2017, S. 221).

Auf basaler Ebenen haben Spiele den Effekt, dass sie positive Affekte wie Begeisterungsfähigkeit und Hoffnung fördern (Schultz-Venrath, 2013, S. 235). Durch das Spiel lassen sich zudem grundlegende soziale Fertigkeiten trainieren: aufeinander eingehen, sich und andere spüren, Energie aktivieren und kanalisieren, Grenzen (eigene und die der anderen) ausloten, miteinander Freude teilen, oder Neues ausprobieren. Sie bauen emotionalen Stress im System ab und fördern

Kreativität. So können therapeutische Strategien, die mit Humor, Spass oder körperlicher Aktivierung verbunden sind, Lernen und Umlernen begünstigen (Schwing 2016, S. 165).

MFT-Aktivitäten sollten der jeweiligen Altersstufe von Kindern und Jugendlichen gerecht werden. Mit Jugendlichen bietet sich die Möglichkeit, in Übungen Ablösungsthemen zu bearbeiten und deren Eltern darin zu unterstützen, sich in dieser Übergangsphase mit dem mitunter verwirrenden Wechsel zwischen Abhängigkeits- und Ablösungswünschen des Jugendlichen zurechtzufinden (Röttger, 2017, S. 70).

2.3.3 Systemische Interventionen

MFT integriert systemische Basistechniken wie zirkuläres Fragen, Externalisierung, Grenzstärkung und Autonomieförderung, Reflecting Team sowie Ressourcenorientierung (Asen 2016, S. 200). Auf die Erklärung dieser grundlegenden systemischer Methoden, wie sie auch in Settings mit einzelnen Personen oder Familien wirksam sind, wird an dieser Stelle bewusst verzichtet. Eine MFT-spezifischere Herangehensweise findet sich im handlungsbezogenen *Fünfschrittemodell*.

Es wird angewendet, wenn das Verhalten von Eltern in einer Situation dem Kind gegenüber nicht angemessen ist oder wenn Eltern nicht auf auffälliges Verhalten ihres Kindes reagieren. Die Stärke des Modells liegt darin, dass therapeutisch Tätige Eltern in ihrer Selbstwirksamkeit stärken: sie verzichten auf Ratschläge und unterstützen sie stattdessen Schritt für Schritt dabei, ihre eigenen und für sie passenden Lösungen zu finden.

In einem ersten Schritt teilt die MFT-Fachkraft dem Kind oder Elternteil wertfrei ihre Beobachtung einer auffälligen Interaktion (1) mit und prüft, ob eine Übereinstimmung in der Wahrnehmung und ein Veränderungswunsch vorliegt (2). Falls ein Problem verneint oder bagatellisiert wird, kann dazu angeregt werden, über das Pro und Kontra von Verhaltensweisen nachzudenken. Ein von Fachkräften präsentierter «Blumenstrauß» möglicher Lösungsvorschläge, Geschichten von anderen Familien oder Ideen aus der Gruppe sollen Eltern ermöglichen, eine für sie passende Idee zu finden (4). Die explizite Wertschätzung, eine Reflexion über den Lösungsweg in der Familie und das Thematisieren des Transfers in den Alltag runden den Prozess ab (5) (Scholz, 2017b, S. 33-40).

2.3.4 Mentalisierungsfähigkeit fördern – das Mentalisierungsmodell

Das Mentalisierungsmodell wurde zuletzt von Asen in die MFT integriert und stellt nun eine der methodischen Säulen des Ansatzes dar. Das Modell kommt in verschiedenen Therapierichtungen zur Anwendung und kann die oft mehr am Verhalten orientierte systemische Arbeitsweise bereichern (Asen & Scholz, 2015, S. 53). Mentalisierungsbasiertes Arbeiten fokussiert die

Stärkung innerfamiliärer Beziehungen, was als eigenes, zusätzliches Wirkprinzip in der MFT gesehen werden kann (Imgart & Plassmann, 2020, S. 6).

Woher kommt das Mentalisierungsmodell?

Die mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) wurde in den letzten Jahren von Bateman und Fonagy im Rahmen eines tagesklinischen Settings in London als kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie für Patientinnen und Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelt (Schultz-Venrath, 2013, S. 17). MBT geht auf verschiedene konzeptuelle Wurzeln zurück, unter anderem auf das «Theory of Mind»-Konzept (ToM), welches zum besseren Verständnis von autistischen Störungen beigetragen hat, die psychoanalytische Objektbeziehungstheorie Bions, die französische psychoanalytische Psychosomatik und Winnicotts Idee spielerischer Interventionen in der Psychotherapie. Auch die Affektforschung, die Bindungstheorie und die Neurobiologie beeinflussten das Modell. Asen & Fonagy integrierten das Konzept in die Familientherapie, andere nutzen es inzwischen erfolgreich zur Behandlung generalisierter Angststörungen und Panikattacken, depressiver und psychosomatischer Erkrankungen sowie Autismusspektrumsstörungen (S. 23).

Was bedeutet Mentalisieren?

Mentalisieren bedeutet, sich Gedanken und Gefühle zu vergegenwärtigen und sich damit Klarheit über den eigenen psychischen Zustand und denjenigen anderer zu verschaffen – also «sich selbst von aussen und andere von innen zu betrachten» (Allen, Fonagy & Bateman, 2011, S. 393). Obwohl wir meistens ganz intuitiv mentalisieren und uns an unserem Bauchgefühl orientieren, ist es eine Fertigkeit, die man erlernen und mehr oder weniger gut beherrschen kann. Explizites Mentalisieren verlangt Aufmerksamkeit und mentale Arbeit in Form gezielter Reflexion (S. 392-395).

Effektives Mentalisieren wird dementsprechend als die Fähigkeit angesehen, eigene innere Geistes- und Gefühlszustände und solche anderer angemessen zu erspüren oder zu «lesen». Solche mentalen Zustände beinhalten Vorstellungen, Sehnsüchte, Gefühle, Ziele, Überzeugungen, Absichten, Stimmungen, Bedürfnisse, Gedanken, Sichtweisen oder Motive und Motivationen. Der Prozess des Mentalisierens ist für das Verständnis, die Regulation und die Mitteilung von Emotionen von zentraler Bedeutung und eng mit der Bindungstheorie verbunden (Asen & Scholz, 2015, S. 52).

Wie entsteht Mentalisierungsfähigkeit und wodurch wird sie beeinträchtigt?

Kinder lernen in frühen Beziehungen zu mentalisieren, indem sie adäquat mentalisiert werden, dass heisst indem andere Menschen empathisch-kongruent auf ihre Gefühle und Gedanken eingehen und ihnen helfen, diese zu verstehen. Voraussetzung dafür sind vertrauensvolle und als

sicher empfundene (Bindungs-)Beziehungen. Effektives Mentalisieren hängt zudem entscheidend vom Grad emotionaler Erregung ab. Eine hohe emotionale Involviertheit, insbesondere in Verbindung mit Angst, Erstarrung und Kampf-Flucht-Dynamiken bei wahrgenommener Bedrohung, aber auch Lethargie oder Niedergeschlagenheit verhindern dieses (Allen, Fonagy & Bateman, 2011, S. 397/398).

Psychiatrische Störungen wie Depressionen, emotionale Instabilität, Autismus- oder Angststörungen gehen oft mit einem verzerrten Selbstbild und der Beeinträchtigung einher, flexibel zu denken, was die Mentalisierungsfähigkeit stark beeinträchtigt (S. 393). Diez-Grieser und Müller (2018, S. 109) weisen darauf hin, dass psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen nicht alle durch Mentalisierungsstörungen verursacht werden, sich diese jedoch immer als Begleitphänomen diagnostizieren lassen.

Mentalisierungsstörungen äussern sich darin, dass mentale Zustände anderer nicht beachtet, deren Verhalten verzerrt wahrgenommen oder deren Beweggründe paranoid interpretiert werden. Auch das Ausagieren mentaler Zustände durch impulsives oder selbstschädigendes Verhalten ist ein Hinweis auf aussetzendes Mentalisieren (Schultz-Venrath, 2013, S. 87).

Worin besteht der Nutzen des Mentalisierungsmodells für die Familienarbeit?

Mentalisierungsschwierigkeiten haben einen grossen Einfluss auf die Fähigkeiten einer Familie, effektiv zu funktionieren. Zwischenmenschliche Beziehungen oder Bindungen können durch Schwierigkeiten, eigene und fremde mentale Zustände zu erkennen, gestört werden, was im Sinne eines zirkulären Prozess wiederum das natürliche Entstehen der Mentalisierungsfähigkeit schwächt. Mentalisierungsfördernde Arbeit soll Familienmitgliedern helfen, mentale Zustände differenzierter wahrzunehmen, zu benennen und diese bei sich selbst und anderen zu steuern. Die Erfahrung zeigt, dass diese Fähigkeit sich stärkend auf das gegenseitige Verständnis, das Vertrauen und damit auf die Beziehungen an sich auswirkt. Auch die Selbstregulation von Kindern und ihren Eltern wird damit gefördert (Asen & Scholz, 2015, S. 53).

Um mentale Prozesse besser verstehbar zu machen und Beziehungen zu stärken, fokussiert mentalisierungsfördernde Familientherapie dabei in besonderem Masse auf die Emotionen und deren Regulation (Asen & Fonagy, 2015, S. 136).

Wie können Fachleute Mentalisieren in der Praxis fördern?

Therapeutisch Tätige fördern Mentalisieren, in dem sie in signifikanten emotionalen Interaktionen die Situation unterbrechen (die «Stopptaste» drücken), auf mentale Zustände aufmerksam machen und um Klärung resp. Reflexion bitten. Indem sie alle Familienmitglieder ermutigen, ihre Gefühle zu äussern, laden sie gewissermassen zum «emotionalen Brainstorming» ein (Asen & Scholz, 2015, S. 54/55). Der Ziel dieses Austausches besteht darin, eigene psychische Zustände und deren Auswirkungen zu untersuchen und verstehbar zu machen (Bateman & Fonagy, 2015, S. 63).

Entscheidend ist dabei eine authentische Haltung des Nicht-Wissens und der Neugierde, welche durch präzises, emotionsfokussiertes und anerkennendes Nachfragen deutlich wird. Eine mentalisierungsfördernde Haltung bedeutet auch darauf zu verzichten, Dinge verstehbar machen zu wollen, welche unverständlich sind, und stattdessen ausdrücklich darauf hinzuweisen, wenn etwas unklar bleibt (Schultz-Venrath, 2013, S. 162; Allen, Fonagy, Bateman, 2011, S. 400).

Mentalisierungsfördernde Interventionen haben mit einem systemischen Vorgehen zusätzlich gemeinsam, dass sie sich durch zirkuläres Denken und Fragen sowie der Würdigung unterschiedlicher Sichtweisen auszeichnen.

Asen (2017b, S. 46) weist darauf hin, dass es kein «perfektes» Mentalisieren gibt und therapeutisch Tätige sich darauf konzentrieren sollten, mentalisierende Stärken hervorzuheben, welche «gut genug» sind. Schlussendlich gehe es «um die Suche nach neuem Verstehen, nach anderen Perspektiven, nach gegenseitigem Respekt, Mitgefühl, Rücksicht und vor allem darum, dass man sich verstanden fühlt».

MFT fördert Mentalisieren auch dadurch, indem sie Familien ermöglicht, Konfliktverhalten bei anderen zuerst aus einer sicheren Distanz zu beobachten, was ein sichereres und weniger angstauslösendes Erleben ist, als sich sofort auf die eigenen familiären Bindungsproblematiken zu fokussieren (S. 53).

Der spielerische Modus, zu welchem Familien in der MFT immer wieder eingeladen werden, hat auf die Entwicklung von Mentalisierungsfunktionen ebenfalls einen positiven Einfluss. Kinder lernen nicht zuletzt im Spiel zu mentalisieren, da sie dort schwierige Affekte ausagieren können, ohne reale Beziehungen zu gefährden (Imgart & Plassmann, 2020, S. 11).

Pseudomentalisieren

In einigen Fällen kann es so klingen, als würden Familienmitglieder mentalisieren, obwohl sich paradoxerweise keiner der Beteiligten wirklich vom andern verstanden fühlt. Diese Interaktionsform, welche in ein Formulieren ungerechtfertigter Mutmassungen über die Zustände anderer mündet, wird als *Pseudomentalisieren* bezeichnet: alle investieren viel Energie in das Nachdenken oder Reden über die Gedanken oder Gefühle der anderen, wobei diese Interpretationen wenig mit der Realität zu tun haben und letztendlich dazu dienen sollen, die eigene Sichtweise durchzusetzen (Bateman & Fonagy, 2015, S. 143).

Auch eine psychologisierende Sprache der Klienten ohne tieferen Sinnzusammenhang oder echten Bezug zum eigenen Denken und Fühlen oder Interventionen von Fachkräften im psychologischen Fachjargon sind Ausdruck von Pseudomentalisieren (Schultz-Venrath, 2013, S.102). Asen (2017, S.42) weist auf die Gefahr hin, dass die zwanghafte Konzentration auf explizites Mentalisieren zum «Schwafeln» einladen kann.

Ein adäquates Verständnis mentalisierungsfördernden Arbeitens beinhaltet, Pseudomentalisieren zu erkennen und zu unterbrechen.

3. Gruppenpsychotherapie

Gruppenpsychotherapie entwickelte sich im Laufe des letzten Jahrhunderts und schliesst heute nicht nur psychodynamische, sondern auch humanistische, verhaltenstherapeutische und störungsspezifische Verfahren mit ein (Trautmann-Voigt & Voigt, 2019, S.1).

Das Leiten therapeutischer Gruppen fordert von Professionellen spezifische Kompetenzen, welche auf wacher Präsenz und vorbildhaftem Verhalten basieren. Gruppenleitende müssen in der Lage sein, ein Klima des Vertrauens aufzubauen, Ausdruck und Interaktion der Teilnehmenden zu fördern und therapeutische Prozesse in Gang zu bringen. Die Kenntnis von Gruppenphasen und -Dynamiken, die Nutzung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen als auch die Regulierung von Scham sind dabei grundlegend.

Gruppenpsychotherapie basiert auf verschiedenen Wirkprinzipien, welche sich gegenseitig bedingen und verstärken. Bei einer guten Gruppenkohäsion erfahren Teilnehmende untereinander Solidarität und schöpfen Hoffnung. Die Selbstöffnung ermöglicht einen befreienden emotionalen Ausdruck und setzt Prozesse interpersonales Lernens in Gang, wobei das Feedback anderer in der Gruppe eigene, nicht mehr hilfreiche Interaktionsmuster erkenn- und veränderbar macht. Imitation und Identifikation fördern den Prozess sozialen Lernens.

3.1. Was wird unter Gruppenpsychotherapie verstanden?

3.1.1 Entstehung

Erste Versuche in der therapeutischen Arbeit mit Gruppen fanden bereits Anfang des 20. Jahrhunderts unter Joseph Pratt statt, welcher erst mit Tuberkulosepatienten arbeitete und später psychosomatische Erkrankungen in Gruppen behandelte. Edward Lazell nutzte Therapiegruppen erstmals für hospitalisierte Schizophrenieerkrankte (Burlingame & Baldwin, 2012, S. 11).

Als einer der Gründer der Gruppenpsychotherapie gilt der Wiener Psychiater Jakob L. Moreno, welcher in den USA ab den 30er-Jahren sowohl in Gefängnissen und Heimen als auch mit Kindern im Bereich des Theaters mit Gruppen arbeitete und später den Ansatz des Psychodramas begründete (Mattke, Reddemann und Strauss, 2009, S. 31).

Als weiterer Pionier in der Arbeit mit Gruppen wird der aus Berlin stammende Kurt Lewin angesehen, welcher zur selben Zeit ebenfalls in den USA im Kontext der Sozialpsychologie Forschung mit Gruppendynamik betrieb und die sogenannten Trainings- oder T-Gruppen begründete, welche Teilnehmenden Erkenntnisse über sich selbst und das Funktionieren von Gruppen vermittelten. Der Fokus liegt hier auf Selbsterfahrung und nicht auf der Therapie psychischer Erkrankungen (ebd.).

In den 1950er-Jahren entwickelte Sigmund Foulkes psychodynamische Gruppenmodelle. Auch Fritz Perls begann damals im Rahmen der Gestalttherapie mit Gruppen zu arbeiten, gefolgt von Carl Rogers mit seiner klientenzentrierten Therapie. 1970 publizierte Irvin Yalom erstmalig das bis heute klassische Lehrbuch zur Gruppentherapie. Im Verlauf der 80er-Jahre folgte die vertiefte Entwicklung störungsspezifischer Konzepte für die Behandlung spezifischer Symptomatiken (Burlingame & Baldwin, 2012, S. 17).

3.1.2. Definition

Burlingame und Baldwin (2012, S.10) definieren Gruppenpsychotherapie als die Behandlung einer emotionalen oder psychischen Störung oder eines Anpassungsproblems mithilfe des Mediums Gruppe. Der Fokus liegt darauf, auf einer interpersonellen (sozialen) oder intrapersonellen (innerpsychischen) Veränderungen bei den teilnehmenden Gruppenmitgliedern zu induzieren, welche zu Verhaltensänderungen führen sollen.

Psychotherapie wird dabei als zielgerichteter Prozess verstanden, der mit psychologischen Mitteln zur Reduktion von Leidenszuständen und Verhaltensschwierigkeiten beitragen soll, welche in einem Konsens zwischen Patientinnen und Patienten einerseits und therapeutisch andererseits für veränderungsbedürftig gehalten werden. Kennzeichnend für die Gruppenpsychotherapie ist die Mehrpersonensituation, welche nicht alleine als quantitative Veränderung im Setting angesehen werden kann, sondern spezifische konzeptionelle Zugänge erfordert (Heinzel & Enke, 2010, S. 2).

Frühmann (2013, S. 29) weist darauf hin, dass der Therapiebegriff sowohl bei Gruppenteilnehmenden als auch bei therapeutisch Tätigen mit Erfahrungen und Konzepten über Gesundheit und Krankheit verbunden ist und sich demzufolge nicht von impliziten Krankheits- und Heilungsvorstellungen sowie Behandlungsmethoden trennen lässt. Ihr zufolge weisen Therapiegruppen folgende gemeinsame Charakteristika auf:

- Die Teilnehmenden stehen unter einem Problem- oder Leidensdruck und fühlen, dass sie Hilfe brauchen.
- Die Mitglieder sind zumeist durch die therapeutisch Tätigen ausgewählt.
- Die Beziehung zwischen den Gruppenmitgliedern und den Therapierenden ist kontrakthaft und beinhaltet die Führungsverantwortung der Leitenden.
- Die Gruppe trifft sich regelmässig über eine gewisse Zeitspanne.
- Verbale Interaktion ist in Gruppen vorherrschend, jedoch nicht ausschliesslicher Modus der Arbeit.

Gruppenpsychotherapie gilt als anerkanntes Psychotherapieverfahren, deren Wirksamkeit in unterschiedlichen Settings und bei verschiedenen Störungsbildern untersucht und belegt wurde (Burlingame & Strauss, 2010, S. 128-130; Strauss, 2010, S. 133).

3.1.3 Anwendungskontext und unterschiedliche Ansätze

Die verschiedenen Therapieschulen haben jeweils eigene Formen von Gruppenpsychotherapie hervorgebracht. Psychotherapeutische Gruppen können in verschiedenen Settings wie der Musiktherapie, Gestaltungstherapie, Tanztherapie, Psychoedukation oder Verhaltenstherapie im ambulanten oder stationären Rahmen stattfinden (Trautmann-Voigt & Voigt, 2019, S.1).

Gemäss Mattke, Reddemann und Strauss (2009, S. 51/52) lassen sich in der Gruppenpsychotherapie zwei Hauptströmungen erkennen: Interaktionsorientierte Psychotherapiegruppen, welche primär die Selbsterkenntnis der Mitglieder anregen sollen («Erkenne dich selbst!»), sowie störungsspezifische- und einzelfallorientierte Gruppen, welche sich vorwiegend an Verhaltensänderungen orientieren («Verhalte dich sinnvoller!»).

Sipos und Schweiger (2019, S. 4-8) differenzieren die einzelnen Ansätze wie folgt:

- *Interaktionsorientierte* (in der Regel psychodynamische) Gruppenkonzepte gehen vom Störungsverständnis aus, dass unbewusste Konflikte aus der Vergangenheit wesentliche Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen sind. Das Aufdecken, Durcharbeiten und die Überwindung dieser Konflikte mittels der entstehenden Beziehungen und der Gruppendynamik zwischen den Gruppenmitgliedern steht dabei im Vordergrund.²
- In *einzelfallorientierten* Therapiegruppen steht die gezielte Bearbeitung der Thematik eines Protagonisten im Vordergrund. Die anderen Teilnehmenden sollen dabei am Modell der Problembewältigung des Protagonisten lernen. Zu den einzelfallorientierten Gruppenkonzepten zählen die Gestalttherapie nach Perls, das Psychodrama nach Moreno oder das verhaltenstherapeutische Konzept Grawes.
- *Störungsspezifische* verhaltenstherapeutische Therapiemethoden in Gruppen basieren auf manualisierten, spezifischen Behandlungskonzepten zu psychischen Symptomatiken wie Angst-, Schmerz-, Zwangs-, Trauma-, Persönlichkeits-, Ess-, Schlaf- und depressiven Störungen. Sie beinhalten typischerweise Informationsvermittlung, Verhaltensanalyse und Fertigkeitentraining.

2 Innerhalb der psychodynamisch-interaktionsorientierten Gruppenpsychotherapie stellt die «Gruppenanalyse» mit einer sehr zurückhaltenden, fast träumerischen Haltung Leitender zur Erschliessung unterbewusster Prozesse in der Gruppe nochmals ein spezielles Verfahren dar (Winkler, 2014, S. 65), auf das in dieser Arbeit nicht weiter Bezug genommen wird.

Ein Beispiel dafür ist die dialektisch behaviorale Therapie für emotional instabile Menschen, welche in angepasster Form auch im jugendpsychiatrischen Bereich angewandt wird (DBT-A).

Vereinzelt finden sich auch systemische gruppentherapeutische Konzepte wie die narrative und ressourcenorientierte Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche (vgl. Vogt & Caby, 2015) oder systemisch-lösungsorientierte Gruppentherapie für Erwachsene (Herr, Schmidt & Schweitzer, 2012, S. 162). Familienrekonstruktionen wie sie von Virginia Satir entwickelt wurden können als eine der ältesten Formen systemischer «Gruppentherapie» angesehen werden (S. 161).

Die folgende Darstellung soll einen Überblick über die unterschiedlichen und verwandten Ansätze der Gruppenpsychotherapie geben. Obwohl sich die Modelle oft nicht an Einzelpersonen festmachen lassen, werden – mit Ausnahme der störungsspezifischen Gruppentherapie mit ihren etlichen Repräsentanten – Vertreter als Beispiel genannt. Die einzelnen Ansätze lassen sich zum Teil nicht voneinander abgrenzen und überschneiden sich teilweise.

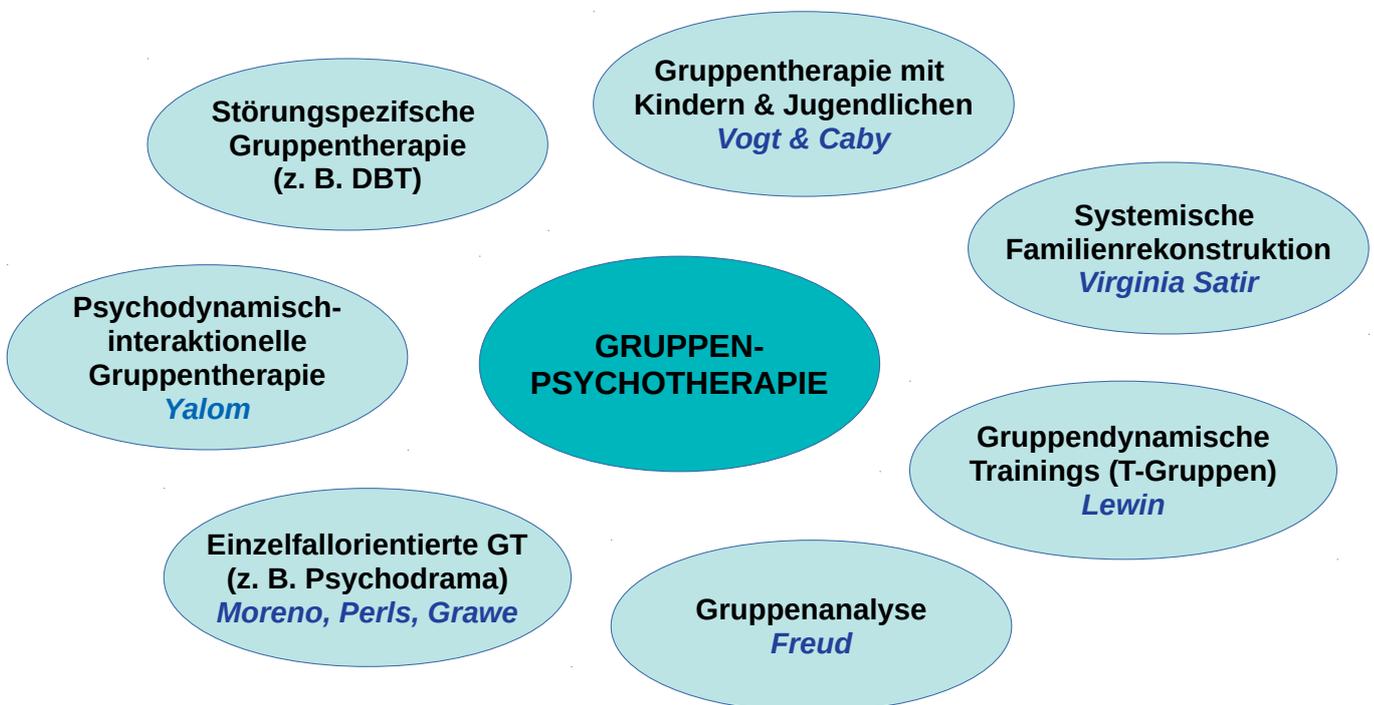


Abb. 3 Unterschiedliche und verwandte Ansätze der Gruppenpsychotherapie (eigene, unvollständige Darstellung)

3.2. Das therapeutische Rollenverständnis und die professionelle Haltung in der Gruppenpsychotherapie

Dieses Kapitel befasst sich mit wesentlichen Überlegungen zu einem therapeutischen Rollenverständnis und der professionellen Haltung in der psychodynamisch-interaktionsorientierten Gruppenpsychotherapie. Viele der erwähnten Prinzipien sind auch im Einzelsetting wirksam, haben jedoch in Gruppen nochmals eine andere Bedeutung.

3.2.1. Wache Präsenz

Nach Streek (2010, S. 278) muss der Leiter oder die Leiterin in der Gruppe eine Haltung «wacher Präsenz» einnehmen und sich als «reales, erreichbares Gegenüber» anbieten, als «zugewandte, berührbare, aber auch eigenständige Person». Sie hört genau zu und ist aufmerksam dafür, wie die Teilnehmenden sich – auch mit ihrem nichtsprachlichen Verhalten – zueinander ins Verhältnis setzen: «Dabei ermutigt er mehr zum interaktiven Austausch als zur selbstbezogenen Reflexion, nicht um Selbstreflexion zu unterbinden, sondern um sie im Gegenteil über die Schiene interaktiver Darstellung nach und nach zu ermöglichen» (ebd.).

Wache Präsenz kann als Basis einer therapeutischen Haltung betrachtet werden und schliesst «Containing» mit ein: Gruppenleitende «halten den Raum», in dem sie zu sogenannten «Containern» werden³. Die begrenzende, haltende Funktion der Leitenden umfasst, die Gefühle mehrerer Personen zu «containen». Die von therapeutisch Tätigen geforderte begrenzende und haltende Funktion trägt dazu bei, dass Gruppen- in der Regel anstrengender empfunden werden als Einzelsettings. Allerdings werden nicht nur Leitende, sondern die ganze Gruppe an sich im Laufe des Prozesses zu einem unterstützenden «Container»-Gefäß (König 2010, S. 95).

3.2.2 Gruppenleitende als Modell

Leitungspersonen sind wichtige Identifikationsmodelle. In gruppentherapeutischen Prozessen ist dies in besonderem Masse relevant, da sie die Gruppenmitglieder beim Aufbau einer gegenseitigen empathisch-therapeutischen Haltung des Nachfragens, des Interesses und der nichtwissenden Neugier unterstützen und sie damit quasi in ihrer Funktion als Mittherapierende fördern (Kibel und Weinberg 2010a, S. 108).

Aufmerksamkeit, Interesse, Respekt und Zuwendung prägen die therapeutische Haltung, welche sich an Regeln der Menschlichkeit und Beachtung der Würde orientiert. Sie vermittelt Teilnehmenden das Gefühl der Sicherheit und der Zugehörigkeit und ermöglicht es, dass die Gruppe nach und nach selbst diese Grundelemente entwickelt und übernimmt. Das Gefühl, isoliert,

³ Engl. *to contain*: «begrenzen», «zusammenhalten» oder «umfassen»

entfremdet und allein in einer Gruppe zu sein, wird so in Zugehörigkeit transformiert (Mattke et al. 2009, S. 64).

Therapeutisch Tätige wirken durch ihre Beziehungsgestaltung vorbildhaft, die von aufrichtiger Anteilnahme, Echtheit und Empathie geprägt ist. Diese Grundhaltung bildet das unabdingbare Fundament für sämtliche Interventionen (Yalom, 2010, S. 148).

Empathie wird als Einfühlungsvermögen, Mitgefühl und emotionales Einfühlen in die Erlebnisweise einer anderen Person verstanden: «Sie ist nicht gleich Sympathie oder reines Mitgefühl, sondern vielmehr gekennzeichnet durch die Fähigkeit, die Gedanken und Gefühle einer anderen Person zu erkennen und zu verstehen, was deren Ursache ist (Strauss & Mattke, 2012, S. 77)». Sie ermöglicht zudem den Aufbau einer affektiven Bindung zwischen Patient und Therapeut, der sogenannten «therapeutischen Allianz». Diese vermag den Therapieerfolg und die Arbeitsweise in einer Gruppe entscheidend zu fördern (ebd.).

Frühmann (2013, S. 57) sieht die Modellfunktion auch dort, wo Profis sich einlassen – auf sich selbst, auf den Menschen in der Gruppe und auf den Inhalt. Sie tun dies, ohne sich dabei selbst zu verlieren und werden dabei spürbares Vorbild, wie man seine Gefühle reguliert. Dies bedingt die Fähigkeit, gleichzeitig und oszillierend Involvierung und innere Distanz zu leben (S. 103).

Gerade in anspruchsvollen und konflikthaften Momenten in der Gruppe zeichnen sich Professionelle durch eine Toleranz gegenüber temporären Verstimmungen und einer vorübergehend negativen ärgerlichen Atmosphäre in der Gruppe aus. Ihre Haltung bleibt behutsam und geduldig (Mattke et al., 2009, S. 118). Humor ist zudem eine wichtige Form, um Spannungen in der Gruppe zu regulieren (Sipos & Schweiger, 2019, S. 84).

Die Modellfunktion therapeutisch Tätiger kommt auch dort zum Tragen, wo sich diese im Rahmen einer sogenannten «Selbstoffenbarung» der Gruppe beispielgebend mitteilen. Wenn Leitende beschreiben, wie sie eine Situation in der Gruppe erleben und welche Gefühle und Gedanken in ihnen durch die Äusserungen der anderen entstanden sind, bieten sie sich als Gegenüber an, mit dem man in einen Austausch treten kann. Durch eine wohlüberlegte Selbstöffnung können Leitende dazu beitragen, dass auch die anderen Gruppenmitglieder offener von sich sprechen. Persönliche Mitteilungen sollten nur dann eingesetzt werden, wenn sie den Gruppenprozess fördern (Dally, 2014b, S. 141 – 143). Selbstöffnungen sind auch dann hilfreich, wenn Leitende Dilemmata, Irrtümer und Nichtwissen benennen und am eigenen Vorbild besprechbar machen (Bolm, 2014b, S. 183). Auch Yalom (2010, S. 161) und Frühmann (2013, S. 55) weisen in diesem Zusammenhang auf den therapeutischen Nutzen einer transparenten Haltung therapeutisch Tätiger hin.

Wenn diese ihr eigenes Erleben und ihre eigenen Handlungsimpulse, die sich bei ihnen reaktiv auf das Verhalten des Gegenübers einstellen, mitteilen, geben sie sich auch als Person mit eigenen Gefühlen, Bedürfnissen und Grenzen zu erkennen. Dieses «Antworten» stellt in der psychodynamisch-interaktionellen Therapie eine wichtige Methode dar.

Leitende prägen durch ihr gesamtes Verhalten die Entstehung von Gruppennormen mit. Diese werden oft mehr dadurch geprägt was diese *nicht* tun, als durch ihr eigentliches Handeln. So kann auch eine vermeintliche Zurückhaltung sehr prägend auf Teilnehmende wirken, indem diese beispielsweise «den schweigenden Leiter» imitieren (Frühmann, 2013, S. 130/ vgl. Kap. 3.3.6 zu Imitation und Identifikation).

3.2.3. Den Raum schützen

Obwohl die Rückmeldungen der einzelnen Gruppenmitglieder und deren Beziehungen untereinander für den therapeutischen Prozess viel bedeutsamer sind als die Rückmeldungen der Gruppenleitung, da die Gruppenmitglieder quasi kotherapeutisch oder (mit)heilerisch tätig sind, kommt therapeutisch Tätigen bei der Herstellung und Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit in Gruppen eine eminent wichtige Rolle zu. Ihre wichtigste Aufgabe besteht darin, den Gruppenmitgliedern das Gefühl von Geborgenheit zu geben, bei Grenzverletzungen unverzüglich einzuschreiten und für Sicherheit zu sorgen. Wenn Leitende nicht sicherstellen, dass die Gruppe ein geschützter Raum ist, werden sie keine vernünftigen therapeutischen Prozesse in Gang bringen (Tschuschke, 2010c, S. 66).

Dabei sind explizite Gruppenregeln hilfreich, wie etwa, dass Gruppenthemen streng vertraulich behandelt werden; ausserhalb der Gruppe zu einzelnen Mitgliedern nichts gesagt wird, was man der Gruppe als Ganzes vorenthalten möchte; Klagen und Kritik in der Gruppe angesprochen werden und kritische Anmerkungen konstruktiv geäussert werden resp. sich auf Verhaltensweisen anstatt auf Personen beziehen (Zielke, 2010, S. 78).

Yalom (2010, S. 151) spricht im Zusammenhang mit dem Etablieren von Werten und Normen vom Aufbau einer «Gruppenkultur», der Formung der Gruppe zu einem «therapeutisch wirkenden sozialen System», Frühmann (2013, S. 129) von einer «Vertrauenskultur».

Dies beinhaltet auch den Schutz Einzelner vor verbalen Angriffen oder blossstellenden Befragungen. Besonderer Beachtung bedürfen Gruppenteilnehmende mit latent suizidalen oder autodestruktiven Tendenzen, wenn sie sich in der Gruppe schweigend zurückziehen. Sie sollten aktiv angesprochen und unterstützt werden (Mattke et al., 2009, S. 125).

Gruppenleitende schaffen eine Atmosphäre der Konstanz und Vorhersagbarkeit (Kibel und Weinberg, 2010a, S. 108). Aus meiner eigenen Erfahrung dürfte dies umso wichtiger sein bei

Menschen, welche aufgrund einer störungsspezifischen Belastung wie Autismus oder emotionaler Instabilität in besonders hohem Masse auf diese Sicherheit angewiesen sind.

Gerade nach traumatisierenden Lebenskrisen hat die Bereitstellung einer sozialen Umgebung, welche als sicherer Ort erlebt wird, einen entscheidenden Einfluss auf die Genesung (Diebels & Schmitz, 2010, S. 173). Ein Gefühl der Sicherheit ist zudem eine wesentliche Voraussetzung, um erfolgreich mentalisieren zu können (vgl. Kap. 2.3.4.)

3.2.4. Therapeutische Eigenschaften & Kompetenzen

Die therapeutische Arbeit mit Gruppen fordert von Professionellen bestimmte Eigenschaften (Tschuschke, 2010, S. 66):

1. psychotherapeutische Fachkompetenz
2. gruppentherapeutische und gruppendynamische Kompetenz: Kenntnis gruppaler Phänomene wie Gruppenrollen- und Entwicklungsphasen, regressiv-malignes oder förderliches Gruppenklima, Techniken der Beherrschbarkeit gruppaler Prozesse usw.
3. menschliche Kompetenz: «Antennen» für latente Gruppenstimmungen, emphatisches Einfühlungsvermögen, Hin-und-her-Schalten zwischen individuellen Themen und solchen der Gruppe
4. Leitungskompetenz: Schaffung eines geschützten und heilsamen Raumes sowie eines therapeutisch-gutartigen Veränderungsklimas (Kohäsion), Förderung hilfreicher Prozesse, Entschärfung unerwünschter Dynamiken wie Bildung von Subgruppen, Dominanzen oder Ausschluss einzelner; Glaubwürdigkeit, Autorität und Authentizität

Wichtig sind nach Bolm (2014b, S. 183) zudem folgende Gruppenleitungsfunktionen:

- Motivation und Engagement für den therapeutischen Prozess vermitteln
- Moderieren, z. B. durch Einbeziehen aller Teilnehmenden in das Gespräch, Verbreitern oder Einengen einer Fragestellung, In-Beziehung-Setzen einzelner Äusserungen, Beenden unproduktiver Schweigepausen
- Validieren⁴ lange vor dem Infragestellen, um bei Patienten die Entwicklung der eigenen Selbstkonzepte anzuregen
- Infragestellen von rigiden Überzeugungen und von Pseudoverständnis, Ansprechen offensichtlich übergangener Themen

4 Dem Gegenüber deutlich machen, dass sein Fühlen und Erleben in der jeweiligen Situation nachvollziehbar ist.

- Klare, konkrete und verständliche Alltagskommunikation sowie Verzicht auf (Gesamtgruppen-)Deutungen, freies Phantasieren und den Gebrauch von zu Assoziationen anregender symbolhafter Sprache – es sei denn, die Teilnehmenden können bereits stabil auf hohem Niveau mentalisieren

Dieses von Bolm benannte Moderieren beinhaltet auch, die Teilnehmenden in Kontakt miteinander zu bringen und den Bezug auf andere in der Gruppe zu fördern, denn «eine Gruppe läuft gut, wenn die Mitglieder miteinander interagieren, aufeinander reagieren und sich Feedback geben» (Dally, 2014a, S. 135). Das Anregen der Interaktion in der Gruppe ist auch für Yalom (2010, S. 77) zentral.

Um die Gruppenmitglieder zum Gespräch zu ermuntern, fördern Leitende den Austausch durch gezieltes Nachfragen. Sobald der Gesprächsprozess von den Teilnehmenden aufgenommen wird, können sie sich zurücknehmen und vermehrt auf die Selbstorganisation dieses Prozesses durch wechselseitiges Zuhören und Nachfragen vertrauen (Vogt & Caby, 2015, S. 19). Eine gute Moderation fördert das Gesprächspotential einer Gruppe dahingehend, als dass Leitende prozessorientiert an Gesagtem anknüpfen und darauf achten, dass im Sinne einer «Vielstimmigkeit» möglichst alle zu Wort kommen (S. 20). Gruppenleitende fördern nach Möglichkeit Aufrichtigkeit und Spontaneität des Ausdrucks von Teilnehmenden (S. 166).

Weitere Aufgaben von Leitenden sind die Aufrechterhaltung der Ich-Funktionen resp. der emotionalen Regulationsfähigkeit der Einzelnen, die Förderung von Selbstreflexion und das Ermöglichen neuer Erfahrungen (Janssen & Sachs, 2018, S. 71). Die Übernahme von «Hilfs-Ich-Funktionen» erfolgt auch dann, wenn Leitende Teilnehmende unterstützen, eigene Gefühle wahrzunehmen und zu differenzieren, oder ihnen dabei helfen, sich auszudrücken («ich an ihrer Stelle würde mich so oder so fühlen oder verhalten...») (Vogt & Caby, 2015, S. 170).

Da Gruppen oft mit dem Modell der Co-Leitung funktionieren, müssen Professionelle teamfähig sein und sich als Tandem gut ergänzen können (Roller & Nelson 2010, S. 85).

Gruppenleitende lenken Gruppen auch insofern, als sie erwünschtes Verhalten, wenn es gezeigt wird, verstärken, und unerwünschtes Verhalten sanktionieren. Das Befolgen dieser lerntheoretischen Gesetzmässigkeit ist deshalb hilfreich, weil es sich präventiv auf die Entstehung schwieriger Dynamiken auswirkt (Sipos & Schweiger, 2019, S. 32).

Im (systemischen) Wissen um Selbstorganisation und kritische Instabilitäten müssen Leitende zudem in der Lage sein, in herausfordernden Phasen das «Chaos» gelassen zu ertragen (Heinzel und Enke, 2010, S. 7). Mein gruppentherapeutischer Supervisor nannte in diesem Zusammenhang den hilfreichen Leitsatz «Trust the group!». Die mitunter verwirrende Komplexität zunächst auf sich

wirken zu lassen, kann aus systemischer Sicht auch hilfreich sein, um wechselseitige Beziehungsmuster und Interaktionsdynamiken zu erkennen.

Gleichzeitig ist es gerade bei grösseren Gruppen wichtig, die Dinge nicht durch mangelnde Führung «aus dem Ruder laufen zu lassen», da Grossgruppen schneller zu regressiven Dynamiken neigen (Staats, Dally & Bolm, 2014, S. 32). Zajec (2017, S. 25) benennt wildes Ausagieren oder missmutigen Rückzug als Folgen mangelnder Leitung:

Es braucht wohl eine gute Mischung von aktiver Haltung, dem Bereitstellen eines haltenden Rahmens, klaren Interventionen und ausreichend Gelassenheit, um damit einen Raum herzustellen, in dem spielerisch oder verbal Kontakt möglich wird und Entwicklungsraum entsteht – und nicht im Gegenzug in einem zwanghaften Reglementieren (. . .) zu enden, das höchstens zur Anpassung führt.

Das prozesshafte Geschehen in Gruppen fordert von Leitenden eine hohe Rollenflexibilität. Sie müssen ihr Verhalten immer wieder den entsprechenden Gruppenphasen anpassen, welche mal mehr Aktivität und dann wieder Zurückhaltung erfordern (Staats et al. 2014, S. 161/162).

Dies fordert von Leitenden ein Bewusstsein für die Phasen eines Gruppenprozesses. Schreiber-Willnow (2012, S. 458/459) spricht von vier Phasen: Vertrauensaufbau in der Gruppe, Regression (problematische Interaktionsmuster werden sicht- und spürbar), Progression (neues Verhalten wird in der Gruppe geübt) und Abschied (Thematisierung von Trennung, mögliches Wiederauftreten einer Symptomatik).

Für Staats (2014a, S. 160) durchlaufen Gruppen Phasen der Orientierung, der Abhängigkeit, der Aktivierung, der Arbeit und des Abschlusses.

Tschuschke (2010d, S. 21) weist darauf hin, dass nach einer vorübergehenden Phase des harmonischen Einschwingens («alle-im-selben-Boot») Spannungen auftreten können, welche sich in Ärger, Ungeduld oder Frust gegenüber der Gruppenleitung zeigen können. Diese ist gut beraten, diese Phase der «Autonomieentwicklung» zu fördern und einen emotionalen Ausdruck in akzeptablen Grenzen hinzunehmen. Durch die Bearbeitung von Enttäuschungen wird es der Gruppe dann möglich, in eine Phase intensiverer Gruppenarbeit mit mehr Eigeninitiative überzugehen (S. 67).

3.2.5 Regulierung von Scham

Viele Klientinnen und Klienten mit psychischen Belastungen kämpfen mit Scham- und Unterlegenheitsgefühlen, sehen sich Abhängigkeitsängsten ausgesetzt oder der Lächerlichkeit anderer preisgegeben. Diese Schamkonflikte können sich in der Anwesenheit von Zeugen und Zuschauern, in diesem Fall anderen Gruppenmitgliedern, potenzieren. Für eine erhöhte Sensibilität

im Umgang mit Scham kann das Unterscheiden folgender Schamaffekte hilfreich sein (Hilgers, 2010, S. 119):

- *existentielle Scham* als die Befürchtung, von der Gruppe nicht aufgenommen, nicht gewollt, ausgestossen oder gedemütigt zu werden
- *Kompetenzscham* im Zusammenhang mit dem Gefühl, mit der Gruppe und deren Niveau nicht mithalten zu können bzw. bei eigenem, gefühltem Versagen wahrgenommen zu werden
- *Abhängigkeitsscham* gegenüber dem Leiter, den anderen Gruppenmitgliedern, deren Urteil und Wertschätzung
- *Intimitätsscham* beim Sichtbarwerden von Selbstanteilen, was evtl. unkontrolliert und ungewollt erfolgt
- *ödipale Scham*, also das Gefühl, ausgeschlossener Dritter, zu klein oder zu minderwertig zu sein (gegenüber den «älteren Geschwistern» in der Gruppe oder dem «elterlichen Leiterpaar», im stationären Setting gegenüber dem «elterlichen Team»)
- *Scham-Schuld-Dilemmata* oder Scham, über eigenes schuldhaftes Versagen

Schamkonflikte können sich durch das dauerhafte oder zeitweilige Wegbleiben von der Gruppe, Derealisations- oder Depersonalisationserscheinungen, dem aktiven Vermeiden eines Themas oder in extremster Form durch Suizidalität äussern (ebd.).

Zu Beginn einer Gruppe kann es deshalb hilfreich sein, dies zu benennen. Hilgers (2010, S. 123) empfiehlt hier entlastende und begleitende Kommentare, um den Prozess zu erleichtern: «Es ist gar nicht einfach, über diese Themen in der Gruppe zu sprechen». «Es braucht ganz schön Mut, um sich über Themen, die Sie auch verlegen machen, mitzuteilen».

Tschuschke (1993, S. 35) sieht im Kontext der Scham die Variablen Selbstöffnung und Selbstverschlossenheit, also Art, Ausmass und Zeitpunkt der Mitteilungen Einzelner in der Gruppe, als entscheidend an. Gerade bei oft belasteten Menschen in Therapiegruppen kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese das dafür nötige soziale Gespür mitbringen, weshalb es der sorgsamsten Begleitung von aussen bedarf.

Um Schamerlebnisse für die einzelne sich öffnende Person sowie die anwesende zuhörende Gruppe in Massen zu halten, müssen Gruppenleitende Einzelne und auch die Gruppe vor zu frühen, eruptiven Selbstöffnungen schützen. Steuernde Interventionen sind besonders in der Anfangsphase und bei neuen Teilnehmenden wichtig, damit sie nicht «die jeweilige Gruppe förmlich 'überfluten' oder 'erschlagen' mit ihrem Mitteilungsdrang» (S. 130). Bei einer zu frühen

oder zu heftigen Selbstöffnung im Sinne der «Selbstentblössung» besteht die Gefahr, dass sich Betreffende anschliessend aus Scham zurückziehen oder in der Gruppe isoliert werden.

Hilgers (2010, S. 124) betont, dass auch Gruppenleitende oft mit ihrer eigenen Schamtoleranz herausgefordert werden und gefordert sind, den Gruppenteilnehmenden modellhaft ein Stück voraus zu sein. Dies betrifft sowohl die Fähigkeit, Scham in Massen zu ertragen als auch das eigene Schamempfinden in seiner schützenden und grenzenwahrenden Funktion zu nutzen, wenn allzu distanzloses Verhalten Einzelner oder der Gruppe den sensiblen therapeutischen Prozess stören.

3.2.6. Gruppenwiderstand minimieren

Das Konzept des «Widerstands» ist in der Freud'schen Psychoanalyse entwickelt worden und umfasst all das, was sich dem Fortschreiten der Therapie entgegenstellt. Widerstand begünstigt das Vertraute, schützt das Alte, das sich früher einmal bewährt hat, und verhindert Veränderung. Beim Konzept des «Widerstands» wird das Bemühen vorausgesetzt, dass sich die betreffende Person verändern möchte und dabei gleichzeitig «eine Gegenkraft erlebt, die Veränderungen erschwert oder sogar verhindert» (Dally, 2014a, S. 134). In der Gruppenpsychotherapie wird dann von Widerstand gesprochen, wenn die Gruppenmitglieder nicht mehr offen interagieren und sich nicht mehr allen, möglicherweise schwer zu ertragenden Konflikten und Gefühlen stellen, sie erforschen, und sich mit ihnen auseinandersetzen. Dies ergibt bei angstausslösenden Themen Sinn, kann jedoch dazu führen, dass nicht mehr konstruktiv an den anstehenden Aufgaben gearbeitet werden kann (S. 135-137).

Im Rahmen der Gruppentherapie wird Widerstand besonders dann problematisch, wenn er in Form von Zuspätkommen, Fehlen oder Missachten von Gruppenregeln ausagiert wird. Schweigen, Verslossenheit, Ablenkung vom Thema oder Verführungshandlungen sind subtilere Formen von Widerstand (Tschuschke, 2010c, S. 68). Gruppenwiderstände zu erkennen und aufzulösen, wird von Kibel und Weinberg (2010b, S. 97) als wichtigste Aufgabe von Leitungspersonen angesehen.

Neuere Auffassungen verstehen Widerstand nicht nur als intrapsychisches, sondern auch als interpersonelles Phänomen, bei dem Widerstand als berechtigte Reaktion in der Interaktion mit therapeutisch Tätigen angesehen wird (Dally, 2014a, S. 134; Kibel & Weinberg 2010b, S. 98).

Widerstand kommt in Gruppen nochmals eine andere Bedeutung zu als im Einzelsetting, da mitunter herausfordernde Verhaltensweisen Einzelner sich potenzieren und eine destruktive Gruppendynamik auslösen können. Dieses Phänomen ist durch das Prinzip der Imitation und Identifikation erklärbar (vgl. Kap. 3.3.6).

3.2.7 Übertragung und Gegenübertragung

Um Prozesse und mitunter verwirrende Interaktionen in der Gruppe verstehen und einordnen zu können, ist die Kenntnis von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen hilfreich.

Unter Übertragung wird die zumeist unbewusste Verlagerung alter Gefühle und Stimmungen oder von Szenen aus früheren Beziehungserfahrungen auf aktuelle Kontakte und Begegnungen verstanden, welche dadurch überschattet und verzerrt wahrgenommen werden (Frühmann 2013, S. 120).

Mattke (2012, S. 135) hält fest, dass dieser Vorgang ein natürlicher ist und

dass jeder, wenn er in eine unbekannte und neue Umgebung kommt, z. B. in eine neue Gruppe, zunächst einmal seine mitgebrachten Fantasien über die dort stattfindenden neuen Interaktionen mit alten Bildern 'belädt', vermengt, vermischt, verdreht, verwechselt u. Ä., ohne deswegen besonders krank oder besonders gesund zu sein.

Übertragungen finden nicht nur unter Teilnehmenden einer Gruppe statt, sondern auch auf die Leitenden der Gruppe – zumeist anhand der beiden Pole Idealisierung und Abwertung. Leitende sollten in diesem Zusammenhang eigene Grössenphantasien und Bedürfnisse nach narzisstischer Befriedigung im Auge behalten und in der Lage sein, sich nicht in Machtkämpfe zu verstricken, sondern eine allfällige Wehrhaftigkeit der Gruppe in Kooperation zu überführen (Frühmann, 2013, S. 121).

Wenn Gruppenleitende als Elternfiguren angesehen werden, rufen sie Reaktionen hervor, die im Allgemeinen mit Autoritätsfiguren in Verbindung gebracht werden. Gruppenmitglieder können sich von Leitenden, denen sie unrealistischerweise besonderes Wissen und besondere Macht zuschreiben, abhängig machen und geben sich hilflos; andere verhalten sich aufsässig, weil sie das Verhalten Leitender als infantilisierend und kontrollbesessen wahrnehmen; wiederum andere Mitglieder versuchen, die Co-Therapeuten zu entzweien, um Streitigkeiten und Rivalitäten zwischen den beiden «Elternfiguren» hervorzurufen; manche konkurrieren um die grösstmögliche Aufmerksamkeit und Anteilnahme der Leitenden und werden neidisch, wenn sich diese mit anderen beschäftigen (Yalom, 2010, S. 39).

Unter Gegenübertragung werden dagegen alle Erlebensweisen und Handlungsimpulse verstanden, welche Patientinnen und Patienten in therapeutisch Tätigen auslösen (König 2010, S. 94).

Diese emotionale Reaktion ist in wesentlichen Teilen nicht bewusst und kann dann beispielsweise über das Erleben zunächst körperlicher Reaktionen wie Herzklopfen, Übelkeit oder Müdigkeit erschlossen werden. Die Beobachtung der eigenen gefühlten Reaktion auf das Geschehen in der Gruppe stellt eine zentrale Informationsquelle dar. Sie kann Gruppenleitenden wichtige Hinweise

zu den gerade erlebten Gefühlszuständen in der Gruppe oder der mehr oder weniger bewussten Übernahme zugewiesener Rollen und Positionen geben (Staats, 2014b, S. 110; Dally, 2014b, S. 144).

Voraussetzung dafür ist eine aufmerksame Selbstreflexion – denn nicht alles, was Gruppenleitende in einer therapeutischen Gruppe bei sich wahrnehmen, hat etwas mit der Gruppe oder einzelnen Patienten oder Patientinnen zu tun. Auch therapeutisch Tätige tragen ihre aktuellen Stimmungen und Erfahrungen, Krisen oder persönliche Themen in die Gruppe hinein. Eine sorgfältige Reflexion dieser Anteile und ihrer Auswirkungen auf das Gruppengeschehen ist hier hilfreich und kann dazu beitragen, Beziehungen in der Gruppe interessiert, kreativ und mit weniger Angst zu erkunden (Staats et al., 2014, S. 110).

Gegenübertragungsgefühle können besonders bei Patienten und Patientinnen mit starken Affekten heftig ausfallen und sich in Form von starker Aversion wie Ärger, Enttäuschung, Abneigung oder Wut äussern – Gefühle, die einem so vielleicht wenig vertraut sind und irritieren. Eine solche «Affektansteckung» fordert die eigene emotionale Akzeptanz unter Umständen stark heraus. Diese Gegenübertragungsgefühle, die mit den Übertragungen mitunter traumatisierter Menschen korrespondieren, werden vor dem Hintergrund der Beziehungserfahrungen und des affektiven Erlebens der mitunter traumatisierten Klientinnen und Klienten verstehbar (Streek, 2010, S. 196).

Wenn therapeutisch Tätige ihre Gegenübertragungsgefühle «in verdaulicher Form» und authentisch verbalisieren, erfahren Patienten und Patientinnen, dass sie bei andern etwas auslösen können, und entwickeln mit diesen Informationen ihre Fähigkeit, eigenes Verhalten in Beziehungen besser zu steuern (Staats et al. 2014, S. 54).

3.3 Wie wirkt Gruppenpsychotherapie?

3.3.1. Allgemeines zu Wirkfaktoren in der Gruppentherapie

Erst das vorhandene Wissen um die relevanten Wirk- und Heilfaktoren in der Arbeit mit Gruppen ermöglicht es therapeutisch Tätigen, Methoden und Interventionen gewinnbringend einsetzen zu können (Frühmann, 2013, S. 47). Das im vorangehenden Kapitel beschriebene therapeutische Rollenverständnis und die professionelle Haltung bilden Rahmen und Voraussetzung, damit sich Wirkfaktoren entfalten und heilsame (Selbstorganisations-)Prozesse in der Gruppe einsetzen können.

Auch in therapeutischen Gruppen sind zunächst alle allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie relevant (Sipos & Schweiger, 2019, S. 9). Gemäss Grawe (2000) sind dies die Qualität der thera-

peutischen Beziehung, Ressourcenaktivierung, motivationale Klärung, Problemaktualisierung und Problembewältigung.

Tschuschke (2010b, S. 14) hält fest, dass es keinen Wirkfaktor in der Einzeltherapie gibt, der nicht auch im Gruppensetting zum Tragen kommen könnte. Umgekehrt gelte dies nicht für die Wirkfaktoren der Gruppentherapie.

Denn in Bezug auf ihre Wirkfaktoren ist die Gruppentherapie ein entscheidend anderes Setting als Einzeltherapie, da nur dort systematisch Patientinnen auf andere Patienten treffen. Im Einzelsetting begegnen Menschen mit einer psychischen Erkrankung einem Gesunden, und erleben dadurch eine Wiederholung ihrer Situation. In der Gruppe hingegen treffen «Leidensgenossen» aufeinander, die möglicherweise ähnliche Erfahrungen mitbringen und sich dadurch unmittelbar in die Situation der Anderen einfühlen können (Sipos und Schweiger, 2019, S. 9).

Die Frage nach der Wirkungsweise von Gruppentherapie führt zu Yaloms (2010, S. 174) übergeordnetem, zentralen Prinzip des *Hier und Jetzt*, dessen Aktivierung und Ausleuchtung zu den zentralen Aufgaben von Gruppenleitenden gehört (S. 148). Es stellt das wichtigste und zugleich am schwersten zu realisierende Element einer effektiven Gruppenpsychotherapie dar (Leszcz & Malat, 2010, S. 301)

Das Prinzip basiert auf der zentralen Annahme, dass alles Material, um die Schwierigkeiten der Teilnehmenden zu klären, im gegenwärtigen Geschehen der Gruppe vorhanden ist. Demnach ist es weniger notwendig, dass die Teilnehmenden aus ihrer Vergangenheit berichten, da sich durch das aktuelle zwischenmenschliche Geschehen in der Gruppensituation weitaus «lebendigere» Hinweise ergeben. Dadurch, dass Mitglieder einer Gruppe sich auf die für sie charakteristische Weise verhalten, werden quasi automatisch frühere Beziehungserfahrungen reproduziert (Yalom, 2010, S. 299).

Solche interpersonalen Muster werden auch da deutlich, wo vertraute Rollen übernommen oder frühere Gruppenerfahrungen unbewusst reinszeniert werden (Tschuschke, 2010d, S. 18). So können durch das Gruppengeschehen «früher erlernte, noch unbewusste und heute dysfunktionale Beziehungserfahrungen aktualisiert werden, um ihnen dann kontrastierend neue Beziehungserfahrungen gegenüber zu stellen» (Mattke, 2012, S. 133). Wenn Teilnehmende nach und nach in die Lage kommen, sowohl innere als auch zwischenmenschliche emotionale Erfahrungen in kognitives Verstehen zu integrieren, entsteht Einsicht – in Bezug auf das aktuelle Erleben mit Andern in der Gruppe, auf die aktuellen Beziehungen ausserhalb dieser, und in Bezug auf vergangene Beziehungen mit anderen Menschen in der Lebensgeschichte (ebd.). Psychodynamische Gruppentherapie zielt direkt auf das Ermöglichen einer solchen befreienden Erkenntnis ab.

Die in Gruppen gemachten Erfahrungen und Erkenntnisse sind deshalb wirksam, weil sie das subjektive Konzept über die eigene Person verändern (Sipos & Schweiger, 2019, S. 10). Dabei ist erwiesen, dass eine erfolgreiche Veränderung dysfunktionaler Verhaltensmuster in der Therapiegruppe im Sinne eines Probehandelns leichter in das reale Leben der Teilnehmenden übertragen werden kann (Zajec, 2017, S. 66).

Aus seiner langjährigen gruppentherapeutischen Tätigkeit heraus beschrieb Yalom (2010, S. 23) in seinem grundlegenden Werk zur Gruppenpsychotherapie elf basale therapeutische Faktoren, welche bis heute gültig sind und auf welche verschiedene Autoren Bezug nehmen. Obwohl diese einzeln aufgeführt werden, sind sie interdependent und können nicht isoliert wirksam werden (S. 24).

Folgende Darstellung verdeutlicht die Wirkung des interdependenten, gruppentherapeutischen Kraftfeldes aus einer systemischen Perspektive. Die einzelnen Wirkfaktoren können als zirkuläre Prinzipien verstanden werden, welche sich durch Wechselwirkungen gegenseitig aufbauen und aufrechterhalten.



Abb. 4: Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie nach Yalom (2010) (eigene Darstellung)

Im nachfolgenden werden die bedeutendsten dieser Wirkprinzipien dargestellt. Bei einzelnen, welche ich für bedeutsam halte, tue ich dies ausführlicher, andere behandle ich eher kurz oder bündle sie in einem Kapitel.

3.3.2 Gruppenkohäsion

Unter Kohäsion oder Kohäsivität wird das Ergebnis aller Kräfte verstanden, welche auf die Gruppenmitglieder einwirken, in der Gruppe zu bleiben oder, einfacher formuliert, als die «Attraktivität der Gruppe für ihre Mitglieder». Indikatoren für eine gute Kohäsion sind u. a. eine

starke Bezogenheit der Teilnehmenden aufeinander, ein hohes Engagement in den Gruppenaktivitäten, die regelmässige Teilnahme und das emotionale Mitschwingen mit andern. Gegenseitige Offenheit, Vertrauen und eine kooperative Arbeitshaltung können als Auswirkungen einer guten Kohäsion angesehen werden (Zielke, 2010, S. 77).

Dieses Zusammengehörigkeits- oder Wir-Gefühl ist unabdingbar für die Entfaltung aller weiteren therapeutischen Wirkfaktoren in der Gruppe. Yalom (2010, S. 83) hielt die Kohäsion nicht per se für einen therapeutischen Faktor, sondern bezeichnete sie vielmehr als notwendige Voraussetzung für eine effektive Therapie.

Für die Mitglieder einer Gruppe mit starker Kohäsionskraft ist ihre Gruppe wichtig, sie fühlen sich ihr zugehörig und haben das Gefühl, von den anderen Mitgliedern geschätzt, akzeptiert und unterstützt zu werden (Yalom, 2010, S. 82). Andere Untersuchungen haben bestätigt, dass das Zusammengehörigkeitsgefühl mit dem Mass an Vertrautheit, Risikobereitschaft, empathischem Zuhören und Feedback in der Gruppe korreliert. Wenn Gruppenmitgliedern klar wird, dass sie in der Gruppe gute Fortschritte erzielen, wirkt sich dies positiv und selbstverstärkend auf Kohäsivität aus (S. 91).

Diese Art von Gruppenzusammenhalt mag deshalb so wichtig sein, weil vielen Klientinnen und Klienten in ihrer Kindheit die positive Erfahrung fehlt, in einer Gruppe grundsätzlich akzeptiert worden zu sein. Von anderen bestätigt zu werden, wird so zu einem korrektiven, heilsamen Erlebnis. Der akzeptierenden, verständnisvollen Haltung der andern kommt deshalb eine so grosse Bedeutung zu, weil die Gruppenteilnehmenden im Gegensatz zu therapeutisch Tätigen nicht aufgrund ihrer Rolle eine gewisse Verpflichtung haben, andere zu verstehen (ebd.). Frühmann (2013, S. 93) bezeichnet das Gefühl der Zugehörigkeit als wichtigste Voraussetzung für den Gesundungsprozess psychisch erkrankter Menschen.

Gruppenkohäsion entsteht nach Sipos und Schweiger (2019, S. 16) durch das gemeinsame Bewältigen und Teilen von Aufgaben und Erfahrungen. Eine Gruppe mit guter Kohäsion vermag auch abweichende Meinungen oder fremdes Verhalten zu tolerieren. Ausreichende Akzeptanz in einer psychotherapeutischen Gruppe schützt vor Ausgrenzung einzelner und hilft, Aussenseiter oder schwächere Mitglieder mit einem geringeren Funktionsniveau zu integrieren (S. 24).

In meinem jugendpsychiatrischen Arbeitsalltag erlebe ich, dass die Akzeptanz durch Peers für Kinder und Jugendliche besonders wichtig ist. Die Erfahrung von Ausschluss und Ablehnung durch Gleichaltrige verstärkt psychische Krankheitssymptome oder wird oftmals als Auslöser dafür beschrieben. Sich in einer Jugendgruppe zugehörig zu fühlen, ist ein entscheidender therapeutischer Wirkfaktor in unserem tagesklinischen Setting. So meinte ein 14-jähriger Junge mit Mobbing Erfahrungen und Schulabsentismus bei seinem Austritt auf die Frage, was ihm am meisten geholfen habe, dass die Gruppe für ihn «wie eine Familie» gewesen sei.

Der von Yalom (2010, S. 35) ebenfalls benannte Wirkfaktor *Mitteilen von Informationen* umfasst neben möglicher Psychoedukation durch die Leitenden auch Ratschläge von anderen Gruppenteilnehmenden, welche weniger inhaltlich von Bedeutung sind, als dass sie vielmehr durch das Signalisieren von Anteilnahme und Interesse die Gruppenkohäsion stärken.

Kohäsion in einer Gruppe kann nur dann entstehen, wenn die Mitglieder die Gruppe als einen geschützten Raum erleben, dessen Grenzbereiche von den Leitenden geschützt werden (Tschuschke, 2010c, S. 69; vgl. Kap. 3.2.3).

3.3.3. Hoffnung, Universalität des Leidens, Altruismus & existentielle Faktoren

Hoffnung

Hoffnung zu wecken, ist in der Psychotherapie zentral, da Hoffnung für therapeutische Prozesse grundlegend motivierend wirkt, und die Erwartungshaltung in Bezug auf eine erwünschte Veränderung und eine Behandlungsmethode an sich bereits therapeutisch wirksam ist – ähnlich wie bei Placeboeffekten (Yalom, 2010, S. 26).

Hoffnung wirkt zudem resignativen Tendenzen entgegen und motiviert weiterzumachen, wodurch andere Faktoren wirksam werden können. Gruppenmitglieder, welche bereits Fortschritte gemacht haben, dienen als positives Vorbild (Zajec, 2017, S. 26).

Universalität des Leidens

Gerade zu Beginn einer Gruppentherapie haben viele Menschen das Gefühl, ihr Elend sei einzigartig. Zu merken, dass andere Ähnliches fühlen und erleben, kann sehr entlastend wirken (Yalom, 2010, S. 29). So hilft das Gruppensetting entscheidend mit, Einsamkeit, Scham und soziale Isolation zu überwinden (Sipos und Schweiger, 2019, S. 9).

Die Erfahrung, mit eigenen Problemen nicht alleine zu sein, kann zudem sehr positive Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl haben (Frühmann, 2013, S. 26). Wenn andere in der Gruppe der eigenen Geschichte mitfühlend und im Sinne eines erweiterten menschlichen Verstehens begegnen, entsteht die Erfahrung von Solidarität als elementare Heilbewegung (S. 49).

Altruismus

Psychisch erkrankte Menschen sind am Anfang ihrer Therapie oft demoralisiert und haben das bedrückende Gefühl, sie seien anderen eine Last und hätten nichts Wertvolles zu bieten. Für andere in der Gruppe wichtig sein zu können, wirkt belebend auf sie und stärkt ihr Selbstwertgefühl: «Gruppentherapie ist die einzige Therapieform, die Klienten erleben lässt, dass sie für andere wichtig und wertvoll sind» (Yalom 2010, S. 36).

Viele Klientinnen und Klienten, welche über ein Gefühl der Sinnlosigkeit klagen, sind in einer krankhaften Beschäftigung mit sich selbst gefangen, die Formen zwanghafter Introspektion annehmen kann. Altruismus im Sinne selbstlosen Handelns besteht darin, die eigene begrenzte Perspektive zu überwinden und von jemandem oder etwas ausserhalb unserer selbst in Anspruch genommen zu werden, wodurch Lebenssinn entsteht (S. 38/39).

Existenzielle Faktoren

Gruppentherapie und die damit verbundene Auseinandersetzung mit dem eigenen Schicksal und dem der andern ermöglicht eine Besinnung auf existenzielle Faktoren. Durch den gemeinsamen Austausch entwickeln die Teilnehmenden eine Akzeptanz für die ungerechten und tragischen Seiten des Lebens, für die Vergänglichkeit von allem – , aber auch für das Erleben von Lustvollem und Freudigem (Sipos und Schweiger, 2019, S. 13).

Yalom (2010, S. 128) versteht darunter auch die Erkenntnis, dass Menschen, so viel Rat und Unterstützung sie auch von anderen bekommen, letztlich für sich selbst verantwortlich sind und dass es einen Punkt gibt, über den hinaus andere einen nicht begleiten können.

3.3.4 Interpersonales Lernen, Entwicklung sozialer Kompetenz & korrigierende Rekapitulation

Wie bereits eingangs (vgl. Kap. 3.3.1) in Zusammenhang mit dem Prinzip des «Hier und Jetzt» thematisiert, fokussiert Gruppenpsychotherapie primär, «wie sich Patienten aktuell zu- und miteinander in Beziehung setzen. Weil Therapie- und Realraum nicht mehr strikt getrennt gehalten werden, kann therapeutisch relevantes Material aus beiden Bereichen aufgegriffen, aufeinander bezogen und bearbeitet werden» (Spitzer & Freyberger, 2014, S. 337).

Dies ermöglicht interpersonales Lernen und die Entwicklung sozialer Kompetenz, wobei Feedback ein Schlüsselfaktor darstellt. Gruppenteilnehmende, welche offene Rückmeldungen über ihre Art des Umgangs mit anderen erhalten, lernen so ihre Wirkung auf andere kennen: eigene Stärken, Schwierigkeiten, Verzerrungen in der interpersonalen Kommunikation und dysfunktionales Verhalten, das andere zu unerwünschten Reaktionen veranlasst, werden so sichtbar. Dies macht eigene, noch unbewusste Interaktionsmuster sicht- und korrigierbar, welche beispielsweise Isolation und Einsamkeit fördern – die Gruppe wird zur «therapeutischen Arena par excellence» (Yalom, 2010, S. 41). Kämmerer (2012, S. 155) meint zum entscheidenden Vorteil der Gruppentherapie: «Störungen werden dort behandelt, wo sie auftreten, und das sind zumeist die sozialen Beziehungen von Menschen».

Das Sichtbar- und Bewusstmachen von Verhaltensmustern geschieht durch den Prozess der «Konfrontation» und «Klarifikation», in dem Erlebtes und Gefühltes mit Hilfe der therapeutischen Leitung fokussiert, versteh- und dadurch veränderbar gemacht wird (Mattke, 2012, S. 138).

Feedback ist für soziales Lernen von entscheidender Bedeutung. Es ermöglicht die Erkenntnis, dass zwischen der eigenen Absicht und der tatsächlichen Wirkung auf andere oft ein grosser Unterschied besteht (Zajec, 2017, S. 27). Rückmeldungen aus der Gruppe fördern die Offenheit für neue Sichtweisen, anderes Denken und Tun. Dies erweitert das eigene Selbstbild und wirkt identitätsstärkend (S. 106).

Feedback ist besonders dann kostbar, wenn es diskrepanz zum eigenen Selbstbild steht und die eigenen blinden Flecken sichtbar macht. Der dadurch entstehende Verarbeitungsprozess kann zu Einsicht und Veränderungsbereitschaft führen (Tschuschke, 2010c, S. 70).

Die Rückmeldungen der anderen Gruppenmitglieder sind dabei therapeutisch wichtiger als die der Gruppenleitung (S. 59). Das Raffinierte daran ist, dass die Teilnehmenden so mehr und mehr zu «therapeutischen Agenten» füreinander werden, sich also gewissermassen gegenseitig selber therapieren (Mattke et al. 2009, S. 80). Das soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass Rückmeldungen von Gruppenmitgliedern nicht immer per se hilfreich sind, sondern auch taktlos oder unzutreffend sein können, wenn sie einer eigenen verzerrten Wahrnehmung entspringen (S. 89).

In den regelmässig stattfindenden Feedbackrunden in unserer jugendpsychiatrischen Tagesklinik machen wir uns diesen Effekt zunutze. Positive Rückmeldungen Gleichaltriger wirken äusserst aufbauend auf die Jugendlichen, und Anregungen für Veränderungen von den Peers werden deutlich offener als jene von den Erwachsenen aufgenommen.

Yalom (2010, S. 39) weist darauf hin, dass es mit anderen Gruppenteilnehmenden oder den Leitenden früher oder später zu Interaktionen kommen kann, die stark denjenigen ähneln, die die Betroffenen früher mit ihren Eltern oder Geschwistern erlebt haben. Streitigkeiten, Rivalitäten, der Kampf um Aufmerksamkeit oder der Drang zu Harmonie können in diesem Zusammenhang sichtbar werden (vgl. Kap. 3.2.7 zu Übertragung und Gegenübertragung). Damit wird es möglich, Unbearbeitetes zu bearbeiten, wobei es wesentlich ist, dass die Durcharbeitung in korrigierender Form geschieht. Yalom nennt diesen Wirkfaktor «Korrigierende Rekapitulation des Geschehens in der primären Familiengruppe».

3.3.5 Selbstöffnung und Katharsis

Es besteht schulübergreifende Einigkeit, dass Selbstoffenbarung für den gruppentherapeutischen Prozess absolut unverzichtbar ist: «Klienten profitieren von einer Gruppentherapie nur, wenn sie bereit sind, sich umfassend über ihre persönliche Situation zu äussern» (Yalom, 2010, S. 163). Dabei ist wichtig zu verstehen, dass zwischen subjektiver und objektiver Selbstoffenbarung manchmal eine grosse Diskrepanz bestehen kann: Was im Rahmen der Gruppe als eine relativ unwichtige Offenbarung persönlicher Informationen erscheint, kann für einzelne

sehr wichtig sein, weil sie das allererste mal überhaupt mit anderen Menschen über diese Dinge sprechen (ebd.). Frühmann (2013, S. 131) spricht in diesem Zusammenhang auch von der wirkungsvollen «Zeugenschaft» der Gruppe für die Einzelperson.

Selbstöffnung ermöglicht es auch, in der Gruppe eigene unterdrückte oder wenig erforschte Gefühle auszudrücken, seien es positive oder negative. Die Gruppe hat in diesem Zusammenhang einen verstärkenden Effekt und kann als Katalysator für emotionale Prozesse verstanden werden, welche in der Einzeltherapie nicht möglich sind (Weber & Tschuschke, 2010, S. 202).

Eine Freisetzung von mitunter belastenden Emotionen, sich gleichsam «etwas von der Seele zu reden», kann ein Gefühl der Erleichterung, Entlastung und Befreiung bewirken wenn die Gruppe diesen Prozess trägt und mit Respekt begleitet. Dies wird auch als Katharsis bezeichnet (Mattke et al., 2009, S. 66).

Yalom (2010, S. 119) hält fest, dass Gefühle ausdrücken zu können, sich von unterdrückten Affekten zu befreien und emotionale Energie zu entladen, an sich noch keinen transformierenden Effekt hat. Entscheidend ist die Fähigkeit, über das eigene emotionale Erleben zu reflektieren und das gleichzeitige Bemühen, sich und andere besser zu verstehen. Bringen Mitglieder in einer Gruppe im Umgang miteinander starke Gefühle zum Ausdruck und setzen sich ehrlich mit diesen auseinander, fördert dies die Gruppenkohäsion entscheidend. Emotionaler Ausdruck ist direkt verbunden mit Hoffnung und einem Gefühl persönlicher Wirksamkeit.

3.3.6 Imitation und Identifikation

Imitation

Frühes Lernen in Gruppen hat viel mit Imitation bzw. Nachahmung zu tun. Teilnehmende therapeutischer Gruppen haben die Möglichkeit, bei anderen viele Interaktionsstile und Beziehungsformen sowie Problemlösungstechniken zu erleben. Jene, die Schwierigkeiten haben, starke Emotionen mitzuteilen oder bei anderen zu tolerieren, können beispielsweise zuerst beobachten, wie andere Teilnehmende sich in einen emotionalen und mitunter konflikthaften Austausch begeben. In Gruppen kann gelernt werden, dass solche Prozesse keinen Schaden anrichten, sondern, wenn sie entsprechend therapeutisch begleitet werden, die Teilnehmenden einander näherbringen können. Dies ermöglicht anderen nun ihrerseits ihre Gefühle mitzuteilen, indem sie es zunächst anderen «nachtun», was einem Lernen am Modell entspricht (Mattke, 2012, S. 136)

Identifikation

Identifikation wird als unbewusster Prozess verstanden, bei dem eine Person Teilaspekte des Verhaltens und Erlebens anderer Personen übernimmt. Durch die Identifikation mit Peers in der Gruppe entsteht Kohäsion. So kann Identifikation in Gruppenprozessen dann beobachtet werden, wenn zwei oder mehr Teilnehmende simultan eine ähnliche Körperhaltung einnehmen, ähnliche Emotionen teilen, aber auch wie andere, in Abgrenzung und Widerstand zum Gruppengeschehen gehen. Diese Phänomene sind als unbewusste Spiegelprozesse zu verstehen (Mattke, 2012, S. 136).

In meiner Arbeit mit Jugendlichen erlebe ich dieses «Eintunen» aufeinander immer wieder besonders stark, und in manchen gruppentherapeutischen Sitzungen war es Segen und Fluch zugleich: etwa dann, wenn sich eine nonverbal ausgedrückte Null-Bock-Stimmung einzelner rasch auf die ganze Gruppe übertrug und ein konstruktives Arbeiten zunächst verunmöglichte – aber auch dann, wenn wir in Anfangs- und Kennenlernphasen Jugendliche auf spielerische Art und Weise Gemeinsamkeiten in ihren Vorlieben und Interessen entdecken liessen, was sich äussert positiv auf das Zusammengehörigkeitsgefühl der Gruppe auswirkte.

Unter der Wirkung von Imitation und Identifikation können auch destruktive Gruppendynamiken entstehen. Gerade bei Jugendlichen in stationären psychiatrischen Settings kann dies bei einer Ausbreitung von suizidalen und selbstverletzenden Verhaltensweisen gefährliche Ausmasse annehmen, wenn sich (emotional instabile) Peers mit dem Ausmass von Selbstschädigungen förmlich zu überbieten versuchen oder Anorektikerinnen untereinander konkurrieren. Eine solche Regression kann vermutlich als *die* Nebenwirkung stationärer Settings gesehen werden. Dieses «Lernen am Modell» bringt zuweilen skurrile Dynamiken hervor wie das Phänomen einer Ausbreitung «dissoziativer» Anfälle bei Jugendlichen auf einer unserer Aufnahmestationen, welches ich im Rahmen einiger Aushilfsdienste beobachten konnte. So sackten bei mir während des gemeinsamen Kochens gleich alle drei jungen Helferinnen nach und nach «bewusstlos» zu Boden. Zajec (2017, 192) spricht dabei von «Phänomenen der Ansteckung».

Nicht so krass und eher unbemerkt ist die Identifikation mit der Haltung des Therapeuten, wenn in der Gruppe ein Zunahme der Toleranz gegenüber kontroversen oder peinlichen Themen, die Bereitschaft zu einer introspektiveren Haltung oder das Bemühen um Verstehen deutlich werden (Mattke, 2012, S. 136).

Beginnt sich die Gruppe mit den Werten einer Leitungsperson oder deren Umgang mit Konflikten zu identifizieren, kommt es zu einem Internalisierungsvorgang, welcher Denken, Fühlen und Verhalten der Teilnehmenden verändert (Janssen und Sachs, 2018, S. 68).

Mattke et al. (2009, S. 76) halten fest, dass in Gruppen sehr viel Veränderung, Entwicklung und Wachstum auf der Basis der Dynamiken von Imitation und Identifikation erreicht werden kann. Sie vermögen auch Veränderungen bei Teilnehmenden zu erklären, die von Gruppen profitieren, obwohl sie sich längere Zeit kaum beteiligen.

4. Zu Risiken und Nebenwirkungen: Wo es mit MFT schief gehen kann

MFT überzeugt durch einen kreativen, dynamischen und bisweilen innovativen Zugang zu schwierigen Themen. Diese Kraft für Veränderungsprozesse zu nutzen ist naheliegend, werden hier doch neue Chancen und Perspektiven eröffnet, die im Einzelsetting nicht zum Tragen kommen. Die Auseinandersetzung mit gruppentherapeutischem Wissen ermöglicht es, die Arbeit mit MFT Gruppen differenzierter und in einem grösseren Kontext zu betrachten. Dabei werden auch mögliche Risiken und Grenzen sichtbar. Diese möglichen Stolpersteine zu kennen kann eine gewinnbringende und professionelle Anwendung der Methode in der Praxis erleichtern.

Mit ihrem Fokus auf Techniken und Übungen haftet der MFT etwas Technizistisches an. Dabei ergibt sich ihre Wirkkraft nicht primär aus der Anwendung von Methoden, sondern durch die professionelle Beziehungsgestaltung und einem vertieften, prozesshaften Verständnis therapeutischer Gruppenarbeit im jeweiligen Kontext.

Die Implementierung und professionelle Anwendung des Ansatzes stellt hohe Anforderungen an Teams und geht in vielen Fällen mit einem anspruchsvollen institutionellen Change-Prozess einher. Gerade im klinischen Bereich können die oftmals sehr heterogenen Gruppenkonstellationen eine Schwierigkeit in Bezug auf eine ausreichende Kohäsion darstellen. Für psychisch belastete Menschen stellt die Teilnahme an Gruppen oftmals eine besondere Herausforderung dar, die von Leitenden zusätzlich störungsspezifisches Wissen verlangt und in der Gruppenarbeit berücksichtigt werden muss.

4.1 MFT als Technik?

Der Schwerpunkt der MFT-Fachliteratur liegt auf der Darstellung von spezifischen Gruppenübungen und Basistechniken. Dadurch kann leicht der Eindruck entstehen, dass es in der Arbeit mit MFT in erster Linie um den raffinierten Einsatz von Methoden geht. Die breitflächige und differenzierte Darstellung der entsprechenden Tools suggeriert, dass Fachkräfte vor allem dann mit MFT wirksam sind, wenn sie die richtigen Schritte innerhalb einer Methode anwenden und Gruppenübungen korrekt anleiten. Dieser Eindruck wird durch die teils schematische Darstellung der therapeutischen Position, dem *Fünfschrittemodell* oder der *Mentalisierungsschleife* (vgl. Asen & Scholz 2015, S. 34/ S. 46, Asen 2017 S. 48) verstärkt.

Die prominente Darstellung von Haltung und Rollenverständnis in dieser Arbeit stellte einen ersten Versuch dar, diese starke methodische Fokussierung zu entschärfen. Denn die psychotherapeutische Wirksamkeitsforschung und die systemische Theorie legen beide nahe, «dass angemessene und wirksame Psychotherapie nicht so sehr auf der Anwendung spezifischer

Theorie, Methodik und Technik beruht, sondern weit mehr auf der 'Haltung' des Therapeuten und seiner/ihrer Art der Beziehungsgestaltung» (Essen 1997, S. 111). Gemäss den Psychotherapieforschern Lambert und Asay (2001) beträgt der Anteil spezifischer Techniken und Methoden an der Wirkung eines psychotherapeutischen (beraterischen) Verfahrens lediglich fünfzehn Prozent - also genau soviel wie der Placeboeffekt bedingt durch die positiven Erwartung und die Hoffnung auf Veränderung von Hilfesuchenden. 30 Prozent werden hingegen der Wirkung der therapeutischen Beziehung zugeschrieben.

Den Stellenwert von Methoden richtig einordnen zu können scheint demzufolge auch für die professionelle Anwendung von MFT eine wichtig Voraussetzung zu sein.

Auch hier dürften Methoden nicht zuletzt deshalb im Vordergrund stehen, weil sie in gewisser Weise das «Aushängeschild» eines Ansatzes darstellen und «eher lehrbar sind als weichere Faktoren wie die therapeutische Persönlichkeit oder die Gestaltung der therapeutischen Beziehung» (Levold 2016b, S. 220). Gerade die systemische Therapie und Beratung hat eine Fülle an kreativen Techniken und Methoden als Interventionen hervorgebracht, was nicht zuletzt auf die grösseren Herausforderungen in der Arbeit mit Mehrpersonensettings zurückzuführen ist. Bei einer zu starken Orientierung an diesen Methoden laufen Fachkräfte jedoch Gefahr, systemisches Handlungswissen auf die Anwendung von «Rezeptbüchern» zu reduzieren (ebd.).

Eine solche Dynamik fand zuweilen während des Booms des Lösungsorientierten Ansatzes in der beraterischen aber auch pädagogischen Szene vor ca. 10 Jahren statt, wo sich entsprechende Tools wie die Wunderfrage grosser Popularität erfreuten – oftmals losgelöst von einem vertieften systemischen, prozesshaften Verständnis (Strycker, 2010, S. 45).

Scholz (2016, S. 25) bedauert in einem späteren Beitrag, das Thema der therapeutischen Beziehung in seinen Fachbüchern vernachlässigt und damit zu einem einseitigen Verständnis beigetragen zu haben. Trotz der methodischen Qualitäten der MFT seien eine von Anfang an positive Gestaltung der *Beziehung* und die Berücksichtigung des *Prozesshaften* die Basis aller Bemühungen.

Wenn Asen und Scholz als Meister ihres Faches in ihren Lehrbüchern der Beziehungsgestaltung so wenig Raum einräumen, dann wohl nicht deshalb, weil sie ein technizistisches Verständnis von Familientherapie haben, sondern möglicherweise, weil es sich bei der «therapeutischen Beziehung» um einen mitunter diffusen «Allerweltsbegriff» handelt, auf den sich letztendlich alle Therapieschulen beziehen (Rufer, 2013, S. 49). Denn überall lässt sich zeigen, «dass es diejenigen Therapeuten sind, die von ihren Patienten als einfühlsam-empathisch, als verständnisvoll und akzeptierend, als für das Wohl des Patienten engagiert, als vertrauenswürdig und zuverlässig, als warm und unterstützend und als kompetent wahrgenommen werden, die die besten Therapieergebnisse erzielen» (Grawe, 2005, S. 299).

Auch in der Arbeit mit Gruppen schafft die Beziehung zu den Teilnehmenden Vertrauen, Kooperation und Motivation. Dadurch alleine entsteht jedoch noch keine Interaktion zwischen den Teilnehmenden als basale Voraussetzung für Gruppenprozesse (vgl. Kap. 3.2.4). Auch Verhaltensänderungen, die durch das bewusstere Wahrnehmen und Transformieren eigener kognitiver und emotionaler Muster entsteht, werden durch Beziehung alleine noch nicht erreicht. Beides, Gruppeninteraktion und Verhaltensänderungen in Gang zu bringen, verlangt von Professionellen auch methodisches Können.

Die von Asen und Scholz beschriebenen Methoden und Übungen sind auch deshalb hilfreich, weil sie durch ihre Konkretheit Sicherheit und Klarheit für die Anwendung des Modells in der Praxis vermitteln. Angesichts der Vielschichtigkeit von Gruppenarbeit und des Facettenreichtums des MFT-Modells ist diese Komplexitätsreduktion förderlich. Die immer wieder beispielhaft aufgeführten Fragen oder Kommentare für MFT-Fachkräfte sind dabei hilfreich, da das Wirkprinzip der Imitation (vgl. Kap. 3.3.6) ja nicht nur Lernen bei Klientinnen und Klienten, sondern auch bei Professionellen begünstigt.

Dabei ist die Anwendung von Methoden nichts Triviales, da es nicht um die Übung an sich, sondern um das Anregen tieferer Prozesse geht. Fehlendes Know-How von Fachkräften kann dazu führen, dass Übungen zu «Spielchen» degradiert werden, welche lediglich an der Oberfläche bleiben und deren Wirkung verpufft (Asen & Scholz, 2015, S. 60).

Sipos und Schweiger (2019, S. 45) weisen auf die Gefahr hin, dass spielerische Übungen bei Teilnehmenden den Eindruck erwecken könnten, Gruppentherapie sei eine Art «Spieltherapie», wodurch sich manche nicht ernst genommen fühlen oder den Sinn der Übung nicht nachvollziehen können. Wenn spielerische Übungen nicht mit der Bearbeitung tieferer Themen verbunden sind, bleiben Lerngewinn und Transfer in den Alltag gering, zumal solche Übungen auch unnötige Scham und Angst auslösen können.

Das Gelingen von methodischen Interventionen hängt in jedem Fall von der Persönlichkeit Professioneller ab, ihrer Glaubwürdigkeit und Identifikation mit der eigenen Methode: «Es ist die Hand, die das Werkzeug führt (Schwing & Fryszer, 2006, S.14)».

Neben der Qualität einer professionellen Beziehung sind ein gutes Verständnis des therapeutischen Prozesses und der konkreten Situation, innerhalb derer eine Intervention als geeignet scheint, weitere Voraussetzungen für den bewussten Einsatz von Methoden und Techniken. Dies dürfte auch für die MFT gelten:

Therapeutische und beraterische Expertise zeigen sich nicht allein in der Beherrschung von Methoden im Sinne technischen Könnens, sondern vor allem im Gefühl für ihre situative Notwendigkeit bzw. Angebrachtheit (Indikation), im Sinne für Timing (wann und wie lange), in der angemessenen affektiven Rahmung und in der Einschätzung der Wirkung der Methode auf

die therapeutische Beziehung und den Fortgang des Therapieprozesses. (Levold, 2016b, S. 222).

Vielmehr als um Interventionen geht es in der Systemische Beratung und Therapie darum, einen Kontext für Selbstorganisationsprozesse zu schaffen. Dabei ist die Berücksichtigung generischer Prinzipien wie die Herstellung von Stabilitätsbedingungen, die Mustererkennung, das Schaffen von Sinnbezug, die Energetisierung und Motivationsförderung, die Destabilisierung, das richtige Timing, die Zielorientierung und das Etablieren neuer Strukturen zentral (Rufer, 2013, S. 35-40).

Auch in der Multifamilientherapie kann ein solches prozess- und kontextorientierten Verständnis psychosozial Arbeitende vor einer allzu starken methodischen Orientierung bewahren. Dass auch MFT immer innerhalb eines Rahmens mit einem sorgfältig geklärten Auftrag stattfinden sollte, gehört mit dazu.

MFT traut Familien konsequent zu, für sich selbst und gemeinsam mit andern Lösungen zu finden. Dennoch sollte die Methode nicht überschätzt oder überfrachtet werden. Belasteten Familien Expertentum für die Bewältigung ihrer Probleme zuzugestehen darf nicht dazu führen, dass Professionelle ihr Fachwissen verschleiern. Insbesondere im klinischen Kontext und bei Symptomatiken mit Krankheitswert sind störungsspezifisches Wissen und Psychoedukation elementar, da sie Heilungsprozesse in psychischen Krisen beschleunigen und Familien Sicherheit vermitteln. Der Klient ist der Experte – therapeutisch Tätige sind es auch.

Nicht zuletzt deshalb weisen Asen und Scholz (2015, S. 14) darauf hin, dass MFT selten als alleiniges Verfahren angewandt wird, sondern meist komplementär und unterstützend zu den häufig multimodalen Behandlungs- und Hilfsmöglichkeiten bei emotionalen und sozialen Störungen. Ergänzende Einzelfamilientherapie und Individualtherapie stellen eine sinnvolle Erweiterung dar (S. 21).

4.2. MFT als Multi-Überforderung?

Multifamilientherapie stellt sowohl für Familien als auch für Fachkräfte eine Herausforderung dar (Asen & Scholz, 2015, S. 22), denn MFT ist komplex: im Hinblick auf die integrierten Methoden, das mitunter störungsübergreifende Grossgruppensetting mit seiner entsprechenden Gruppendynamik, und auf die hohen Anforderungen an Fachkräfte.

4.2.1 Implementierung als Hürde

Diverse Beiträge berichten davon, wie Kolleginnen und Kollegen aus dem klinischen Bereich und der Kinder- und Jugendhilfe MFT erfolgreich integriert haben, weisen jedoch auch auf die nicht zu unterschätzenden Herausforderungen dar, die ein solcher Prozess beinhaltet (Asen & Scholz, 2017).

Obwohl es kaum Sinn ergibt, dass alle Mitarbeitenden eines Teams in der MFT eine Leitungsfunktion übernehmen, müssen doch alle das Konzept verstehen und mittragen. Sonst besteht die Gefahr eines paradigmatischen Risses oder divergenten Handelns in Mitarbeiterteams, was bei Familien störende Irritationen hervorrufen kann. Der nötige Wechsel von einer fürsorglich-versorgenden («hands on») in eine zurückhaltend-reflektierende Haltung («hands off») dürfte für nicht in MFT geschulte Mitarbeitende kaum zu bewerkstelligen sein (Zillessen, 2017, S. 100).

Für Fachleute mit pädagogischem oder pflegerischen Hintergrund stellt dieses Umdenken möglicherweise erst einmal die eigene Berufsidentität in Frage. Aber auch therapeutisch Tätige werden gefordert sein, da eine Integration von MFT wohl in den seltensten Fällen mit einer Erhöhung zeitlicher Ressourcen einhergeht, sondern bestehende familientherapeutische Gefässe ein Stück weit ersetzen soll.

Auch setzt MFT voraus, dass geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen, organisatorische Abläufe geklärt sind und weitere Beteiligte im institutionellen Umfeld bereit sind, auf die spezifischen Bedürfnisse von MFT-Gruppen Rücksicht zu nehmen. Denn eine Therapiegruppe innerhalb eines stationären oder teilstationären Settings existiert nie eigenständig, sondern ist immer Teil eines grösseren therapeutischen Systems, deren Therapieformen sich gegenseitig beeinflussen (Diebels & Schmitz, 2010, S. 176).

Die Implementierung von MFT bedeutet in jedem Fall einen Change-Prozess für Teams, welcher Umsicht, Energie und Zeit benötigt. Analog therapeutisch-beraterischen Prozessen sollten auch hier die nötigen Stabilitätsbedingungen bei Leitung und Mitarbeitenden sowie das richtige Timing gegeben sein. Asen und Scholz (2015, S. 29) verweisen auf die Wichtigkeit einer stabilen Personalsituation und Kontinuität in der Gruppenleitung

4.2.2 Gruppenleitung als Schwierigkeit

In der Auseinandersetzung mit der dem professionellen Rollenverständnis in der MFT fallen die hohen Ansprüche auf, welche an therapeutisch Tätige gestellt werden (vgl. Kap. 2.2). Die Anforderungen in Bezug auf spezifisch gruppentherapeutischer Kompetenzen (Kap. 3.2.4) lassen diese Komplexität noch deutlicher werden.

MFT-Coaches sollen fähig sein, einzelne Teilnehmende wahrzunehmen, familienbasiert zu intervenieren und gleichzeitig den Prozess der Gesamtgruppe zu lenken. Dabei müssen sie für

klare Grenzen Sorgen und gleichzeitig die Verantwortungsübernahme der Eltern fördern – all dies mit einem Gespür dafür, wann Interventionen erforderlich sind und wann auf den Gruppenprozess vertraut werden kann (Imgart & Plassmann, 2020, S. 7).

Selbst für erfahrene Fachleute mit einer soliden Ausbildung in familien- oder gruppentherapeutischer Arbeit wird der Einstieg in die MFT mitunter zu einer Herausforderung. Das Setting setzt ein hohes Engagement, qualifizierte Ausbildung und das Sammeln von Erfahrung voraus.

Nicht zuletzt basiert die erfolgreiche Leitung von MFT-Gruppen im wesentlichen auf der reibungslosen Kooperation von therapeutisch Tätigen, welche ihr Zusammenspiel über einen längeren Zeitraum einüben und sich gut kennenlernen müssen, um eigene Stärken und Schwächen gewinnbringend für den Gruppenprozess nutzen zu können. Schon aufgrund der Länge der Therapie-Einheiten, die mitunter mehrere Stunden kontinuierliche therapeutische Präsenz vorsehen, sind Teams sehr stark auf gegenseitige Verlässlichkeit und Verantwortungsübernahme angewiesen (Asen & Scholz (2015, S. 29).

Eine weitere Gefahr besteht für Leitende in offenen Gruppen darin, bei neu hinzukommenden Familien dem Warmwerden nicht genügend Zeit einzuräumen und die Gruppe zu überfordern, was zu destruktiven, chaotischen und regressiven Dynamiken führt. Hier eine gute Balance zu finden ohne «die alten Hasen» zu langweilen, ist eine Kunst. Denn auch eine zu vorsichtige oder behutsam arbeitende Leitung wird keine Prozesse in Gang bringen (Scholz, 2016, S. 27).

Durch das in Kap. 2.2.1 vorgestellten Regulationsmodell von Imgart & Plassmann (2000, S. 10) lassen sich mögliche Schwierigkeiten für MFT-Leitende in Bezug auf die Gruppendynamik antizipieren: Problemtrance, emotionale Überflutung durch (negative) Affekte, Intellektualisierung oder Oberflächlichkeit angesichts der zu bearbeitenden Themen können durch eine Disbalance in der Prozessnavigation entstehen. Da die Gruppe als Katalysator wirkt, können diese Aspekte in der Grossgruppe eine ganz andere Dynamik entfalten als in kleineren Settings.

4.2.3 Alle in einem Boot?

Eine weitere Schwierigkeit, welche sich besonders im klinischen Kontext ergibt, sind Unterschiede in der Gruppenzusammensetzung. Besteht ein zu grosses Gefälle im psychischen Funktionsniveau, besteht die Gefahr, dass einzelne (Familien) «'auf der Strecke bleiben', weil sie in sehr kurzer Zeit keine Bindung bekommen, nicht in einen interaktiven Arbeitsprozess hineinkommen, sich nicht intensiv einbringen, sich nicht bei anderen 'einklinken' können, nicht verstehen können, was bei anderen vor sich geht usw.» (Tschuschke, 2010a, S. 150).

So dürfte es im klinischen Kontext trotz der Gemeinsamkeit eines kinder- oder jugendpsychiatrischen Aufenthalts des eigenen Kindes für Familien mitunter schwierig sein, sich

mit andern «in einem Boot» zu fühlen resp. sich mit der Situation anderer zu identifizieren, wenn kulturelle Realitäten oder Bildungshintergründe sehr verschieden sind. Psychische Krisen kommen in den besten Familien vor, und so habe ich in meiner tagesklinischen Arbeit mit Unidozenten, Barbetreiberinnen, Ärztinnen oder Schweissern zu tun, privilegierte Oberschichtsfamilien treffen auf Sozialhilfebeziehende und gesunde auf psychisch labile oder kranke Eltern. Diese Welten zu verbinden und genügend Zusammengehörigkeitsgefühl (Kohäsion) zu schaffen hat auch seine Grenzen, zumal ein störungsübergreifendes Setting nochmal Unterschiede hervorbringt – die familiären Realitäten eines 14-Jährigen mit ADHS und einer 18-Jährigen mit Depression können stark auseinandergehen. Diese Herausforderung ergab sich auch immer wieder in meiner gruppentherapeutischen Arbeit mit Jugendlichen, wenn etwa äusserst Schüchterne und Zurückhaltende auf sehr Sozialkompetente und Reflektierte trafen, was Über- und Unterforderung hervorbrachte und dazu führte, dass phasenweise nicht alle von der Gruppe profitierten. Hier wird auch der unschlagbare Vorteil von Einzel(familien)settings wieder deutlich: es ermöglicht Menschen genau dort abzuholen, wo sie gerade stehen, Anschlussfähigkeit zu überprüfen und sehr individuell zu intervenieren.

4.2.4 Wenn die Gruppe zur Belastung wird

Nicht nur für Fachkräfte, sondern auch für Teilnehmende sind MFT-Gruppen eine Herausforderung, da Gruppen an sich einen anderen Anforderungscharakter mit sich bringen als eine Beraterisch-therapeutische Dyade. Vor anderen Menschen über persönliche Themen zu sprechen und sich damit gewissermassen zu «outen», bringt eine ungleich höhere Angst eines möglichen Missbrauchs mit sich als im Einzelsetting (Tschuschke, 2010b, S. 13). Auch das Risiko beschämender Erfahrungen ist höher, da viele psychisch belastete Menschen negative Gruppenerfahrungen gemacht haben, welche rasch getriggert werden können (vgl. Kap. 3.2.5).

Frühmann (2013, S. 47) hält fest, dass es ein Irrtum sei zu glauben,

dass sich in der Zusammenkunft von Menschen oder Gruppen per se heilende Wirksamkeit entfaltet. Gerade in Gruppen, wo fremde Menschen aufeinander treffen – und dies gilt insbesondere für PatientInnengruppen –, reaktivieren sich sehr rasch auch die bedrohlichen Erfahrungen, welche die PatientInnen in komplexen Sozialisationsprozessen mit ihren durchlebt haben. Schutzbedürfnis, Misstrauen, Angst, mitgebrachte Kränkungen, Enttäuschungen und Täuschungen, Beziehungsverluste sowie traumatische Erfahrungen und andere Störungen sind längst zu inneren Drehbüchern für Einzelne geworden.

Die Herausforderungen in psychotherapeutischen Gruppen dürfen nicht unterschätzt werden:

Reinszenierung konflikthafter und manchmal traumatischer Konstellationen, komplexe und teilweise unüberschaubare Interaktionen, sich stark verändernde und bisweilen hohe emotionale Intensität und Anspannung, ein schnell wechselnder Aufmerksamkeitsfokus, und kaum vorhersehbare Konsequenzen eigenen Tuns wegen der Vielfältigkeit der Perspektiven und möglicher Reaktionen der Teilnehmenden aufeinander (Bolm, 2014a, S. 309).

Diese Intensität des Gruppenprozesses kann zu Überforderung bei Menschen führen, die eher unterstützende, entlastende und strukturierende Interventionen benötigen (Mattke, Zeek & Strauss, 2012, S. 413).

Nicht jeder Patient und jede Patientin passt in jede Gruppe. Bei Kindern und Jugendlichen sollten wenigstens eine mässige Fähigkeit zur Frustrations- und Unlusttoleranz sowie eine mässige Fähigkeit zur Wahrnehmung, Differenzierung und Steuerung von Affekten gegeben sein (Trautmann-Voigt & Voigt, 2019, S. 13).

Erfahrungsgemäss können Gruppen besonders bei Kindern und Jugendlichen mit autistischen oder emotional-instabilen Zügen massiven Stress auslösen und überfordernd wirken. Ihre Mentalisierungsfähigkeit und die damit einhergehende Möglichkeit, emotionalen Stress zu regulieren, ist oft eingeschränkt. Hier braucht es besondere Anstrengungen, um Spannungsregulation zu ermöglichen, gegebenenfalls auch durch Auszeiten von der Gruppe oder das Einnehmen einer sicheren Beobachterposition am Rand.

Wenn Gruppenleitende die störungsspezifische Belastungen einzelner nicht berücksichtigen, dann machen sie die Rechnung gewissermassen ohne den Wirt. In diesem Zusammenhang erinnere ich mich an einen Angehörigenanlässe in unserer Tagesklinik, bei dem wir mit Eltern und Jugendlichen getrennte Gesprächsrunden durchführten. Die erstmalige Teilnahme eines Geschwisters löste bei einer jungen Patientin mit Borderlinesymptomatik eine heftige Krise aus, die zum Einschluss in eine Toilette und Selbstverletzung führte.

Manche der hier beschriebenen Herausforderungen dürften auch bei (psychisch belasteten) Eltern zum Tragen kommen, wenn auch in deutlich geringerem Ausmass. Die grösste Anforderung an Eltern besteht bei MFT vermutlich darin, die dafür nötigen zeitlichen Ressourcen mit der eigenen beruflichen Tätigkeit zu vereinbaren, da die Gruppen meistens tagsüber und unter der Woche stattfinden – denn MFT als fixer Bestandteil eines Angebots bedeutet, dass die Teilnahme mindestens eines Elternteils obligatorisch ist. Bei working-poor-Familien, oft auch mit Migrationshintergrund, kann dies unter Umständen schwer zu realisieren sein. Hier müssen gute Lösungen gefunden werden, damit nicht gerade Kindern aus unterprivilegierten Verhältnissen der Zugang zu einem Angebot verwehrt bleibt.

5. Der Transfer gruppentherapeutischen Wissens in die MFT

Gruppenpsychotherapeutische Überlegungen zu einem professionellen Rollenverständnis bereichern die MFT, indem sie zu einem vertieften Arbeitsverständnis mit Gruppen führen. Die Integration spezifisch psychodynamischer Konzepte muss differenziert und in Bezug auf ihren Entstehungskontext betrachtet werden. Diese Konzepte ergänzen die MFT da sinnvoll, wo sie in ein systemisches Verständnis eingebettet werden können und zu einer Auseinandersetzung mit Ambivalenz, interaktiven Gruppenphänomenen und der Nutzung eigener Resonanz führen.

Gruppenpsychotherapeutisches Wissen macht zudem die Wirksamkeit der MFT-Praxis besser verstehbar. Das daraus entstehende differenzierte Verständnis kann Gruppenleitende darin unterstützen, Wirkfaktoren gezielt zu verstärken und Prozesse effektiv zu gestalten.

5.1. Erweiterung des therapeutisch-beraterischen Verständnisses

In den Kapiteln 2.2 und 3.2. wurde aufgezeigt, an welchen übergeordneten Prinzipien sich eine professionelle Haltung in der Multifamilien- als auch in der Gruppenpsychotherapie orientiert. Interessant ist, dass sich diese nicht unbedingt überschneiden, sondern vielmehr ergänzen.

Asen und Scholz (Scholz, 2017, S. 27/28) legen in der MFT ihren Fokus primär darauf, auf der Basis einer systemisch-ressourcenorientierten Haltung Hilfesuchende Expertentum zuzugestehen. Dabei steht das dynamisch-flexible Aktivitätsniveau auf Seiten der Fachkräfte im Zentrum, die mit einer anwärmenden, verbindenden und kreisenden Haltung fließend ins Methodische übergeht und aus dem sich konkrete Handlungsanweisungen ergeben.

Das vorwiegend durch eine psychodynamisch-interaktionelle Sichtweise geprägte gruppentherapeutische Rollenverständnis orientiert sich zwar ebenso an einer empathisch-wertschätzenden Grundhaltung, zeigt jedoch noch andere Facetten auf, welche auch für die Arbeit mit MFT nützlich sein könnten:

Der Grundsatz der *wachen Präsenz* verdeutlicht den Wert einer aufmerksamen, offenen Arbeitshaltung, bei der es darum geht, möglichst viel vom Geschehen mitzubekommen – in Bezug auf das eigene Denken und Fühlen (selbstmentalisiert) und in Bezug auf die Interaktionen in der Gruppe (fremdmentalisiert). Was banal klingt, ist in der Praxis anspruchsvoll und kann dazu anregen, über einen achtsamen Umgang mit sich selbst nachzudenken: Wie stimme ich mich auf die anstehende Arbeit mit der Gruppe ein? Wie bekomme ich einen freien Kopf, bevor ich mich ins gruppenspezifische Geschehen stürze? Und wie gelingt es mir, während mitunter turbulenter und mehrstündiger MFT-Einheiten meine Präsenz immer wieder aufzufrischen? Wache Präsenz kann

als umfassendes Gewährsein in Bezug auf eigene emotionale Zustände verstanden werden, was die eigene Selbstregulation erleichtert.

Diese ist für therapeutisch Tätige eine Voraussetzung, um assoziativ und kreativ reagieren zu können (Imgart & Plassmann, 2020, S. 9).

Containing kann als engagierte Bereitschaft von Gruppenleitenden verstanden werden, sich für die Gruppe quasi als Gefäß zur Verfügung zu stellen und auch Schwieriges bewusst mitzutragen oder für gewisse Zeit auszuhalten. In einem Kontext, welcher primär die Förderung von Veränderungsprozessen beabsichtigt, kann *Containing* Fachleute auf wohlthuende Weise in der Akzeptanz momentaner Schwierigkeiten unterstützen und die Wirksamkeit eines präsenten Da-Seins (neben intervenierendem Tun) unterstreichen. Das Prinzip des *Containing* macht besser verstehbar, wie Professionelle durch ihre Präsenz den Raum halten können.

In der Auseinandersetzung mit MFT kann mitunter der Eindruck entstehen, dass Gruppenleitende nicht so wichtig sind, etwa wenn Asen und Scholz (2015, S. 25) von «Therapeuten auf dem Rücksitz» oder «Therapeuten als Copiloten» sprechen. Die Auseinandersetzung mit der eigenen *Modellfunktion*, nicht zuletzt vor dem Hintergrund von *Imitation und Identifikation* (vgl. Kap. 3.3.6), lässt Gruppenleitende ihre Wirkung auf die Lernprozesse in der Gruppe differenzierter erkennen. Vorbildhafte Fachkräfte prägen auch in der MFT eine Gruppenkultur entscheidend mit.

Die im Kontext der Gruppenpsychotherapie genannten *therapeutischen Eigenschaften* resp. *Führungs- und Leitungskompetenzen* vermitteln MFT-Fachkräften Orientierung und ergänzen die von Asen & Scholz beschriebene therapeutische Position in sinnvoller Weise, da sie handlungsleitend wirken. Sie präzisieren unter anderem, wie der Raum in der therapeutischen Gruppenarbeit geschützt werden kann. Mit der Kenntnis gruppaler Phasen, welche im MFT-Konzept keinen Raum finden, können Leitende Stimmungen in der Gruppe besser einordnen. Allerdings dürften in den weit verbreiteten halboffenen MFT-Gruppen die beschriebenen Phasen weniger deutlich ausgeprägt und erkennbar sein, da fortlaufend neue Familien dazustossen.

Ein vertieftes, psychodynamisches Verständnis von *Scham* und deren Regulation in Gruppen scheint auch für die Multifamilientherapie essentiell – gerade in der Arbeit mit Adoleszenten, die sich möglicherweise für das Verhalten ihrer Eltern oder ihre eigene «Sichtbarkeit» in der Gruppe schämen. Schamsensibilität kann als eine weitere wichtige Eigenschaft von Gruppenleitenden angesehen werden und bereichert den MFT-Ansatz, der diesen Aspekt nur ganz am Rande aufnimmt.⁵

⁵ Auch aus systemischer Sicht ist eine gelingende Regulierung von Scham in Beziehungen bedeutsam und für den Aufbau eines Beraterisch-therapeutischen Systems entscheidend (Weinblatt, 2016).

Gruppenpsychotherapeutische Überlegungen zu einem professionellen Rollenverständnis können die eigene Haltung in der Arbeit mit Gruppen bereichern, indem sie zu einem differenzierten Verständnis von Gruppenarbeit beitragen. Sie sensibilisieren für gruppenspezifische Aspekte und wirken dem technizistischen Aspekt der MFT entgegen. Durch ihren universellen Charakter erweisen sie sich als anschlussfähig für das systemische Arbeiten im Rahmen der MFT.

5.2 Sinn und Unsinn psychodynamischer Konzepte in der MFT

Der Transfer einer spezifisch gruppenspsychotherapeutischen Haltung in die MFT wird da anspruchsvoller, wo sich diese an psychodynamischen Begrifflichkeiten wie dem *Gruppenwiderstand* (vgl. Kap. 3.2.6) oder der *Übertragung und Gegenübertragung* (vgl. Kap. 3.2.7) orientiert. Diese Konzepte implizieren nicht nur ein bestimmtes Rollenverständnis, sondern auch eine gewisse Methodik.

Gruppentherapien mit tiefenpsychologischem Schwerpunkt zielen explizit darauf ab, dass Teilnehmende alte Beziehungserfahrungen auf die anderen Gruppenteilnehmenden inklusive der Leitung übertragen, um die dabei auftretenden Abwehrmechanismen und Widerstände dann gemeinsam «durchzuarbeiten» (Bleckwedel 2008, S. 109/110).

Was innerhalb des in sich geschlossenen psychodynamischen Begriffs- und Therapiesystems völlig schlüssig ist, ergibt im Rahmen der systemischen Multifamilientherapie nur bedingt Sinn, da sich Setting und Vorgehensweise unterscheiden.

Dennoch vergeben sich MFT-Leitende eine Chance, wenn sie diese (mitunter etwas sperrig wirkenden) Konzepte vorschnell als verstaubt oder «unsystemisch» verwerfen. Die Frage, inwiefern psychodynamische Konzepte das eigene Rollenverständnis in der Praxis mit MFT bereichern können, muss differenziert betrachtet werden – in einem ersten Schritt entlang einer grundlegenden begrifflichen Auseinandersetzung und später spezifisch im Hinblick auf deren Nutzen für die Gruppenarbeit.

5.2.1 Gruppe im Widerstand?

Jeder beraterisch-therapeutische Prozess, sei es im Einzel- oder Gruppensetting, geht mit Kräften einher, die der Veränderung entgegenwirken. Dennoch ist der Begriff des *Gruppenwiderstands* im Kontext der MFT nicht unproblematisch, denn er kann implizieren, dass sich Gruppenteilnehmende widerspenstig gegen das von wissenden Leitenden ersonnene «heilsame Prozedere» stellen. Aus systemischer Sicht ist diese Auffassung verkürzt, da sämtliches Verhalten immer in Interaktionen entsteht und Ausdruck von Wechselwirkungen innerhalb eines bestimmten Kontextes ist.

Systemische Beratung und Therapie gehen davon aus, dass sich im Widerstand berechtigte Einwände gegen eine bestimmte Intervention oder zumindest Zweifel an der Sinnhaftigkeit des

Zeitpunkts äussern. Dies ist aus systemischer Sicht nicht störend, sondern erwünscht, da Klientinnen und Klienten damit eine wichtige Rückmeldung zur Passung in der therapeutischen Vorgehensweise geben. Widerstände können zudem auf eine mangelnde Übereinstimmung bei den Zielen, auf ein starkes Autonomiebedürfnis oder eine grundlegende Angst vor Veränderung zurückzuführen sein (Wagner, 2020, S. 298). So können Widerstandsphänomene zunächst als Bemühung um Balance in Veränderungsprozessen angesehen und wertgeschätzt werden (Bleckwedel, 2008, S. 112). Erst unter Berücksichtigung des Kontextes und der Beiträge aller Beteiligten wird deutlich, ob der gerade praktizierte «Widerstand» nicht als «deutliches Zeichen gesunder, kompetenter Reaktion» verstanden werden kann» (Schmidt, 2016, S. 7).

Dieser Grundsatz kann ohne weiteres auch auch für schwieriges Verhalten von Gruppenteilnehmenden gelten. Gerade Menschen mit negativen Gruppenerfahrungen haben ihre guten Gründe, Gruppen mit Widerständen zu begegnen – nicht zuletzt aus der Angst vor einer möglichen Retraumatisierung (vgl. Kap. 4.2.4).

Der Begriff der *Ambivalenz* scheint für ein systemisches Prozessverständnis stimmiger, da er beide Seiten, die der Veränderung und die des Bewahrenswerten, als gleichberechtigt ansieht.⁶

Auch im Kontext therapeutischer Gruppen kann davon ausgegangen werden, dass Teilnehmende grundsätzlich ambivalent sind, etwa mit der elementaren Freude sich zu zeigen und der Angst vor Beschämung (Bleckwedel 2008, S. 31). Demzufolge dürfte es also weniger um ein Minimieren von Widerstand, sondern um ein cleveres Managen von Ambivalenzen in der Gruppe gehen. Nicht zuletzt dürften auch Gruppenleitende selber oft ambivalent sein, was Passung und Timing von Übungen oder Interventionen in der Gruppe angeht. Eigene Ambivalenzen gegenüber der Gruppe anzusprechen kann hier im Sinne einer Selbstoffenbarung (vgl. Kap. 3.2.2) hilfreich sein um zu vermitteln, dass Gefühle der Unsicherheit in anspruchsvollen Gruppenprozessen auch dazugehören dürfen.

Steve de Shazer (2010, S. 106) hatte Widerstand zu einem Kooperationsangebot umgedeutet: Im Sinne eines solchen «Reframings» kann das Minimieren von «Gruppenwiderstand» als das konstante Optimieren von Kooperationsbedingungen im Gruppenprozess gesehen werden.

Unabhängig von Begrifflichkeiten ist die Auseinandersetzung mit herausforderndem oder problematischem Verhalten für die Leitung von Gruppen wesentlich. Professionelle tun auch im Rahmen der MFT gut daran, bei auftretenden Schwierigkeiten oder Sand im Getriebe nicht einfach «mehr desselben» zu tun, sondern innezuhalten und mentalisierungsbasiert ausgedrückt «die Pausentaste zu drücken» – z. B. indem sie mit der Gruppe darüber reflektieren, was gerade schief läuft. Der von Ruth Cohn (1975, S. 122) im Rahmen der Themenzentrierten Interaktion eingeführte Grundsatz «Störungen haben Vorrang» unterstützt diese Haltung in der Leitung von Gruppen.

6 Vgl. u.a. Miller & Rollnick, 2015, S. 20 - 22

Leitende sollten dabei nicht vergessen, dass für Familien allein die Teilnahme an einer Gruppe an sich oft schon keine Selbstverständlichkeit ist. Dieses Bemühen explizit wertzuschätzen, kann eine einfache und hilfreiche Intervention sein.

5.2.1 Übertragung in der MFT?

Die Psychoanalyse ist die einzige Therapiemethode, bei der die Bearbeitung der Übertragungsbeziehung als zentraler therapeutischer Wirkfaktor konzeptualisiert wird (Wagner, 2020, S. 295). Damit unterscheidet sie sich konzeptuell klar von der Multifamilientherapie, welche die aktuellen Beziehungen zu anwesenden engen Bezugspersonen fokussiert. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass das zielorientierte, aktiv-dynamische Setting der MFT mit häufig wechselnden Rollen aller Beteiligter Übertragungen stark entgegenwirkt.

Wagner (2020, S. 294) spricht sich klar gegen die Verwendung des Begriffs der Übertragung und Gegenübertragung in der systemischen Arbeit aus. Der Begriff sei «theoriegeladen». Dass sich frühere Beziehungserfahrungen im aktuellen Beziehungsverhalten der Klienten ausdrücke sei eine «Selbstverständlichkeit», welche auch alltagssprachlich formuliert werden könne. Zudem impliziere das Konzept ein «Macht- und Wissensgefälle zwischen dem 'Überträger', der unbewusst seine inneren Konflikte ausagiert, und dem 'Gegenüberträger', der analysierend und wissend seine eigenen Gedanken, Gefühle und Impulse kontrollieren muss» (S. 296). Aus einer systemischen Perspektive schlägt Wagner den Begriff der «Einladung» vor, bei denen störungsspezifische Interaktionsmuster als Einladungen gesehen werden, denen sich therapeutisch Tätige gegenübersehen und demnach entscheiden, ob sie diese annehmen oder ausschlagen wollen.

Wagners allgemeine Kritik am Übertragungsbegriff ist aus systemischer Sicht berechtigt, da er der Zirkularität von Beziehungen im Sinne eines wechselseitigen Prozesses zu wenig Rechnung trägt, denn auch therapeutisch Tätige «übertragen» und lösen damit bei den Klientinnen und Klienten etwas aus (genau so wie auch Profis eigene Widerstände haben dürften). Das Konzept der «Einladung» wirkt auch für das gruppensystemische Geschehen stimmig und sinnvoll. Dennoch entsteht bei mir der Eindruck, dass mit der gänzlichen Ablehnung des Modells das «Kind mit dem Bade» ausgeschüttet wird, zumal mit der Ablehnung von *Übertragung* auch gleich die *Gegenübertragung* von Bord geworfen wird.

Das Übertragungskonzept muss nicht mit einem unnötigen Machtgefälle einhergehen⁷, und dass systemische Profis Interaktionen analysieren und daraus Hypothesen ableiten, gehört zu ihrer Aufgabe – ebenso wie die Kontrolle eigener Impulse. Und konzeptualisiert nicht auch die

⁷ Die Sichtweise therapeutisch Tätiger als neutral und wissend wurde von psychoanalytischer Seite im Zuge der intersubjektiven Wende revidiert (Stierlin, 2001, S.228).

systemische Therapie beispielsweise mit Zirkularität «Selbstverständliches», um etwas explizit und damit besser nutzbar zu machen?

König (2010, S. 95) hält fest, dass Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene nicht ausgelöscht werden, nur wenn man diese ignoriert oder anders benennt – sie sind ein universelles kommunikatives Phänomen, welches unabhängig vom Setting beobachtet werden kann. Oder in Anlehnung an Watzlawick ausgedrückt: «Man kann nicht *nicht* übertragen» (Grawe, Donati & Bernauer, 1994, S. 704). Obwohl nicht so benannt, weisen Asen & Scholz (2015, 60) auf Gegenübertragungsphänomene in der Arbeit mit Familien hin; etwa dann, wenn sich therapeutisch Tätige in enge und komplizierte Interaktionen verwickeln lassen und sich dadurch als paralysiert resp. nicht mehr handlungsfähig erleben.

In Kapitel 3.2.7 habe ich dargestellt, wie Profis Beziehungsdynamiken in Gruppen mit der Kenntnis von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen besser einordnen können. In Bezug auf die MFT scheint dies besonders da gewinnbringend, wo therapeutisch Tätige sich selbst mittels verfeinerter Selbstwahrnehmung als Resonanzkörper nutzen, um Informationen zur aktuellen Stimmung und Dynamiken in der Gruppe zu erhalten. Diese «Antennen» für latente Gruppenstimmungen zu kultivieren, stellt eine wichtige Eigenschaft von Leitungspersonen dar und erweitert das beraterisch-therapeutische Rollenverständnis auch in Hinblick auf körperliche Aspekte (vgl. Kap. 3.2.7).

Vor diesem Hintergrund erstaunt mich, dass der komplexe interaktionsfokussierte systemische Ansatz das Übertragungskonzept nicht für sich nutzbar macht. Auch in adaptierter Form (z. B. als mögliches Modell einer «Resonanzanalyse») findet es sich in keinem der grossen Lehrbücher. Dabei wird ja gerade bei der Aufstellungsarbeit als systemischer Paradedisziplin und gruppentherapeutisches Verfahren dieses Phänomen explizit genutzt, wenn auch nicht oder anders benannt.

Grundsätzlich ist das Übertragungsmodell auch ausserhalb psychodynamischer Settings nutzbar. Rheinberger (2009) verweist auf dessen Nutzen im systemischen Coaching, Mende (2009) auf die Anwendung in der lösungsorientierten Hypnotherapie und Dold (2017, S. 155) bezieht das Konzept (wenn auch lediglich am Rande) in der systemischen Paar- und Familienberatung mit ein. Ohne den Übertragungsbegriff zu verwenden schildert Gunther Schmidt (2004, S. 198-208) aus seiner praktischen systemtherapeutischen Tätigkeit eindruckliche Beispiele, wie er sein eigenes, mitunter heftig ausfallendes emotionales Erleben als Chance nutzte, um hilfreiche Hypothesen über Muster im Klientensystem zu formulieren. Dabei ermutigt er, eigene unwillkürliche und intuitive Reaktionen als kompetente Wahrnehmungen auf vor-bewusster Ebenen wertzuschätzen. Dies auch in der Arbeit mit MFT-Gruppen, insbesondere auf der Ebene der Grossgruppe (vgl. Kap.

2.2.1) zu nutzen ist naheliegend und vergrössert die Anzahl der Möglichkeiten im Foersterschen Sinne.

Imgart & Plassmann (2020, S. 11) zeigen erstmals auf, wie MFT-Teams ihre resonante Wahrnehmung in Bezug auf das Gruppengeschehen nützen können, um die einzelnen Ebenen im Prozess (vgl. Kap. 2.2.1) besser ausbalancieren zu können. Dabei geschieht die Beurteilung, ob eine Bewegung in die Richtung einer der Ebenen passend ist, durch eine Resonanz des Therapeutenteams auf die emotionalen Inhalte der Gruppe (Affektresonanz) und auf den Prozess der Behandlung (Prozessresonanz). Diese beinhaltet die «Wahrnehmung des Therapeutenteams wie es jedem Einzelnen, jeder Familie und der MFT-Grossgruppe mit dem derzeit ablaufenden Behandlungsprozess geht und ob der Behandlungsprozess eine Unter- oder Überforderung darstellt» (ebd.). Eigene Resonanzen zu nutzen kann in der MFT nicht nur der Navigation im Prozess dienlich sein, sondern auch um Hypothesen zu unterschwellig vorhandenen Kernthemen in der Grossgruppe zu bilden.⁸

Ob die Verwendung des Übertragungsbegriffs in der Arbeit mit MFT hilfreich ist, müssen Professionelle letztendlich für sich entscheiden. Der Begriff der *Resonanz* und deren Nutzung mag sich für systemisch Denkende als anschlussfähiger an das eigene Arbeitsverständnis erweisen.

Die Welten der äusseren Systeme und der inneren Psychodynamik mögen auf den ersten Blick gegensätzlich wirken. Indem Asen und Scholz das Mentalisierungskonzept und gruppentherapeutische Wirkprinzip in ihrem Ansatz der MFT integrieren, zeigen sie nicht nur auf, dass ein solch schulenübergreifendes Denken möglich, sondern auch fruchtbar sein kann. MFT ist für mich ein gutes Beispiel dafür, wie sich systemische Ansätze nach einer Phase forcierter Abgrenzung von der Psychoanalyse schrittweise weiterentwickeln, in dem sie schulenspezifische Wirkfaktoren anerkennen und miteinander in Verbindung bringen.

⁸ In diesem Zusammenhang wird als Beispiel von den Sorgen eines MFT-Teams im Anschluss an eine Essstörungsgruppe berichtet, den hohen Ansprüchen der Eltern nicht zu genügen. In einer anschliessenden, gemeinsamen Besprechung wird vermutet, dass sich die Angst vor Abwertung auf Seiten der Eltern im Sinne einer Affektansteckung auf die Therapeuten übertragen hat. Hypothetisch geht das Team anschliessend von einer grossen Unsicherheit der Eltern aus, welche durch ein hohes Leistungsideal verdrängt wird. Zudem lassen sich mögliche Rückschlüsse über das Erleben der Kinder schliessen, welche möglicherweise einen ähnlichen Leistungsdruck spüren (Imgart & Plassmann (2020, S. 12).

5.3 Erweiterung des Verständnisses in Bezug auf die Wirksamkeit von Gruppenarbeit

Inwieweit kann das gruppentherapeutische Wissen um spezifische Wirkfaktoren (vgl. Kap. 3.3) die Wirkungsweise der MFT besser verstehbar machen? Im folgenden werden die entsprechenden Faktoren miteinander in Bezug gesetzt und verglichen.

Wirkprinzipien der MFT nach Asen & Scholz (2015)	Entsprechendes Wirkprinzip der GT nach Yalom (2010)
Förderung von Solidarität. <i>«Wir sitzen alle im gleichen Boot.»</i>	Gruppenkohäsion.
Stigmatisierung und schambedingte Isolation überwinden <i>«Wir sind ja nicht die Einzigen.»</i>	Universalität des Leidens.
Anregung zu neuen Sichtweisen und Perspektiven: <i>«Ich sehe sehr genau beim anderen Dinge, für die ich bei mir selbst blind bin.»</i> Selbstreflexion stärken: <i>«Ich sehe mich hier genauer und anders.»</i> Gegenseitige Unterstützung und Rückmeldung: <i>«Toll wie ihr das macht – und wie seht ihr uns?»</i>	Interpersonales Lernen.
Voneinander Lernen: <i>«Wie die anderen das machen, finde ich gut.»</i> Neue Verhalten-/ Erziehungsmuster im «Schonraum» üben: <i>«Ich kann hier etwas ausprobieren, auch wenn es mal schiefgeht.»</i> Kompetenzen entdecken/ erweitern: <i>«Ich kann doch mehr, als ich dachte, ich bin doch gar nicht so hilflos.»</i>	Imitation/ Entwicklung sozialer Kompetenz.
Sich in andern gespiegelt sehen: <i>«Wir sind wie ihr.»</i>	Identifikation.
Hoffnung wecken: <i>«Licht am Ende des Tunnels, auch für uns.»</i>	Hoffnung.
Offenheit durch «öffentlichen» Austausch schaffen: <i>«Niemand verteufelt mich, ich kann mich öffnen.»</i>	Selbstöffnung und Katharsis.

Tabelle 1: Wirkfaktoren der Multifamilien- und Gruppentherapie im Vergleich (eigene Darstellung).

Es wird deutlich, dass sich die meisten der Wirkprinzipien in der MFT direkt auf diejenigen der Gruppentherapie beziehen oder sich mit diesen verbinden lassen. Beide Ansätze wirken, in dem sie das Leid Teilnehmender deindividualisieren und entpathologisieren – einer der grundlegendsten Wirkfaktoren systemischen Arbeitens überhaupt.

Der von Asen und Scholz (2015, S. 20) zusätzlich benannte Wirkfaktor des positiven Gruppendrucks resp. das Verpflichtungsgefühl, welches durch die Teilnahme an einer Gruppe entsteht, wurde zwar von Yalom nicht genannt, dürfte aber in gruppenpsychotherapeutischen Settings genau so zum Tragen kommen. Das *Experimentieren mit Pflegefamilien und Surrogaten* («Ich kann mit anderen Kinder ganz gut – und wie deine Eltern mit meinem Kind umgehen, ist klasse») und *Intensivieren von Erleben* («Hier brodelt es, es tut sich was») sind dagegen eher MFT-spezifisch, da sie sich direkt mit den für die MFT charakteristischen Übungen und Aktivitäten in Verbindung setzen lassen. Die *Entwicklung sozialer Kompetenz*, wie sie in beiden Settings zum Tragen kommt, lässt sich in der MFT mit der Stärkung von Selbstwirksamkeits- und Kontrollerleben von Eltern verbinden.

Das grundlegende Prinzip des *Hier und Jetzt* in der Gruppenpsychotherapie (vgl. Kap. 3.3.1), aus dem sich sämtliche Wirkfaktoren ergeben, ist vermutlich auch in der MFT zentral, da auch dort das aktuelle Erleben und die gegenwärtige Beziehungsdynamik der Teilnehmenden ausgeleuchtet wird. Imgart und Pletsch (2020, S. 9) stützen diese Hypothese in Bezug auf die MFT, wonach sich «in den Abstimmungsprozessen in der Familiengrossgruppe zentrale Familiendynamiken reinszenieren und die Dynamik der Grossgruppe ein Resonanzraum für die zentralen emotionalen Prozesse der Familien darstellt». Dabei beziehen sie sich auf eine Untersuchung⁹, in welcher nachgewiesen wurde, dass jeder Patient mit Mitpatienten und mit dem Behandlungsteam seine zentralen Beziehungskonflikte reinszeniert, was sich in sogenannten Mikroszenen beobachten lässt (ebd.).

Aufrund des Grossgruppensettings mit Familien dürfte dem Aspekt der *Identifikation* in der MFT nochmals eine andere Bedeutung zukommen als in kleineren, gruppenpsychotherapeutischen Gruppen.

MFT-Settings begünstigen die Subgruppenbildung, in dem sich die Väter, Mütter und Kinder über eigene emotionale Themen identifizieren und sich untereinander zusammenschliessen. Dies kann dazu führen, dass die Grossgruppe so interagiert, als ob sie eine Familie wäre. Daraus ergeben sich andere Herausforderungen, aber auch erweiterte Chancen in Bezug auf den therapeutischen Prozess (Imgart & Plassmann, 2020, S. 9)

9 Stasch, Cierpka, Hillenbrand und Schmal

Die Auseinandersetzung mit Wirkfaktoren zeigt plastisch auf, dass MFT kein isoliertes, sondern ein gruppenpsychotherapeutisches Verfahren ist und dabei unterstützen kann, deren Wirkungsweise besser einordnen und verstehen zu können. Prinzipien, die von Asen und Scholz nur implizit genannt werden, werden durch Yalom in ihrer Tiefe versteh- und differenzierbar. Dieses Wissen kann Fachleute dabei unterstützen, Wirkfaktoren besser zu erkennen und dadurch gezielt zu verstärken. Im besten Fall lassen sich Wirkprozesse so effektiver gestalten.

5.4. Die Verbindung der Ansätze als Modell

Die nachfolgende Abbildung stellt den Versuch dar, die Verbindung gruppenpsychotherapeutischen Wissens in Bezug auf die MFT modellhaft zu darzustellen.

Es wird deutlich, dass MFT innerhalb eines Feldes stattfindet, welches die Systeme Individuum, Familie und Grossgruppe umfasst. Alle drei Ebenen sind während des Prozesses miteinander verknüpft und sie durchdringen und beeinflussen sich im Rahmen zirkulärer Wechselwirkungen gegenseitig. Einzelne Teilnehmende stehen nicht nur mit ihrem zugehörigen Familiensystem in Verbindung, sondern vermögen die Grossgruppe zu beeinflussen. Umgekehrt kann auch die Dynamik in der Grossgruppe Einfluss auf die Prozessebenen von Familien oder Einzelnen haben. Im Sinne einer Kybernetik 2. Ordnung ist natürlich auch das therapeutische Team Teil dieses Systems und steht mit allen drei Ebenen in einer Wechselwirkung.

Die Rahmung des Systems bildet die therapeutische Präsenz, die durch bestimmte Eigenschaften und regulatorische Funktionen auf die verschiedenen Prozessebenen einwirkt. Diese Präsenz basiert auf dem professionellen Rollenverständnis und der methodenspezifischen Haltung, wie sie in den Kapiteln 2.2 und 3.2 herausgearbeitet wurden. Die beiden explizit psychodynamischen Konzepte resp. Begrifflichkeiten werden dabei in adaptierter Form integriert (vgl. Kap. 5.2).

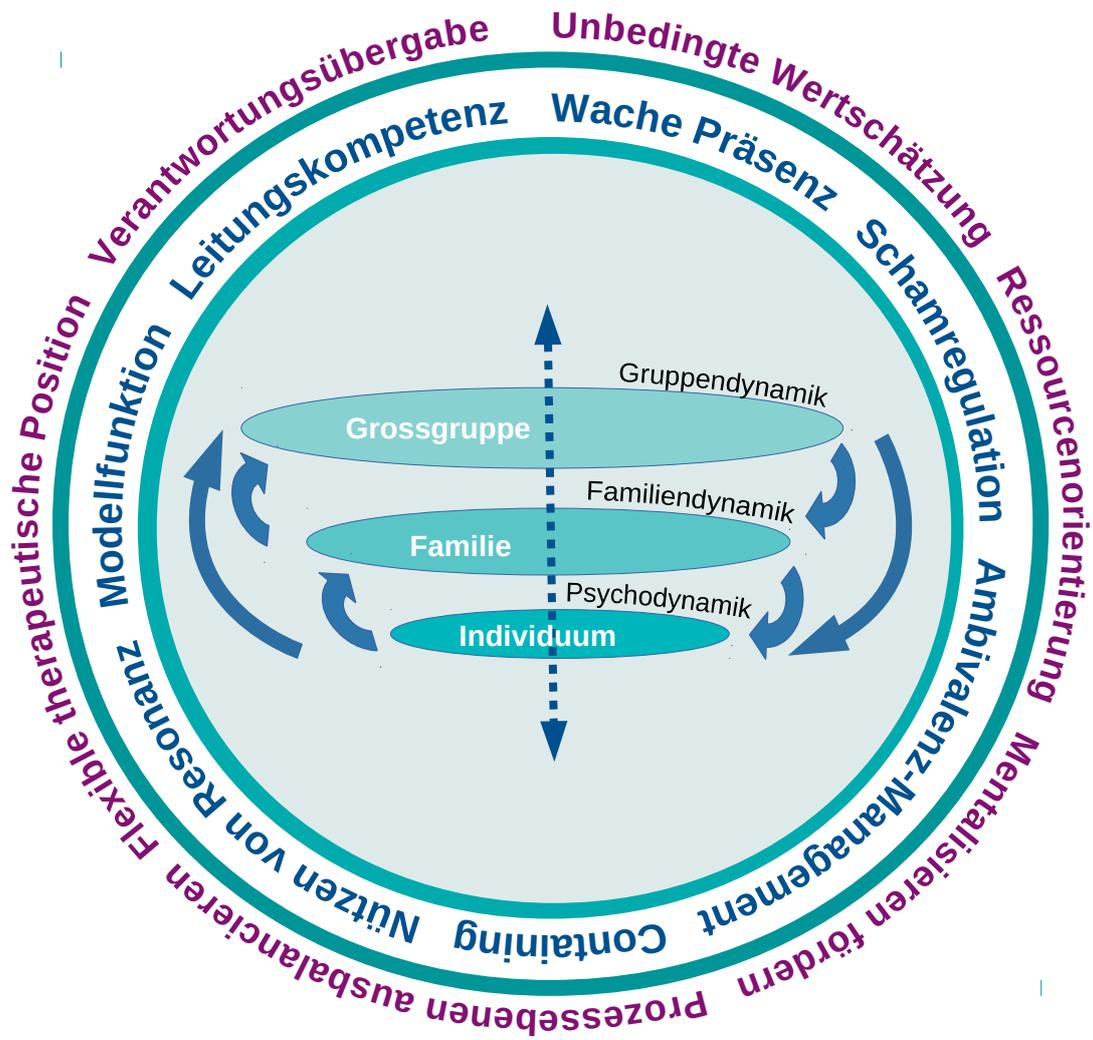


Abb.4: Die Verbindung von Gruppenpsychotherapie und MFT im Modell (eigene Darstellung)

6. Fazit & Ausblick

Die Integration von gruppenpsychotherapeutischem Handlungswissen wird das zukünftige Arbeiten mit MFT in unserer Jugend-Tagesklinik bereichern. Es hat sich gezeigt, dass die Chance dabei nicht im Finden und Reproduzieren von «Kochrezepten» liegt, sondern im Sammeln einzelner Zutaten, welche dem Arbeitsverständnis mit Gruppen zusätzliche Würze verleihen. Die im Rahmen dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse lassen mich unser tagesklinisches Projekt gestärkt und mit mehr Klarheit angehen – auch wenn die sinnvolle Integration von MFT in unser Konzept noch etliche Fragen aufwirft, die diese Arbeit nicht zu beantworten vermag.

Ein schulenübergreifendes Verständnis von Gruppenarbeit bereichert, führt jedoch auch zu mehr Komplexität und kann dadurch auch abschrecken oder verunsichern. Psychotherapeutisches Wissen in sozialarbeiterische Kontexte der Multifamilienarbeit zu übertragen, fordert von Fachleuten eine gute Portion Neugierde und die Bereitschaft, sich mit vordergründig fremden Konzepten auseinanderzusetzen. Diese Komplexität in einem zweiten Schritt für die Praxis wieder zu reduzieren ist legitim.

Für mich selber, aber auch für andere Fachleute oder Institutionen sollte es in erster Linie darum gehen, eine Form von Multifamilienarbeit zu finden, welche «gut genug» ist – ohne sich von der möglicherweise hoch gelegten Messlatte anderer verunsichern zu lassen. Um Familien in ähnlichen Situationen zusammenzuführen und einen Raum bereitzustellen, in dem diese wieder positive Momente mit ihren Kindern verbringen können, braucht es keine therapeutische Zauberei.

Die Methode der Theorie-/Literaturarbeit erwies sich für mich als zielführend in Hinblick auf die eingangs gestellten Fragen. Der Einbezug englischsprachiger Publikationen hätte den Blick auf sicher MFT nochmals erweitert.

Es wäre spannend zu untersuchen, welche Wirkfaktoren die an MFT teilnehmenden Familien selber benennen und wie sie diese gewichten würden. Auch die Frage nach der optimalen «Dosis» von MFT-Einheiten im klinischen Setting und ob das alleinige Angebot von MFT andere Interventionen zu ersetzen vermag wäre spannend. Forschung zu Prozessen und Dynamiken in MFT-Grossgruppen, z. B. In Bezug auf Musterbildung, könnten möglicherweise hilfreich sein, das Verständnis dieser Therapieform zu vertiefen.

7. Persönliches Schlusswort

Aus einem zu Beginn rudimentären und undifferenzierten Verständnis von MFT hat sich eine intensive Auseinandersetzung mit grundsätzlichen Fragen meiner beraterisch-therapeutischen Praxis entwickelt, welche über die therapeutische Arbeit mit Gruppen hinausgeht. Dies gegen Ende meiner systemischen Ausbildung noch einmal so ausführlich getan zu haben, empfinde ich als Bereicherung. Diese Auseinandersetzung hat mein praktisches Arbeiten mit Jugendlichen und Eltern bereits während des Schreibens dieser Arbeit geprägt.

In der Fachliteratur findet sich eine Fülle an gruppentherapeutischem Wissen, welches für die Praxis fruchtbar gemacht werden kann. Dieses breite Spektrum zu erfassen, richtig einzuordnen und dabei den Blick fürs grosse Ganze nicht zu verlieren, erwies sich phasenweise als Herausforderung.

Die in dieser Arbeit gefundenen Antworten bleiben keine endgültigen. Ich sehe sie vielmehr als meine momentane «Wahrgebung» des Themas, dessen Konstrukt unvollständig und veränderbar ist. In diesem Sinne überlasse ich es den Leserinnen und Lesern, was sie aus diesen Seiten für sich persönlich als gewinnbringend erachten und was nicht – und hoffe dass einiges davon ermutigt, das Wagnis Gruppe einzugehen. Ich selber freue mich darauf, das gewonnene Wissen in einem eigenen MFT-Projekt umzusetzen, muss jedoch gestehen, dass ich nicht frei von Ambivalenz bin, da ich heute auch die diesbezüglichen Herausforderungen klarer sehe.

Das Lesen und Schreiben in den vergangenen Monaten hat in mir immer wieder Erinnerungen an Gruppentherapiesitzungen, Familiengespräche und Begleitungen von Jugendlichen wach werden lassen. Durch die intensive Beschäftigung mit Inhalten dieser Arbeit meine ich heute besser zu erkennen, wieso damals manches funktionierte und wo vielleicht verpasste Chancen lagen.

Als grosser Fan des Systemischen stand ich tiefenpsychologischen Konzepten vor nicht all zu langer Zeit kritisch und ablehnend gegenüber, da mir vieles daran verstaubt vorkam. Die Auseinandersetzung mit zeitgemäßem psychodynamischem Wissen im Rahmen dieser Arbeit habe ich als bereichernd und horizonterweiternd empfunden. Die Auseinandersetzung mit dem Übertragungskonzept hat mich ermutigt, eigenen emotionalen Resonanzen in der Arbeit mit Familien in Zukunft mehr Raum einzuräumen. Ich bin gespannt darauf, wie sich die beiden Ansätze weiterentwickeln, und wo allenfalls neue Synergien entstehen.

Mein Dank gilt im Besonderen:

- Prof. Gerlinde Tafel für ihre wohlthuend wertschätzenden, ermutigenden und fachkundigen Rückmeldungen vor und während des Schreibprozesses.
- Dr. Petra Maria Schwarz für ihre Bereitschaft, das Zweitgutachten zu übernehmen.
- Dr. Thomas Kobel für den kompetenten sprachlichen Check dieser Seiten.

Literaturverzeichnis

- Allen, John G., Fonagy, Peter & Bateman, Anthony W. (2011). *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Asay, Ted & Lambert, Michael. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie* (S. 41-81). Dortmund: Modernes Leben
- Asen, Eia & Fonagy, Peter. (2015). Mentalisierungsbasierte Familientherapie. In Bateman, Anthony W. & Fonagy, Peter (Hrsg.), *Handbuch Mentalisieren* (S.135-157). Giessen: Psychosozialverlag EFF.
- Asen, Eia & Scholz, Michael. (2015). *Praxis der Multifamilientherapie (3. Aufl.)*. Heidelberg: Carl-Auer
- Asen, Eia & Scholz, Michael. (2017). *Handbuch der Multifamilientherapie*. Heidelberg: Carl-Auer
- Asen, Eia. (2016). Multifamilientherapie. In Levold, Tom & Wirsching, Michael (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung – das grosse Lehrbuch* (S. 197-202). Heidelberg: Carl-Auer
- Asen, Eia. (2017a). Entwicklung der Multifamilientherapie. In Asen, Eia & Scholz, Michael (Hrsg.), *Handbuch der Multifamilientherapie* (S. 20-24). Heidelberg: Carl-Auer
- Asen, Eia. (2017b). Das Mentalisierungsmodell und seine praktische Umsetzung in der Multifamilientherapie. In Asen, Eia & Scholz, Michael (Hrsg.), *Handbuch der Multifamilientherapie* (S. 40-57). Heidelberg: Carl-Auer
- Bateman, Anthony W. & Fonagy, Peter (Hrsg.). (2015). *Handbuch Mentalisieren*. Giessen: Psychosozialverlag
- Behme-Matthiessen, Ulrike & Pletsch, Thomas. (2016). *Praxis Familiengruppe. Materialien zur Multifamilientherapie*. Aachen: Shaker
- Bleckwedel, Jan. (2008). *Systemische Therapie in Aktion. Kreative Methoden in der Arbeit mit Familien und Paaren*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Bolm, Thomas. (2014a). Komplex traumatisierte Patienten in der Gruppenpsychotherapie. In Staats, Hermann; Dally, Andreas; Bolm, Thomas (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse – ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis* (S. 306-314). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Bolm, Thomas. (2014b). Mentalisieren fördern und aufrechterhalten: der Beitrag der Mentalisierungsbasierten Therapie. In Staats, Hermann; Dally, Andreas & Bolm, Thomas (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse – ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis* (S. 179-184). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Born, Anja. (2012). Multifamilientherapie in Deutschland. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 3, 167-182. Abgerufen von <http://hdl.handle.net>
- Burlingame, Gary M. & Baldwin, Scott. (2012). Eine kleine Geschichte der Gruppentherapie. In Strauss, Bernhard & Dankwart, Mattke (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 9-19). Berlin: Springer
- Burlingame, Gary M. & Strauss, Bernhard. (2010). Behandlungseffekte: ambulante Gruppen. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 126-131). Stuttgart: Thieme
- Cohn, Ruth. (1975). *Von der Psychoanalyse zur Themenzentrierten Interaktion*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Dally, Andreas. (2014a). Abwehr und Widerstand. In Staats, Hermann; Dally, Andreas; Bolm, Thomas (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse – ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis* (S. 132-139). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

- Dally, Andreas. (2014b). Transparenz – Selbstoffenbarung – selektiv authentisch sein. In Staats, Hermann; Dally, Andreas; Bolm, Thomas (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse – ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis* (S. 140-144). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- De Shazer, Steve. (2010). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie (10. Aufl.)*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Diebels, Ernst & Schmitz, Hans-Joachim. (2010). Psychiatrische Tageskliniken. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 173-177). Stuttgart: Thieme
- Diez-Grieser, Maria Teresa & Müller, Roland. (2018). *Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Dold, Peter. (2017). *Paar- und Familienberatung. Ein ganzheitlicher, systemischer Ansatz*. Berlin: Springer
- Edwards, Scott Alan. (2001). *The essential elements of multi-family group therapy: a delphy study* (Dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg).
- Ermann, Michael & Körner, Jürgen. (2017). Psychodynamik. *Forum der Psychoanalyse*, 33, 233-243. Abgerufen von <http://www.springer.de>
- Essen, Siegfried. (1997). Lehren des Nicht-Lehrbaren. Zur Qualität der systemischen Psychotherapie-Ausbildung. *Systema*, 11, 111-124. Abgerufen von <http://www.ifw-mitgliederverein.de>
- Frühmann, Renate. (2013). *Gemeinsam statt einsam – Grundlagen der Integrativen Gruppentherapie*. Kröning: Asanger
- Gelin, Zoé; Cook-Darzens, Solange & Hendrick, Stéphan. (2017). Evidenzbasis. In Asen, Eia & Scholz, Michael (Hrsg.), *Handbuch der Multifamilientherapie* (S. 354-376). Heidelberg: Carl-Auer
- Grawe, Klaus; Donati Ruth & Bernauer, Friederike (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession (3. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe
- Grawe, Klaus. (2000). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe
- Grawe, Klaus. (2005). Eine konsistenztheoretische Interpretation des dualen Therapiemodells. In Kosfelder, Joachim, Michalak, Johannes, Vocks, Silja & Willutzki, Ulrike (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 281-308). Göttingen: Hogrefe
- Haller, Fabian & Gräser, Horst. (2012). *Selbsthilfegruppen*. Weinheim: Beltz Juventa
- Heinzel, Roland & Enke, Helmut. (2010). Gruppenpsychotherapie – Grundlagen und Zugänge: Psychotherapie, Sozialpsychologie, Systemtheorie. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 2-7). Stuttgart: Thieme
- Hermans, Björn Enno. (2015). Unterschiedliche Settings der systemischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. In Hanswille, Reinert (Hrsg.), *Handbuch systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (S. 70-97). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Herr, Alexander; Schmidt, Gunther & Schweitzer, Jochen. (2012). Systemische Gruppenpsychotherapie. In Strauss, Bernhard & Dankwart Mattke. *Gruppenpsychotherapie* (S. 159-169). Berlin: Springer
- Hilgers, Micha. (2010). Gruppenprozess – Selbstöffnung und Schamangst in der Gruppe. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 119-124). Stuttgart: Thieme
- Imgart, Hartmut & Plassmann, Reinhard. (2020). Wirkfaktoren in der Multifamilientherapie bei Patienten mit Essstörungen. Kritische Würdigung und Folgerung für die Praxis. *Neuropsychiatrie*, 34, 48–60. Abgerufen von <https://link.springer.com>
- Janssen, Paul L. & Sachs, Gabriele. (2018). *Psychodynamische Gruppenpsychotherapie. Theorie, Setting und Praxis*. Stuttgart: Schattauer

- Kämmerer, Annette. (2012). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie. In Strauss, Bernhard & Mattke, Dankwart. *Gruppenpsychotherapie* (S. 147-157). Berlin: Springer
- Kibel, Howard & Weinberg, H. (2010a). Der schwierige Patient in der Gruppe. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 104-109). Stuttgart: Thieme
- Kibel, Howard & Weinberg, H. (2010b). Widerstand in der Gruppenpsychotherapie. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 97-103). Stuttgart: Thieme
- Kiehl, Petra & Kollewe, Claudia. (2017). Intensive Multifamilientherapie als ambulante Hilfe zur Erziehung. In Asen, Eia & Scholz, Michael (Hrsg.), *Handbuch der Multifamilientherapie* (S. 221-232). Heidelberg: Carl-Auer
- König, Karl. (2010). Übertragung und Gegenübertragung in der Gruppenpsychotherapie. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 92-96). Stuttgart: Thieme
- Leszcz, Melyn & Malat, Jan. (2010). Interpersonale Gruppenpsychotherapie. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 296-305). Stuttgart: Thieme
- Levold, Tom. (2016a). Systemische Therapie als transdisziplinäres und multiprofessionelles Konzept. In Levold, Tom & Wirsching, Michael (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung – das grosse Lehrbuch* (S. 14-20). Heidelberg: Carl-Auer
- Levold, Tom. (2016b). Der Stellenwert von Tools und Methoden. In Levold, Tom & Wirsching, Michael (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung – das grosse Lehrbuch* (S. 220-223). Heidelberg: Carl-Auer
- Mattke, Dankwart; Reddemann, Luise; Strauss Bernhard. (2009). *Keine Angst vor Gruppen!* Stuttgart: Klett-Cotta
- Mattke, Dankwart; Zeeck, Almut; Strauss, Bernhard. (2012). Stationäre und teilstationäre Gruppenpsychotherapie. In Strauss, Bernhard & Dankwart Mattke. *Gruppenpsychotherapie* (S.405-416). Berlin: Springer
- Mattke, Dankwart. (2012). Psychodynamische Gruppenpsychotherapie und ihre Veränderungsmechanismen. In Strauss, Bernhard & Dankwart Mattke. *Gruppenpsychotherapie* (S.131-146). Berlin: Springer
- Mende, Matthias. (2009). Die Utilisierung von Übertragung und Gegenübertragung in der lösungsorientierten Hypnotherapie. *Hypnose-ZHH* 4 (1+2), S. 127-152. Abgerufen von <http://www.meg-stiftung.de>
- Miller, William R. & Rollnick, Stephen. (2015). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Ochs, Matthias & Altmeyer, Susanne. (2006). Herausforderungen und Chancen bei der Implementierung von Multi-Familien-Gruppen in der pädiatrischen Onkologie. *Systema*, 3, 284-296. Abgerufen von <http://www.ifw-mitgliederverein.de>
- Olmsted, Michael S. (1959). *The small group*. New York: Mc Graw Hill.
- Rheinberger, Ulrike. (2009). Übertragung und Gegenübertragung im systemischen Rahmen. Subversive Wendungen im Coaching [PPT-Präsentation anlässlich des 3. Berliner Coachingtags]. Abgerufen von <https://docplayer.org>
- Roller, Bill & Nelson, Vivian (2010). Koeleitung in der Gruppenpsychotherapie. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 85-90). Stuttgart: Thieme

- Röttger, Ulrike. (2017). Familienorientierte tagesklinische kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung. In Asen, Eia & Scholz, Michael (Hrsg.), *Handbuch der Multifamilientherapie* (S. 59-72). Heidelberg: Carl-Auer
- Rufer, Martin. (2013). *Erfasse komplex, handle einfach. Systemische Psychotherapie als Praxis der Selbstorganisation – ein Lehrbuch*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Sader, Manfred. (2000). *Psychologie der Gruppe*. Weinheim: Juventa
- Schmidt, Gunther. (2004). *Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten*. Heidelberg: Carl Auer
- Schmidt, Gunther. (2016). Wertvolle Informationen. Widerstand aus hypnosystemischer Sicht. *Bso-Journal*, 1 (2/16), 6-10. Abgerufen von <http://www.bso.ch>
- Scholz, Michael. (2016). Klippen und Leuchttürme der Multifamilientherapie. In Behme-Matthiessen, Ulrike & Pletsch, Thomas. (2016). *Praxis Familiengruppe. Materialien zur Multifamilientherapie*. Aachen: Shaker
- Scholz, Michael. (2017a). Paradigmenwechsel in der Therapeutenrolle. In Asen, Eia & Scholz, Michael (Hrsg.), *Handbuch der Multifamilientherapie* (S. 25-32). Heidelberg: Carl-Auer
- Scholz, Michael. (2017b). Das erweiterte Fünfschrittemodell. In Asen, Eia & Scholz, Michael (Hrsg.), *Handbuch der Multifamilientherapie* (S. 33-39). Heidelberg: Carl-Auer
- Scholz, Michael. (2017c). MFT-Forschung in Deutschland. In Asen, Eia & Scholz, Michael (Hrsg.), *Handbuch der Multifamilientherapie* (S. 376-386). Heidelberg: Carl-Auer
- Schreiber-Willnow, Karin. (2012). Körperpsychotherapeutische Gruppen. In Strauss, Bernhard & Mattke, Dankwart. *Gruppenpsychotherapie* (S. 449-461). Berlin: Springer
- Schultz-Venrath, Ulrich. (2013). *Lehrbuch Mentalisieren. Psychotherapien wirksam gestalten*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Schweizerischer Dachverband Multifamilienarbeit/ Multifamilientherapie. (2020). *Multifamiliengruppen in sonderpädagogischen und therapeutischen Einrichtungen*. Abgerufen von <http://www.multifamilienarbeit.ch>
- Schwing, Rainer & Fryszer, Andreas (2006). *Systemisches Handwerk. Werkzeug für die Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Schwing, Rainer. (2016). Therapeutische Beziehung und Strukturierung des Erstinterviews. In Levold, Tom & Wirsching, Michael (Hrsg.), *Systemische Therapie und Beratung – das grosse Lehrbuch* (S. 156-166). Heidelberg: Carl-Auer
- Sipos, Valerija & Schweiger, Ulrich. (2019). *Gruppentherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Spitzer, Carsten & Freyberger, Harald J. (2014). Besonderheiten stationärer Gruppenpsychotherapie. In Staats, Hermann; Dally, Andreas & Bolm, Thomas (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse – ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis* (S. 334-343). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Staats, Hermann. (2014a). Sich einstellen auf unterschiedliche Gruppen. Therapeutische Beeinflussung: Günstige Lernbedingungen schaffen. In Staats, Hermann; Dally, Andreas & Bolm, Thomas (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse – ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis* (S. 157- 165). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Staats, Hermann. (2014b). Übertragungen und Gegenübertragungen. In Staats, Hermann; Dally, Andreas; Bolm, Thomas (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse – ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis* (S. 103-113). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Stasch, Michael; Cierpka, Manfred; Hillenbrand, Erwin & Schmal, Helmut (2002). Assessing reenactment in inpatient psychodynamic therapy. *Psychother. Res.*, 12, 355–368.

- Strauss, Bernhard & Mattke, Dankwart (2012). *Gruppenpsychotherapie*. Berlin: Springer
- Strauss, Bernhard. (2010). Behandlungseffekte: stationäre Behandlung. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 132-137). Stuttgart: Thieme
- Streek, Ulrich. (2010). Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 273-279). Stuttgart: Thieme
- Strycker, Sebastian. (2010). *Wunderbarer Stolperstein oder effektives Sprungbrett? Der lösungsorientierte Ansatz in der stationären Sozialpädagogik mit sozial auffälligen Kindern und Jugendlichen* (Bachelor-Thesis, Studiengang Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit an der Fachhochschule Nordwestschweiz). Abgerufen von <http://www.soziothek.ch>
- Trautmann-Voigt, Sabine & Voigt, Bernd. *Mut zur Gruppentherapie! Das Praxisbuch für gruppenaffine Psychotherapeuten*. Stuttgart: Schattauer
- Tschuschke, Volker. (1993). *Wirkfaktoren stationärer Gruppenpsychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Tschuschke, Volker. (2010a). Gruppenzusammensetzung: homogen – heterogen, störungsspezifisch – störungsunspezifisch. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 150-151). Stuttgart: Thieme
- Tschuschke, Volker. (2010b). Gruppen- versus Einzeltherapie – Setting und Wirkfaktoren. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 13-22). Stuttgart: Thieme
- Tschuschke, Volker. (2010c). Rolle und Bedeutung der Gruppenleitung. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 66-70). Stuttgart: Thieme
- Tschuschke, Volker. (2010d). Gruppenrollen und Gruppenentwicklung. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 18-22). Stuttgart: Thieme
- Vogt, Manfred & Caby, Filip. (2015). *Ressourcenorientierte Gruppentherapie mit Kindern und Jugendlichen* (3. Aufl.). Dortmund: Borgmann
- Von Schlippe, Arist & Schweitzer, Jochen. (2007). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung* (10. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Wagner, Elisabeth. (2020). *Praxisbuch Systemische Beratung. Vom Fallverständnis zum wirksamen psychotherapeutischen Handeln in klinischen Kontexten*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Weber, Roland & Tschuschke, Volker (2010). Psychodynamische Kurzzeit-Gruppenpsychotherapie bei somatoformen Störungen. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 201-205). Stuttgart: Thieme
- Weinblatt, Uri. (2016). *Die Nähe ist ganz nah! Scham und Verletzungen in Beziehungen überwinden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Winkler, Michael. (2014). Gruppen wahrnehmen. In Staats, Hermann; Dally, Andreas & Bolm, Thomas (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse – ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis* (S. 65-71). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Yalom, Irvin D. (2010). *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch* (10. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta
- Zajec, Karin. (2017). *Gruppenpsychotherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Wien: Facultas
- Zielke, Manfred. (2010). Technik der Leitung verhaltenstherapeutischer Gruppen. In Tschuschke, Volker (Hrsg.), *Gruppenpsychotherapie. Von der Indikation bis zu Leitungstechniken* (S. 74-80). Stuttgart: Thieme

- Zillessen, Klaus-Eckart. (2017). Multifamilientherapie in einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin. In Asen, Eia & Scholz, Michael (Hrsg.), *Handbuch der Multifamilientherapie* (S. 94-104). Heidelberg: Carl-Auer
- Zwack, Julika & Nicolai, Elisabeth. (2014). *Systemische Streifzüge. Herausforderungen in Therapie und Beratung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Eigenständigkeitserklärung

„Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit bei keiner anderen Hochschule eingereicht habe und diese Arbeit selbstständig, ohne andere als die angegebene fremde Hilfe und ohne Verwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe. Alle Stellen, Abbildungen und Grafiken, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet und mit dem genauen Verweis auf ihre Herkunft versehen.“

Bern, 6. Juli 2020