

Modifizierte operative Gruppentechnik für die gemischte Abhängigkeitsgruppe

Vortrag im Rahmen der Tagung
„Operative Gruppen in der Praxis“ der AGOG
vom 28./29. April 2017 in Zürich

Ich hatte das Glück, diese spannende Gruppentechnik anfangs der 80er Jahre im Psychoanalytischen Seminar in Zürich mit Prof. **Armando Bauleo**, dem Gründer der operativen Gruppentechnik, persönlich zu lernen. Meine eigene Anwendung erfolgte mit Alkoholkranken in der Forel-Klinik des Kantons Zürich und dann in der Luzerner Höhenklinik in Montana (Wallis) während ca. 28 Jahren. Hierbei bot sich aufgrund der Patientenzusammensetzung und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 2 - 6 Wochen eine MODIFIZIERUNG der Technik an.

Setting

Die Sitzungen fanden 2 x wöchentlich à 75 Minuten statt, die Gruppenteilnehmer waren Alkohol- und Medikamentenabhängige, Co-Abhängige, abhängige „Persönlichkeiten“, Essgestörte und Abhängige von sogenannten illegalen Drogen. Es handelte sich somit um eine Kurzzeitgruppenpsychotherapie, was sofort die berechtigte Frage aufwarf, ob dabei eine auf die **LATENZ** ausgerichtete operative Technik Sinn macht. Ich kann diese Frage bejahen, jedoch mit Einschränkungen. Wenn ich an die erlebten diversen Ängste während der ersten Lernphase der operativen Gruppentechnik mit Armando zurückdachte, dann bestand für mich kein Zweifel, dass die „reine operative Gruppentechnik“ für Patienten mit oft ambivalenter Motivation, häufigen Traumatisierungen in der Biographie und frühen Störungen eine Überforderung bedeutete. Während wir im Psychoanalytischen Seminar mehrere z.T. chaotische Gruppensitzungen brauchten um eine **MANIFESTE AUFGABE** der Gruppe zu formulieren, entschied ich mich, diese der Gruppe selber vorzuschlagen. Die manifeste Aufgabe lautete wie folgt: „Gefühle und Konflikte in Zusammenhang mit der Abhängigkeit bearbeiten“. Gleichzeitig betonte ich bei neuen Teilnehmern, dass meine Aufgabe nicht sei, die Gruppe zu führen, sondern ihr zu helfen, die manifeste Aufgabe gemeinsam zu lösen.

Aus meiner Sicht haben mehrere Faktoren zum Gelingen der Gruppenbildung beigetragen. Z.B. hat **meine Überzeugung**, dass die Gruppe wirksam und hilfreich ist, indirekt bzw. auf der nonverbalen Ebene eine positive, erwartungsvolle Grundstimmung angeregt. Ferner versuchte ich, die teils massiven Ängste vor der Gruppe abzubauen, indem ich den einzelnen Patienten vor der Sitzung zusicherte, dass **keine „Redepflicht“** bestehe. So kam es selten vor, dass jemand nie das Wort ergriffen hat. Als wichtigen Schutzfaktor erachtete ich die Einhaltung der **SCHWEIGEPFLICHT** aller Teilnehmer. Eine Ausnahme musste ich für mich in Anspruch nehmen, da wir im Teamrapport der Klinik auf einen Austausch angewiesen waren. Gelegentlich wurden Patientinnen und Patienten mit vorgängiger Gruppenerfahrung oder hoher Motivation zum Sprechen ermuntert.

Mit diesem **modifizierten Rahmen** konnten massive Ängste vor Angriff und Verlust in der **INDISKRIMINATIONSPHASE** neutralisiert und der Assoziationsfluss erleichtert werden.

Effekte der Gruppe

Bereits Prof. Battegay betonte, dass gerade für Alkoholranke die Gruppe oft die letzte Hoffnung sei. Dies kann ich bestätigen. Das authentische Aussprechen der oft tragischen Suchtbiographie half anderen Teilnehmern ihre **Scham- und Schuldgefühle** in Zusammenhang mit der Sucht abzubauen, induzierte Hoffnung oder begünstigte eine selektive Identifikation mit der gesunden, suchtfreien

Seite der Anderen. Mit dem entwickelten **WIRGEFÜHL** der Gruppe bot die Gruppe als Ganzes zunehmend eine Alternative zu suchtbetonten Gruppenverbänden im Alltag. Die **ergänzende Einzelpsychotherapie** ermöglichte eine erweiterte Sicht auf den Patienten. Ich erinnere mich an einen in der Einzelpsychotherapie mir gegenüber unterwürfigen Patienten, der in der Gruppe eine sehr dominante Haltung einnahm. Bei genauer Analyse zeigte sich, dass er gegenüber dem realen Vater unterwürfig und bei den Schwestern überheblich war, was er in den beiden Psychotherapiekonstellationen unbewusst wiederholte. Ebenfalls beeindruckt hat mich eine **magersüchtige Patientin**, die bei mir in der Einzelpsychotherapie das Gespräch verweigerte, in der Gruppe jedoch auf eine, mich eher idealisierende, ehemalige Anorektikerin traf und von dieser aus der „Gewichtsfalle“ geholt wurde. Eine frauendominierte Gruppe evozierte bei einem **Patienten aus einer primär weiblich geprägten Grossfamilie** in beeindruckender Weise heftige Gefühle aus der Kindheit. In der Einzelpsychotherapie wäre dies so nicht möglich gewesen. Für **CO-ABHÄNGIGE** bot sich die Möglichkeit, ihr Helferverhalten bzw. ihre Wut bei anwesenden Alkoholkranken wahrzunehmen und eventuell zu verändern. Alkoholranke konnten ihrerseits unbearbeitete Elternbindungen bzw. **Delegation der Verantwortung** an andere Menschen erkennen.

So erfolgte die **INFORMATION ÜBER SUCHT** implizit oder explizit über die Patienten. Das Wissen über Sucht **schloss leider nicht auch das entsprechende Handeln und Fühlen mit ein**, wie die operative Gruppe es anstrebt. Ich erinnere mich an den brillanten Vortrag über Sucht von einem Drogenabhängigen, der jedoch bereits bald nach Klinikaustritt rückfällig wurde. **Verarbeitungsmechanismen** wie Projektion, Introjektion, Verleugnung, Spaltung etc. wurden so gut wie möglich auf die manifeste Gruppenaufgabe bezogen gedeutet.

Immer wieder kam es vor, dass Teilnehmer eine dominante Rolle übernehmen, an der sie festhalten wollten. Auf Empfehlung von Dr. Thomas von Salis Thomas hat es sich bewährt, dieser Person die **BEOBSACHTERROLLE** zu übergeben. Auch Pflegefachpersonal, Ärzte und andere Psychologen /Psychotherapeuten hatten die Möglichkeit, in die Gruppe zu kommen und diese Rolle zu übernehmen. Dabei ging es darum, den Gruppenprozess wortlos zu beobachten und am Schluss kurz zu kommentieren.

Die **Verweigerung** des Koordinators, **Führungsaufgaben im klassischen Sinne zu übernehmen**, löste nicht selten Enttäuschung und Wut bei den Teilnehmern aus, war aber die Voraussetzung für die Möglichkeit, den Gruppenprozess selber aktiv zu gestalten, bzw. sich als **Teil der Gruppe zu VERHALTEN**. Ein in der Gruppe auftretendes **Gefühl der Trauer** war oft Hinweis, dass eine Einsicht eine tiefere Dimension individuell oder auf Gruppenebene erreicht hat.

Nach meiner Wahrnehmung haben erlebte Solidarität, Spiegel- bzw. Selbstwirksamkeitserfahrung, Aufnahme, Verarbeitung und Wiedergabe von Suchtinformationen, sowie Einsichten in projektive und introjektive Prozesse die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unterstützt, den Alltag besser und ohne Rückgriff auf die Abhängigkeit zu bewältigen. Es kam auch vor, dass sich Gruppen nach Klinikaustritt in eigener Regie wieder trafen, womit sie von der Aufgabenphase in die Projektphase übergetreten sind. Zur Konsolidierung und Vertiefung des Erreichten wurde den meisten Patientinnen und Patienten die weiterführende Psychotherapie nach Klinikaustritt ohnehin empfohlen.

Amherd Willi,
Psychologe FSP, Psychotherapeut ASP, Gruppenkoordinator
Furkastrasse 19, Brig