

4 Zieloffene und lösungsorientierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis

Heute erfreuen sich die zieloffenen Psychotherapiegruppen großer Beliebtheit, und sie werden in den unterschiedlichsten klinischen Kontexten eingesetzt (vgl. Rose & LeCroy, 1991; Wright et al., 1993; Zielke, 1994 c; Fiedler, 2001; 2021). Aktuelle Übersichts- und Forschungsarbeiten unterstreichen, dass diese Form des therapeutischen Arbeitens über die zuvor beschriebenen störungsspezifischen Gruppenkonzepte hinaus ihre ganz eigenen und typischen Zielgruppen haben. Damit erweitert sich die Möglichkeit der störungsspezifisch-selektiven Indikation beträchtlich. Es handelt sich dabei zumeist um jene Patientengruppen mit entweder (a) wenig klarer Störungsdiagnose oder (b) um Menschen mit Persönlichkeitsstörungen bzw. mit komplexen Störungen des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens oder (c) um Menschen nach traumatischen Lebenserfahrungen oder in besonderen Lebensentwicklungen, welche die Betroffenen in grundlegende Selbstfindungskrisen stürzen.

4.1 Konzeptentwicklung

In den siebziger Jahren suchten verschiedene Forschergruppen nach einer Gruppenkonzeption, die den Patienten wesentliche

Möglichkeiten bietet, Inhalte und Ablauf der therapeutischen Arbeit selbst zu bestimmen. Im Vordergrund stand die Frage, wie ein zieloffener Gruppenprozess so gestaltet werden kann, dass es Therapeuten dennoch möglich bleibt, Patienten während der Gruppenarbeit aktiv mit psychotherapeutischer Expertise zur Seite zu stehen.

Die ursprüngliche Form der zieloffen-lösungsorientierten Gruppentherapie wurde von Flowers (1979) sowie von Fiedler entwickelt (1977; 1979). Beide Ansätze waren zunächst unabhängig voneinander und ausgehend von einem Problemlöseansatz für Verhaltenstherapiegruppen von Johnson (1975) heraus konzipiert worden. Formale Charakteristika dieses Vorgehens waren:

- Heterogenität der Gruppenzusammensetzung ist möglich;
- individuelle Verhaltensanalysen in und mit der Gruppe;
- systematische Erzeugung und Stützung positiver Erwartung;
- formale Planung jeder Therapiesitzung durch die Therapeuten.

Während Flowers sein Konzept in den Folgejahren in Richtung auf ein *multimodulares Gruppenkonzept* veränderte (Flowers & Schwarz, 1985; Flowers & Booraem, 1991), sind für die Zieloffene und lösungsorientierte Gruppentherapie von Fiedler (2001) die Möglichkeiten der Eine-Sitzung-Struktur systematisch fortentwickelt worden (zur Konzeptentwicklung und empirischen Absicherung vgl. z.B. Fiedler, 1996; 2001; Fiedler & Kaiser, 1976; Fiedler et al., 1986 a; b; Backenstraß et al., 2001; 2004); für ihren Einsatz in der Selbsterfahrung und Ausbildung von Verhaltenstherapeuten: Laireiter & Fiedler, 1996).

4.2 Ablauf einer Sitzung

Bevor wir das Konzept der zieloffenen Gruppenpsychotherapie in seinen Einzelabläufen detaillierter darstellen, wird zunächst der Aufbau und Ablauf einer Sitzungsstunde beschrieben, weil sich daran die Grundprinzipien des therapeutischen Vorgehens am besten verdeutlichen lassen. Die etwa 90-minütigen Sitzungen folgen dem Ablaufschema in → **Abbildung 2**.

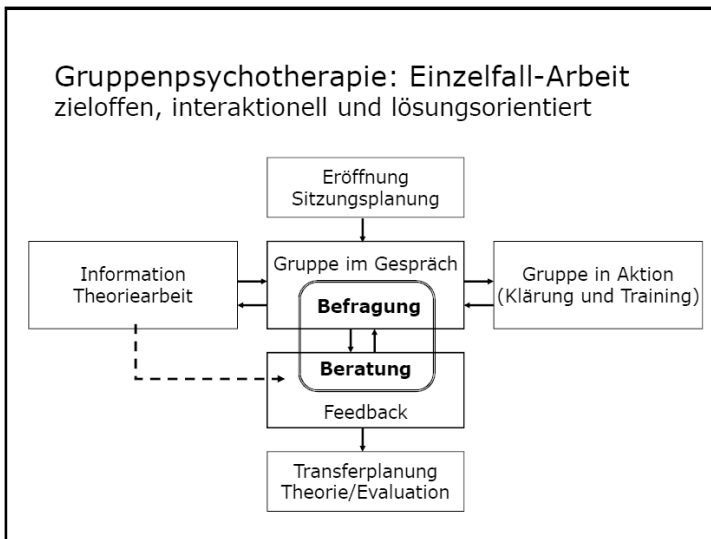


Abbildung 2: Das Konzept einer zieloffenen und auf den Einzelfall bezogenen Gruppenpsychotherapie, wie es sich in den vergangenen Jahren zunehmend als übergreifend-integratives Gruppenpsychotherapie-Konzept entwickelt hat.

Jede Sitzung gliedert sich in ihrer zeitlichen Abfolge in größere Phasen oder Episoden:

Orientierungs-Phase. Die Eingangsphase einer Sitzung dient allen Teilnehmern und den Therapeuten zur allgemeinen Orientierung über die zu erwartende Sitzung.

Therapie-Phase. Es folgt eine auf den Einzelfall bezogene Arbeitsphase der Gruppe. Für diese beschließt üblicherweise zunächst ein Teilnehmer, in der laufenden Sitzung intensiver an seinen Problemen oder Therapiezielen zu arbeiten.

Problemanalyse/Zielanalyse. Im Prozess der Therapiephase wird dann entschieden, ob die weitere Struktur (den nachfolgend dargestellten Manualvorgaben entsprechend) einer sog. *Problemanalyse-Phase* oder denen einer sog. *Zielanalyse-Phase* folgt.

Feedbackphase. Jede Therapiephase wird mit einer *Feedback-Runde* der Gruppe abgeschlossen.

Ist ausreichend Zeit vorhanden, können in der gleichen Sitzung noch weitere Gruppenmitglieder in eine intensivere Therapiearbeit eintreten. Häufiger werden in einer Sitzung nur zwei Patienten an ihren Problemen oder Zielen arbeiten. Eher gelegentlich nutzen sogar drei oder vier weitere Mitpatienten diese Möglichkeit. Letzteres kommt u.a. dann vor, wenn es sich bei den Folgepatienten um ähnliche Problemkonstellationen handelt, wie die, an denen die ersten Patienten gearbeitet haben.

Planungs- bzw. Transfer-Phase. In dieser werden sowohl die in den vorausgehenden Sitzungen begonnenen Übungs- und Hausaufgaben jedes einzelnen Teilnehmers für die Zeit zwischen den Therapiesitzungen ausführlich besprochen und weitere Transferaufgaben geplant und festgelegt werden.

Im Verlauf der Gesamttherapie ändern sich die Inhalte dieser Besprechung in Richtung einer Sicherung und Stabilisierung der erreichten Behandlungserfolge. Es wird die Frage aufgeworfen, wie eventuelle Erfolge durch weitere Maßnahmen abgesichert werden können.

Evaluations-Phase. In dieser können die Therapeuten vor oder mit der Gruppe auch noch eine genaue Bewertung/Auswertung der abgelaufenen Sitzung vornehmen. Danach erfolgt die in der Verhaltenstherapie übliche Standardevaluation der Sitzung (dies insbesondere in Forschungsprojekten), indem die Teilnehmer wie Therapeuten (Stunden-)Fragebögen zur Therapieverlaufskontrolle ausfüllen.

Übersicht

Nachfolgend wird zunächst der konkrete Ablauf der Gruppenarbeit während einer Sitzung anhand der stufenweisen Vorgaben eines *Schemas zur Prozesssteuerung und adaptiven Indikation* beschrieben. Diese Schematik (in Abbildung 2) dient den Therapeuten zur Sitzungsstrukturierung. Sie liegt auch den Gruppenteilnehmern als *Handout* vor, so dass diese die adaptiven Entscheidungen und Indikationen der Therapeuten mitverfolgen können. Die Therapeuten sind gehalten, ihre Prozessentscheidungen den Patienten wiederholt anhand dieser Schematik zu erläutern.

Diese Transparenz führt in aller Regel dazu, dass die Therapeuten selbst zunehmend weniger prozesssteuernd in den Verlauf der Gruppenarbeit eingreifen müssen. Es kommt gelegentlich sogar vor, dass Therapeuten in späteren Therapiesitzungen kaum mehr initiativ werden müssen, weil die Teilnehmer sämtliche Abläufe so internalisiert haben, dass sie weite Teile der Sitzungen aktiv von sich aus ausgestalten.

4.2.1 Vorbereitung der Gruppentherapie

Zur Festlegung eines metastrukturellen Dienstvertrages, der die möglichen Therapieziele jeder Patientin und jedes Patienten beinhaltet, werden mit jeder teilnehmenden Person getrennt und noch vor Zuweisung zu einer Gruppe sog. Screening-Gespräche durchgeführt. Diese Einzelgespräche vorab er-

füllen weitere wichtige Funktionen. Sie dienen u.a. dazu, grob zu beurteilen, ob die Patienten-Probleme überhaupt in einer (zieloffenen) Gruppe behandelt werden können *oder* ob nicht besser die Zuweisung zu einer störungsspezifischen Gruppentherapie erwogen werden sollte *oder* ob nicht gar die Einzeltherapie vorzuziehen ist.

Information und Aufklärung des Patienten

Weiter dienen die vorab stattfindende Gespräche dazu, die Patienten mit dem allgemeinen Konzept psychotherapeutischer Gruppen und mit dem konkreten Ablauf des zieloffenen und störungsorientierten Konzeptes ausführlich vertraut zu machen. Da therapeutische Gruppenarbeit das Zusammentreffen mit zunächst fremden Menschen mit dem Ziel der Bearbeitung höchst persönlicher Probleme bedeutet, bestehen auf Seiten der Patienten eventuell Vorbehalte und (verständliche) Ängste und (gelegentlich auch) Widerstände, zumal wenn sie sich selbst eine eher persönliche therapeutische Bearbeitung ihrer Schwierigkeiten im Einzelsetting erhofft haben. Einer der wichtigen Schritte zur Überwindung dieser Vorbehalte sind ausführliche Informationen über Sinn und Zweck zieloffener Psychotherapiegruppen allgemein und das vorgeschlagene Gruppentherapie-Konzept im Besonderen. Anschließend wird mit dem Patienten geklärt, ob er sich selbst vorstellen könne, dass seine persönlichen Probleme in der Gruppe behandelt werden könnten.

Einverständnis und Teilnahmebekundung des Patienten. Nach dieser Vorabinformation und Motivationsabklärung wird der Patient gebeten, bis zur ersten Gruppensitzung zu entscheiden, ob er teilnehmen möchte oder nicht. Es wird vereinbart, dass er sein *prinzipielles Einverständnis* mit den vorgestellten Zielen und Vorgehensweisen der Gruppentherapie

dadurch bekunden kann, dass er auch tatsächlich zur ersten Sitzung der Therapiegruppe kommt.

Es kann nun weiter sein, dass ein Patient während der ersten Gruppensitzung den Eindruck gewinnt, dass er mit genau dieser Gruppe (mit den konkret erlebten Teilnehmern und/oder Therapeuten) nicht weiter zusammenarbeiten möchte. Dazu wird ebenfalls *bereits im Vorgespräch* vereinbart, dass die Patientin oder der Patient auch noch nach der ersten Gruppensitzung entscheiden kann, ob er weiter mitarbeiten möchte – oder ob eben nicht. Empfohlen wird, dass er oder sie in solchen Fällen nochmals die Beratung der Therapeutin oder des Therapeuten in Anspruch nehmen sollte, wie weiter verfahren werden könnte.

Kommt er zur zweiten Therapiesitzung, dann bekundet er durch seine Anwesenheit, dass er mit genau diesem Gruppenkonzept *und* genau mit diesen Gruppenteilnehmern *und* mit genau diesen Therapeuten die Gruppenarbeit fortführen möchte.

Freiwilligkeit der Teilnahme. Es wird also grundsätzlich die Freiwilligkeit der Teilnahme und Mitarbeit betont. Gleichzeitig wird mit dem Patienten ein informeller Vertrag über diese Gruppenteilnahme abgeschlossen. Diesem stimmt er zu, wenn er zur zweiten Gruppensitzung wiederkommt. Dieses Vorgehen hat sich gegenüber anderen Abspracheformen (so z.B. im Unterschied zum Abschluss konkreter schriftlicher Teilnahmeverträge) als die beste Möglichkeit erwiesen, um die Therapie-Abbrecherrate deutlich zu senken. Kommen Patientin oder Patient zur zweiten Gruppensitzung wieder, wird erwartet, dass sie oder er über längere Zeit kontinuierlich teilnimmt.

Dazu muss Patienten ebenfalls vorab wissen, dass die Arbeit an persönlichen Problemen nicht ganz leicht wird. Sollten sich im Verlauf der Gruppenarbeit Schwierigkeiten ergeben,

die Patienten daran denken lassen, die Therapie vorzeitig zu beenden, sollte sie die Therapeuten um ein persönliches Gespräch bitten, um ihre Probleme darzulegen und zu klären. Die *Möglichkeit persönlicher Gespräche* sollte den Patienten prinzipiell eingeräumt werden. Nach aller Erfahrung können auf diese Weise eine ganze Reihe von Schwierigkeiten, die eine konstruktive Gruppenarbeit belasten würden, bereits im Vorfeld oder unabhängig von der Gruppe zur Zufriedenheit der Beteiligten behoben werden. Auch finden einige Patienten erst in der Folge solcher Gespräche den Mut und die Kraft, sich aktiver an der Gruppenarbeit zu beteiligen.

Die erste Gruppensitzung

Der Ablauf einer allerersten Sitzung, in der alle Patienten zum allerersten Mal zusammenkommen, weicht konzeptionell vom bereits überblicksartig beschriebenen Eine-Sitzung-Konzept ab. Es geht darum, die Gruppenteilnehmer miteinander bekannt zu machen. Andererseits wird nochmals das Konzept der zieloffen-lösungsorientierten Gruppentherapie vorgestellt und mit der Gesamtgruppe diskutiert. Das wechselseitige Kennenlernen der Gruppenteilnehmer wird so geschehen, dass jeder die Möglichkeit bekommt, sich und die Probleme, dererwegen er an der Gruppe teilnimmt, kurz darzustellen und zu erläutern. Therapeuten sind gehalten, die Gruppenteilnehmer behutsam zu wechselseitigen Fragen und Stellungnahmen zu ermuntern. In zieloffenen Psychotherapiegruppen sind zwischenzeitlich eine ganze Reihe weiterer Möglichkeiten erprobt worden, wie dieses Kennenlernen der Gruppenteilnehmer untereinander auch noch anders als im offenen Gruppengespräch ablaufen kann. Zwei häufig benutzte Beispiele dafür sind:

- Die Paarexploration: Jeweils zwei Gruppenteilnehmer explorieren sich wechselseitig zu wichtigen Lebensdaten, über ihre Probleme und zu den Zielen, die sie in der The-

rapiegruppe erreichen möchten. Anschließend wird jeder Patient durch den Gesprächspartner, der die Exploration durchgeführt hat, in der Gesamtgruppe vorgestellt.

- Von der Kleinstgruppe zur Gesamtgruppe: Dieses Vorgehen ermöglicht jedem Teilnehmer die mehrmalige Präsentation seiner Person in unterschiedlich großen (Teil-) Gruppen. Das Kennenlernen beginnt für ca. 15 Minuten zu zweit (Paarexploration). Anschließend wird das Sich-Vorstellen und Kennenlernen in einer größeren, neu zusammengesetzten Teilgruppe fortgeführt (Dreier- oder Vierergruppen; 15 Minuten). Abschließend trifft sich die Gesamtgruppe zum gegenseitigen Kennenlernen.

Obwohl das Therapiekonzept im Vorgespräch bereits vorgestellt wurde, hat es sich als günstig erwiesen, es nochmals (z.B. anhand des *Handouts* zum Eine-Sitzung-Konzept) ausführlich in der ersten Sitzung zu erläutern und zu diskutieren. Zumeist ist es so, dass den meisten Patienten nach dem Vorgespräch weitere Fragen wichtig geworden sind, die sie gern stellen würden – und auf die natürlich zwingend geantwortet werden sollte. Häufiger kommt es auch vor, dass in diesem Zusammenhang weitere organisatorische Fragen geklärt werden können und müssen, die ebenfalls nicht im Vorgespräch zur Sprache gekommen sind (Urlaubsabsichten einiger Teilnehmer; oder ob sich die Teilnehmer außerhalb der Gruppe treffen und etwas Gemeinsames miteinander unternehmen dürfen [natürlich!]; Austausch von Adressen und Telefonnummern; Bestimmung eines Teilnehmers, bei dem man sich abmeldet, wenn man nicht zur Gruppensitzung kommen kann; etc.).

4.2.2 *Beginn und Ablauf der Gruppentherapie im Überblick*

Relativ unabhängig von der geplanten zeitlichen Dauer der Gesamttherapie lässt sich der Ablauf der Behandlung grob in drei größere Phasen einteilen – und zwar von der *Problem-Orientierung* der Gruppenarbeit über eine *Ziel-Orientierung* hin zur *Transfer-Orientierung*. Diese längeren Therapiephasen werden zunächst überblicksartig beschrieben.

Problem-Orientierung

In den ersten Sitzungen wird es vornehmlich darum gehen, die Probleme der Patienten einer sorgfältigen Problemanalyse zu unterziehen. Diese wird einerseits durch Vorgespräche vorbereitet, was den Patienten den Einstieg in die Gruppenarbeit erleichtert. Andererseits dient die Phase der Problem-Orientierung den Therapeuten für eine erste Ausarbeitung individueller Problem- und Verhaltensanalysen, die in konkrete Zielanalysen und in eine inhaltliche Therapieplanung einmünden können.

In dem Maße, wie eine Ätiologie theoretische Problembewertung der Patienten sicher vorgenommen werden kann, werden in der Gruppe – v.a. wenn dies von den Teilnehmern gewünscht wird – sukzessive *Phasen der Patientenschulung* einbezogen. Im Eine-Sitzung-Konzept geschieht dies während der diagnostischen Arbeit eines einzelnen Patienten in der Problemanalyse-Phase oder gegen Ende der Sitzung unter Sitzungsevaluation. In fast allen Fällen dienen diese Informationen über psychotherapietheoretisch fundierte Ätiologie-Zusammenhänge gleichzeitig auch der Perspektivierung der weiteren Gruppenarbeit, als nämlich angedeutet werden kann, welche konkreten (gruppen-)therapeutischen Möglichkeiten für erste Versuche konkreter Verhaltensänderungen (in den Folgesitzungen) bestehen.

Schließlich werden die Patienten sukzessive an ein Selbstmanagement der eigenen Probleme herangeführt. In der Problem-Orientierung sind dies zunächst vor allem Formen der *Selbstbeobachtung* und *Selbstevaluation* (vermittelt im Zusammenhang mit Übungs- und Hausaufgaben in der Planungs-Phase der Sitzung).

Ziel-Orientierung

Mit fortschreitender Therapie wird eine weitgehende Ziel-Orientierung der Gruppenarbeit angeregt. Zunehmend häufiger werden konkrete Möglichkeiten der therapeutischen Verhaltensbeeinflussung, probeweise Lösungsaktionen sowie Elemente des Trainings sozialer Kompetenzen als Gruppenmedien gewählt. Weiter können die Therapeuten auf Grundlage der Problemanalysen und Therapiepläne *indiziert* auf den Methodenfundus der störungsspezifischen und zieloffenen Gruppentherapie zurückgreifen (→ Medien und Methoden in → 3.3.2). Bevorzugt werden Vorgehensweisen, die eine „probeweise“ Lösungsaktion, Problembewältigung oder Selbstpräsentation der Patienten ermöglichen. Therapeutische Wirkungen entfalten zusätzlich vielfältige spezifische wie unspezifische wechselseitige Modelle für Lösungsversuche. Entsprechend häufig werden von den Therapeuten Rollenspiele mit und ohne Video-Feedback, unterschiedliche Formen des Micro-Teaching sowie therapeutische Exkursionen zur Exposition und Erprobung in der Realität vorgeschlagen.

Die Patientenschulung wird fortgeführt und dient weiterhin der Transparenz und Motivierung der Patienten sowie zur kurz-, mittel- und langfristigen Anregung neuer Änderungsvorhaben. Gelegentlich kann die Einladung und Beteiligung von Experten erwogen werden. So wurden beispielsweise im Rahmen der Gruppenarbeit mit Angehörigen psychiatrischer Patienten wiederholt Fachleute eingeladen, die von den Grup-

penmitgliedern zu spezifischen Problemen befragt wurden: z.B. Ärzte zu den Wirkungen und Nebenwirkungen der Neuroleptika-Medikation; Vertreter der Krankenkassen zu sozialrechtlichen Fragen wie Frühberentung oder Sozialarbeiter zu den Vor- und Nachteilen einer Anerkennung von Patienten als Behinderter usw. (vgl. Fiedler et al., 1986).

Die Planung und Durchführung von Hausaufgaben werden um neue Selbstmanagement-Fertigkeiten angereichert: Selbstevaluation, Selbstkontrolle, Selbstinstruktion, bibliotherapeutische Anregung der Patienten zur Begleitlektüre – Letzteres gelegentlich mit Bericht, Vortrag und/oder Gruppen-Diskussion über deren Inhalte).

Transfer-Orientierung

Zum Ende der Gesamttherapie hin werden Überlegungen wichtig, wie die in der Therapie erreichten Verhaltens- und Problemänderungen stabilisiert und abgesichert werden können. Dazu hat es sich als sinnvoll erwiesen, etwa in der Mitte der Therapiezeit eine ganze Sitzung für eine *Zwischenbilanz* zu reservieren, die in und mit der Gruppe für jeden einzelnen Patienten erstellt wird. In Langzeittherapien, die ein Jahr oder gar noch länger andauern, können solche Bilanzsitzungen häufiger sinnvoll sein (z.B. nach jedem Vierteljahr).

In diesen Bilanzsitzungen besteht ausreichend Raum für ein Überdenken des bisherigen Therapieverlaufs sowie für die Erörterung der Frage, welche weiteren Perspektiven die Therapie für jeden Patienten bietet. Häufig ist feststellbar, dass sich nicht nur die Ziele der Patienten inzwischen sehr konkretisiert, sondern dass sich die ursprünglichen Probleme und Ziele entscheidend geändert haben. Gelegentlich kommt es vor, dass die Gruppe für sich eine *neue Metastruktur* festlegt und dass die Gruppenarbeit in der Folgezeit entsprechend unter einer neuen übergreifenden Themenstellung fortgeführt werden kann.

Die Patientenschulung zur Rückfallprävention informiert über den aktuellen Stand der Erkenntnisse über Wirksamkeit der Psychotherapie und über mögliche Rückfallrisiken. Sachlich und ungeschönt wird klargestellt, dass es nach heutigem Stand der Psychotherapieforschung immer noch so ist, dass die meisten Patienten ihre Teilnahme an Psychotherapiegruppen erfolgreich beenden, dass aber immer auch so sein kann, dass der erwartete Erfolg nicht den erhofften Erwartungen entspricht und geringer ausfällt. Diese Aufklärung ist Anlass, nochmals ausführlich über die bisher erreichten und auch bisher nicht erreichten, selbstinitiierten Änderungsversuche der einzelnen Patienten zu sprechen und die sich daraus evtl. ergebenden Konsequenzen für die anstehende weitere Behandlung zu diskutieren. Diese Diskussion dient als Grundlage für eine möglicherweise neue und besondere Akzentsetzung in den Planungsphasen der letzten Therapiesitzungen. Es geht um die Stabilisierung bisheriger Behandlungserfolge sowie um eine mittel- und langfristige Absicherung des Transfers.

4.3 Konkretes therapeutisches Vorgehen

Nachfolgend soll auf einer noch konkreteren Ebene das praktisch-therapeutische Vorgehen des Eine-Sitzung-Konzeptes beschrieben werden. Als Grundlage für die Prozesssteuerung einzelner Sitzungen dient den Therapeuten das bereits angesprochene Schema nebst Abbildung zur adaptiven Indikation (→ Abbildung 2). Das Schema liegt auch den Patientinnen und Patienten vor. Und die Therapeuten sind regelmäßig gehalten, den Gruppenteilnehmern ihre Prozessentscheidungen anhand dieser Übersicht zu erläutern. Nach aller Erfahrung sind die Patienten sehr an solchen Erläuterungen interessiert.

Stellen Therapeuten regelmäßig Transparenz über ihr Vorgehen und die Hintergründe ihrer Entscheidungen her, sind

Patienten bereits nach wenigen Sitzungen mit dem lösungsorientierten Gruppenkonzept so vertraut, dass Hinweise der Therapeuten auf die nächsten Schritte im Vorgehen entfallen können. So wissen sie, dass es anfangs darauf ankommt, zu überlegen und mitzuentcheiden, ob es eher um Schwerpunktsetzung im Bereich der *Problemanalyse* (und Problemsimulation) geht oder ob unmittelbar in eine *Zielanalyse* (bzw. probeweise Lösungsaktion) eingestiegen werden kann. Weiter lernen die Patienten bereits beim ersten Mal, dass dem Gruppenfeedback eine eminent wichtige Funktion im Therapieprozess zukommt und welche unterschiedlichen Perspektiven beim Feedback eingenommen werden können. Patientinnen und Patienten akzeptieren schnell, dass sich Therapeutinnen und Therapeuten während der Gruppenarbeit mit eigenen Stellungnahmen zu inhaltlichen Problemen der Patienten sehr zurückhalten werden, diese eher als zusammenfassende Stellungnahmen gelegentlich einbringen werden. Andererseits werden die Therapeuten auf Wunsch der Patienten sehr wohl eigene Stellungnahmen jeweils unmittelbar abgeben.

4.3.1 Orientierung

Die Sitzung beginnt mit einer Stellungnahme einzelner Patienten zu folgenden möglichen Fragen, von denen sich die Patienten die für sie zutreffenden für einen Einstieg in die Sitzung aussuchen können: „An welchem Problem möchte ich heute gern intensiver arbeiten? Oder möchte ich heute eher an der Arbeit eines anderen Gruppenteilnehmers beteiligen oder auch nur zuhören und zuschauen?“

Orientierungs-Phase

Mitteilungen eines jeden Patienten über sich und seine aktuelle Situation im Therapieprozess, dazu (ergänzend) möglich:

- evtl. Einführung neuer Patienten (z.B. bei offenen Gruppen);
- Orientierung der Patienten-Erwartungen (Sitzung im Gesamtverlauf);
- Berichte über Hausaufgaben (nur kurz, und zwar mit Blick auf Sitzungsplanung; eine ausführlichere Besprechung erfolgt in der → Hausaufgaben-Phase gegen Ende der Sitzung);
- Reihenfolge der Patienten und Grobfestlegung der Probleme (→ Problemanalyse-Phase) oder Ziele (→ Zielanalyse-Phase);
- Gegen Ende der Orientierungsphase entscheidet sich *ein Patient* für eine intensivere Problembearbeitung in der Gruppe (nachfolgend sog. *Fokus-Patient*).

Haben Patienten überhaupt keine Lust, irgendetwas zu sagen oder zu tun, dürfen sie schweigen und zusehen. Das Einzige, was sie in einer solchen Situation lediglich mitteilen sollten, ist: „Ich möchte zunächst nichts sagen!“ Dies wird u.a. damit motiviert, dass erst dadurch klar ist, was sie möchten; und zugleich lässt sich leichter feststellen, wann diese erste Einstiegsrunde in die Sitzung herum ist.

Im Unterschied zu anderen zieloffenen Gruppenkonzepten verzichten wir grundsätzlich auf sogenannte „Aufwärm-Übungen“ der Gruppe und steigen unmittelbar in das Orientierungsgespräch ein. Wir sind davon abgekommen, nachdem klar wurde, dass es Patienten gibt, denen es psychisch nicht sehr gut geht und für die es ein großes Bedürfnis war, dies möglichst unmittelbar in der Gruppe zu bekunden. Die betreffenden Patienten haben „Aufwärmübungen“ der Gruppe bisher *immer* als sehr hinderlich und störend empfunden.

Bereits bei diesem Orientierungsgespräch über sich selbst werden die Patienten dazu angeregt,

- mitzuteilen, ob sie heute in eine intensivere Therapiearbeit (mit Problem- oder Zielperspektive) einsteigen möchten und,
- wie dringlich dieser Wunsch ist (d.h. gleichzeitig mitzuteilen, ob man anderen mit vordringlicheren Problemen auch den Vortritt bei der Therapiearbeit einräumen könnte).

Melden zwei oder mehr Patienten ein Bedürfnis nach intensiver Therapiearbeit an, wird die Reihenfolge in der Regel durch ein klärendes Gespräch der Beteiligten untereinander bei zugleich deutlicher Zurückhaltung der Therapeuten festgelegt.

4.3.2 Problemanalyse vs. Zielanalyse

Der Fokuspatient als Protagonist der Problembearbeitung berichtet zunächst etwas ausführlicher über jene Aspekte seiner Probleme, die er bearbeiten möchte. Lediglich in den ersten Sitzungen ist es erforderlich, dass ihn die Therapeuten darin unterstützen, zu entscheiden, ob er mit einer problemanalytischen Klärung beginnen oder weitermachen möchte – *oder* – ob ihm seine Zielvorstellungen bereits relativ klar sind. Ist Letzteres der Fall, wird der im Handout als “Problemanalyse-Phase” ausgewiesene Bereich übersprungen und direkt mit der “Zielanalyse-Phase” fortgefahren.

Gruppengemeinsame Problemanalyse

Problem-Exploration und *Problem-Strukturierung* mit dem Fokuspatienten in und mit der Gruppe z.B. durch

- Befragung (Probleme explorierend und analysierend) durch die übrigen Gruppenteilnehmer; oder

- Therapeuten-Gespräch mit dem Fokus-Patienten zur Vorbereitung einer diagnostischen Verhaltensstichprobe (zumeist nur kurz)

Begründung und Entwurf möglicher Übungseinheiten für die nachfolgende → Problemsimulation in der diagnostischen Verhaltensstichprobe, diese sind differenzierbar nach

- Problemverhalten, Zielverhalten
- positiver Sinn, Funktion und Zielperspektive
- Simulierbarkeit (nicht zu seltene Situationen! Kontexte beachten!)
- Spezifität (wer? was? wann? wo? mit wem? wie? wozu?)

Bei einem Einstieg in eine *Problemanalyse-Phase* bestehen prinzipiell zwei Möglichkeiten:

Zunächst Befragung, anschließend Beratung. Entweder tritt die Gruppe in eine längere *gruppengemeinsame Befragung* des Fokus-Patienten ein. Diese Befragung hat z.B. das Ziel, dass alle Gruppenteilnehmer in einer anschließenden Feedback-Runde zumeist als Berater des Patienten fungieren und auf diese Weise die bisherige Problemsicht des Protagonisten um vielfältigere weitere Aspekte bereichern können. Eine solche Befragung wird in aller Regel solange fortgeführt, wie die Mitpatienten noch Informationen benötigen, um dezidiert zum angesprochenen Problem Stellung nehmen zu können. Eine solche Fragerunde der Gruppe dauert in aller Regel 15 bis 30 Minuten. Während der Befragung sollten noch keine Ratschläge gegeben werden. Über je mehr Informationen wir über ein Patientenproblem verfügen, umso besser können wir in eine Beratung einsteigen. Die Beratung erfolgt als anschließendes Feedback.

Vorbereitung einer diagnostische Verhaltensstichprobe. Oder der Therapeut schlägt von sich aus nach nur kurzer Problemdarstellung und Befragung durch die Gruppe eine *Problemsimulation* in und mit der Gruppe vor. Nur in den ersten Sitzungen ist es dazu notwendig, den Patienten um hinreichende Informationen zum Problemverhalten, zur Sinn- und Zielperspektive und zur Spezifität zu bitten. Im Verlauf der weiteren Sitzungen und mit zunehmender Einsicht in die Möglichkeiten einer solchen diagnostischen Verhaltensstichprobe werden die dazu notwendigen Informationen unmittelbar geliefert. Gelegentlich kann es sogar vorkommen, dass Patienten von sich aus mit dem Aufbau der notwendigen Rahmenbedingungen für eine Problemsimulation beginnen.

4.3.3 Problemsimulation; Problemaktualisierung

Die Problemsimulation in und mit der Gruppe wird in aller Regel der „Problemexploration durch die Gruppe“ vorgezogen, da sie besser geeignet ist, ein Stück „Lebenswirklichkeit“ des Patienten in die Gruppe zu holen. Je nach Problemstellung haben die Therapeuten unterschiedliche Möglichkeiten, eine solche *diagnostische Verhaltensstichprobe* anzuregen und durchzuführen.

Problemaktualisierung und diagnostische Verhaltensstichproben

Der Therapeut „begleitet“ den Fokus-Patienten und hilft diesem bei der Rekonstruktion der Problem-Bedingungen. Mögliche *Formen der Realisierung* sind:

- *Aufstellungen:* Aufbau einer verhaltensanalytisch-kognitiven Struktur im Raum mit Hilfe der anderen Patienten, die z.B. für bestimmte Problemaspekte (Anforderungen, Werthaltungen, Einstellungen oder Normsysteme) aufgestellt werden können;