

Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen in Therapeutischen Wohngemeinschaften¹

Anke Rabe & Claus-Peter Rosemeier

Zusammenfassung

Der Artikel gibt zunächst einen Überblick über **Problemlagen und Störungsbilder** der Jugendlichen, die in einer TWG leben und betreut werden. Unterschieden wird dabei vor allem zwischen vorübergehenden, an die zu bewältigenden Entwicklungsabschnitte der Pubertät geknüpften, und somit *funktionellen Störungen*, und *strukturellen Störungen*, bei denen Ausmaß und Umfang der Beeinträchtigungen vermuten lassen, dass sie die Zeit der Adoleszenz überdauern. Beide, funktionelle wie strukturelle Störungen, manifestieren sich in der Interaktion, in der Auseinandersetzung mit dem Gegenüber. Vom Einzelnen werden eine Reihe von Fähigkeiten gefordert, die das Miteinander - und damit die gelingende Auseinandersetzung auf den unterschiedlichsten Ebenen des alltäglichen, sozialen, schulischen, beruflichen Lebens - bestimmen und regulieren, es letztlich erst möglich machen.

Zur differenzierteren Erläuterung dieser Fähigkeiten und deren Entwicklung geben wir einen kurzen Einblick in das **Mentalisierungskonzept**, das nach unserer Ansicht eng verknüpfbar ist mit Haltung und Methode der **psychoanalytisch-interaktionellen Therapie**. Deren Grundprinzipien werden erläutert, auch und besonders in Bezug auf die **Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen**.

Die theoretischen Überlegungen werden mit Ergebnissen empirischer Untersuchungen und Fallvignetten aus der TWG und der Gruppentherapie ergänzt und veranschaulicht.

Problemlagen und Störungsbilder bei Jugendlichen

In ihrem Denken und Fühlen, ihrem Handeln und ihren sozialen Interaktionen sind viele der Jugendlichen, mit denen in therapeutischen Wohngruppen gearbeitet wird, in unterschiedlicher Weise so beeinträchtigt, dass sie auch altersspezifisch übliche Anforderungen nicht oder nur unter Aufbietung erheblicher (eigener und fremder) Kräfte bewältigen können.

Alterstypische Entwicklungsaufgaben werden nur zum Teil und häufig auf letztlich selbstschädigende Weise zu lösen versucht. Viele der Jugendlichen sind vor allem in ihrer Interaktion mit anderen und ihrer Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Umwelt beeinträchtigt. Dies führt zu vielen Konflikten in Schule, Familie, Freundschaften, zu einer Orientierung an destruktiv agierenden Cliques/Szenen und/oder zu sehr starkem sozialem Rückzug.

Vor dem Hintergrund schwieriger früher Beziehungserfahrungen, traumatischer Erlebnisse etc. haben viele Jugendliche **strukturelle Defizite** in ihrer Entwicklung mitgebracht, die sich auf ihr Fühlen, Denken, Handeln und ihre Aufmerksamkeit erheblich einschränkend auswirken, mit der Folge, dass sie in nahezu allen Bereichen der Gestaltung von Beziehungen, d.h. in potenziell allen sozialen Situationen beeinträchtigt oder zumindest „besonders“ sind.

¹ Der vorliegende Artikel ist die zusammengefügte und überarbeitete Version zweier Aufsätze der AutorInnen, die im 3. Band des Readers des Arbeitskreises Therapeutischer Jugendwohngruppen, 2012, erschienen sind.

Magda

Magda ist eine 15 jährige Jugendliche, die mit Ihrer Mutter etwa 5 Jahre zuvor aus der Ukraine zu ihren Großeltern mütterlicherseits nach Berlin gekommen ist. Sie kommt aus der Klinik zu uns, nachdem sie aus einer Kinderheimgruppe, in der sie etwa 2 Jahre war, in die Klinik gebracht wurde. Magda ist ein schulisch sehr engagiertes und intelligentes Mädchen, die aber äußerst große Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen und mit Erwachsenen hat. Sie kann kaum angemessen kommunizieren und Beziehungen eingehen, verwickelt sich bei geringfügigen Versagungen, bei von ihr vermuteter Kritik oder von ihr befürchteter, geringfügiger eigener Unzulänglichkeit oder auch ohne erkennbaren Anlass in Streitereien, die quasi aus dem Stand heraus verbal extrem aggressiv und beleidigend sind. Dabei fühlt man sich als „Beschimpfter“ im Grunde nicht gemeint und es kommt letztlich zu keiner Auseinandersetzung, auch wenn der Streit endlos eskalieren könnte, sondern nur zur Herstellung von Distanz. Wenn Magda außerhalb solcher Eskalationen erzählt oder spricht – und das liegt im Wesentlichen nicht an der Beherrschung der deutschen Sprache – , springt sie von einem Thema zum anderen, wechselt mitten im Satz den Gegenstand, überspringt notwendige logische Verknüpfungen und bringt den Zuhörer dazu, die fehlenden Inhaltsverbindungen erraten und ergänzen zu wollen. Dabei ist sie emotional sehr engagiert und ihr Wunsch, emotional begleitet und verstanden zu werden, ist sehr deutlich fühlbar.

Im Gruppensetting des WG-Alltags und in der Therapiegruppe wirkt sie immer wieder von der Vielzahl der Bezüge unter den Anwesenden überfordert, und beschreibt in Zweier-Gesprächssituationen ihre im wesentlichen projektiven ablehnenden und aggressiven Fantasien über die Gedanken der anderen Jugendlichen oder auch der Betreuer, die sich ihrer Vermutung nach ständig mit ihr beschäftigen.

Deutlich ist, dass es bei ihren Erzählungen und dargestellten Fantasien weniger um den verbal mitgeteilten Inhalt, der lange Zeit häufig weitgehend unverständlich blieb, als um das Sprechen als Handlung, als in Szene setzen innerer Affekte, Wünsche und Ängste geht, die sich durch die Worte und den Sprechakt hindurch als Gefühl, Ideen und Handlungsbereitschaft beim Gegenüber einstellen.

Joachim

Joachim ist ein 16-jähriger Jugendlicher, der von seiner Mutter aus dem Ruhrgebiet nach Berlin „verbannt“ wird, weil sie die Beziehung des Jungen zu einem Mädchen als äußerst schädlich ansieht. Joachim nimmt sehr freundlich, sympathisch und gewinnend Kontakt auf, hält sich aber, ohne darin beeinflussbar zu sein, an keinerlei Regel der WG oder Absprachen. Nach einer unerlaubt außerhalb der WG verbrachten Nacht kommt er gut gelaunt zurück und erwartet ganz selbstverständlich, dass man sich freut, ihn zu sehen. Positiv formuliert wirkt Joachim so, als lebe er weitgehend zufrieden, ganz entspannt im Hier und Jetzt und unbelastet von anstrengenden, mühsamen Gedanken über gestern und morgen oder Ziele und Aufgaben.

So wie Regeln und Absprachen für ihn nur von kurzer Bedeutung sind – nur in der unmittelbaren Interaktionssituation des darüber Sprechens –, kann man vermuten, hat er die grundlegende Erfahrung gemacht, dass seine Gefühle und Wünsche keine Bedeutung bei der Gestaltung seiner inneren und äußeren Realität haben und dies in einem ganz basalen, alltäglichen und körperlichen Sinne.

Das Erleben von Beziehungsszenen zwischen seiner Mutter und ihm und die eigenen Erfahrungen im unmittelbaren Kontakt mit Joachim (und auf andere Weise auch mit seiner Mutter), zeigen zum einen eine bemerkenswerte Anpassungsbereitschaft Joachims. Er versucht, die Gefühle, Wünsche und Tendenzen seines Gegenübers zu erspüren und sich möglichst schon vorab diesen anzupassen, mit der als Gegenüber gefühlten Absicht, Übereinstimmung herzustellen. Gleichzeitig wird eine symbiotische Verstricktheit und nahezu ununterbrochene Grenzüberschreitung durch die Mutter fühlbar, die jede emotionale, gedankliche und körperliche Regung Joachims kommentiert, interpretiert,

umdeutet und ihm sagt, wie er zu fühlen habe – und dies auf ganz freundliche Weise – etwa wie die Schlange Kaa aus dem Dschungelbuch, bevor sie ihr Opfer verschlingt. Die Unterbringung wird durch die Entscheidung der Mutter, Joachim wieder nach Hause zu holen, beendet. Der begonnene Versuch, Joachims Gefühlen, Gedanken und Handlungen in den aktuellen, realen Beziehungen Bedeutung zu geben – man könnte auch sagen, mit dem Versuch der Triangulierung, zu beginnen – wird von der Mutter gerade an der Stelle unterbrochen, an der die TWG sozusagen als „Dritter“ in der Symbiose „Bedeutung“ zum reflexiven Thema zu machen beginnt.

Auch bei Joachim sind Sprache und Verhalten eher als Mitteilungen über innere Zustände und die wesentlichen Beziehungserfahrungen zu entschlüsseln als auf der Ebene der Wortbedeutungen oder der realen Handlungsfolgen. Auf der Beziehungsebene bleibt eine weitgehende Ratlosigkeit zurück, die bei Joachim – anders als bei Magda – zunächst weniger belastend ist, weil er zumeist freundlich, charmant und gewinnend gestaltet wird. Bedeutsame Interaktionserfahrungen entstehen im Zweier-Kontakt oder in der Gruppe jedoch kaum.

Nun haben sicher nicht alle Jugendlichen in einer TWG diagnostisch gesehene strukturelle Störungen – ihr Anteil ist aber erheblich (s.u.). Auch dann, wenn Defizite in wesentlichen Ich-Funktionen zu verzeichnen sind, sind diese weder bei den Betroffenen immer als sehr schwer zu bezeichnen noch ständig vordergründig vorhanden. Andererseits haben auch Jugendliche, deren Problematik/Symptomatik auf anderem (höherem) strukturellen Entwicklungsniveau anzusiedeln ist, in manchen Bereichen, z.B. der Selbstwahrnehmung, häufig in „sozialen Situationen“/in der Interaktion mit erhebliche Schwierigkeiten zu kämpfen (vgl. Streek-Fischer & Streek, 2010, S. 438f.) Wir sprechen dann von **funktionellen Störungen**.

Anna

Anna ist 15 Jahre als sie aus einer Kriseneinrichtung, die sich wegen erheblicher Selbstverletzungen überfordert fühlte, im Anschluss an einen Klinikaufenthalt in unsere TWG kommt. Hintergrund ist ein schwieriger familiärer Konflikt zwischen Anna und ihrer Mutter, der sich aus Annas Sicht um die große Strenge/Kälte, die Nichtbeachtung ihrer Bedürfnisse und ihrer Person durch die Mutter dreht. Ihre jüngeren Halbgeschwister würden ihr sehr vorgezogen, sie selbst müsse nur funktionieren. Die Mutter sieht im Prinzip keinen Grund für Annas Beschwerden, es gebe keinen familiären Konflikt, wenn Anna diese Situation (Klinikaufnahme) nicht zusammen mit Freundinnen, die sie negativ beeinflusst haben, absichtlich inszeniert hätte. Anna schade damit dem guten familiären Zusammenleben.

Anna ist eine gute Schülerin mit vielen musikalischen Interessen und Fähigkeiten. Sie wirkt in ihrem Aussehen und Verhalten um einiges älter. Dies macht sie für „ältere“ Männer (zumeist um die 20 Jahre) attraktiv. Sie berichtet von einigen kurzdauernden Beziehungen. Auffällig ist, dass Konkurrenz auf der Ebene weiblicher Attraktivität von Seiten der Mutter schnell angesprochen und als Problem im innerfamiliären Umgang (indirekt auch in Bezug auf den neuen Partner der Mutter und Vater der jüngeren Geschwister) thematisiert wird. Anna wirkt in der ersten Zeit der TWG-Betreuung sehr verunsichert, äußert Schulängste, Suizidgedanken, verletzt sich selbst und hat erhebliche Stimmungsschwankungen. Sie schafft es immer weniger zur Schule zu gehen und wird schließlich - auch auf Betreiben der Mutter - erneut für 3 Wochen in der Klinik stationär aufgenommen. Nach ihrer Wiederaufnahme in der TWG stabilisiert sie sich langsam, beginnt sich im WG-Gefüge zu integrieren und Beziehungen zu BetreuerInnen und Jugendlichen aufzunehmen. Allein der Schulbesuch will nicht klappen. Als würde sie der Mutter diesen (der Mutter) extrem wichtigen Leistungsbereich verweigern, entzieht sie sich dem Schulbesuch durch Krankheit und Ängste, was zu einem nochmaligen Klinikaufenthalt (erneut von der Mutter stark gewünscht) zwecks Diagnostik in Bezug auf besondere Beschulung führt.

Der Entscheidung aller Beteiligten, Anna solle in einer Regelschule wieder kontinuierlich beginnen, kommt sie - mit etwas Anlaufschwierigkeiten - nach und kann sich sozial und leistungsmäßig gut stabilisieren. Anna kann den Rahmen der TWG und der parallelen Einzelpsychotherapie für ihre Entwicklung sehr gut nutzen, ist sehr viel besser in Kontakt mit anderen Jugendlichen und mit Erwachsenen, erlebt weniger Stimmungsschwankungen bzw. kann ihre Emotionen und Affekte besser regulieren, situative Zusammenhänge verstehen und sich den sozialen und schulischen Anforderungen adäquat stellen. In der Gruppe der Jugendlichen nimmt sie eine zunehmend bedeutsame Stellung ein und wächst zur „großen Schwester“ heran, die um das Miteinander sehr bemüht ist.

Die Beziehung zwischen Mutter und Anna ist durchgehend schwierig. Sie schwankt zwischen vorsichtiger Annäherung, wechselseitigen Vorwürfen und großen Enttäuschungen, Phasen recht guter Kontakte bis zu länger dauerndem vollständigem Abbruch. Die Wünsche Annas, von der Mutter so akzeptiert und „geliebt“ zu werden, wie sie ist, und nicht so wie die Mutter will, dass sie sei, werden wiederholt auf sehr konkreter Ebene durch heftige Ablehnung enttäuscht, aller (zumindest kurzfristiger) Anpassungsbereitschaft Annas zum Trotz. Eine Versöhnung scheint seitens der Mutter nicht möglich – die Kränkung und die Konkurrenz zu stark.

Die Mutter ist nach kurzer Zeit der Beruhigung durch die Aufnahme in der TWG der TWG-Betreuung gegenüber durchgehend distanziert bis ablehnend. Sie fühlt sich in ihrer Erziehungskompetenz in Frage gestellt und „beschuldigt“, für die Probleme Annas verantwortlich zu sein. Es gelingt nicht, mit der Mutter in einen hilfreichen Arbeitskontext zu gelangen, sodass im Grunde ein sehr schwieriger Loyalitätskonflikt für Anna bestehen bleibt – auch positive Entwicklungen während der Zeit der TWG-Betreuung können potentiell den Ärger der Mutter heraufbeschwören bzw. nicht zu einer Linderung ihrer Kränkung beitragen.

Kleiner Exkurs zu den Fallvignetten: Im Nachhinein fällt uns auf, dass „die Väter“ kaum auftauchen und nicht Gegenstand der Betrachtung sind. Auch das ist sicher kein Zufall! – wenngleich wir natürlich auch mit Familien arbeiten, in denen nicht nur die „abwesenden“, sondern auch die präsenten Väter auf die eine oder andere Weise eine sehr wesentliche Rolle spielen. Für die beschriebenen Fälle kurz ergänzt: Magdas Vater brach schon in der Schwangerschaft den Kontakt zur Mutter ab – der Großvater hat jedoch im Familiengefüge eine sehr wichtige und sehr schwierige Rolle. Joachims Vater hat sowohl die Mutter als auch Joachim mit Willkür, Gewalt und Bedrohung erheblich beeinträchtigt bis der Kontakt durch die Mutter völlig abgebrochen wurde. Anna hat selten Kontakt zu ihrem Vater, der jedoch durch seinen Alkoholismus und seine Unzuverlässigkeit schwierig und für Anna belastend ist. In Bezug auf den Vater ihrer Geschwister hatte sie mit den möglichen Konkurrenzgefühlen der Mutter zu tun.

Ein Blick auf Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren im Allgemeinen zeigt, dass ein Teil struktureller Defizite oder vielleicht weniger streng: einer „strukturellen Unsicherheit“² zumindest phasen- oder situationsweise eingeschränkter Ich-Funktionen geradezu ein Kennzeichen der Adoleszenz³ ist und insofern sowohl bei unseren, wie bei potenziell allen anderen Jugendlichen gelegentlich auftauchen. Viele der „Symptome“ können oder sollten daher sicher nicht bereits „an sich“ als Abweichung oder Krankheit betrachtet werden. Auf der Ebene der Beziehungen, der Selbstwahrnehmung, des Verhaltens und der Interaktion sind

² Im Zusammenhang mit bisweilen heftigen Über-Ich- und Triebkonflikten bei gleichzeitig besonders hohen gesellschaftlichen Anforderungen an gut funktionierende Ich-Strukturen, einem physiologischen Umbau im Gehirn, einem jugendlichen Experimentieren und Rebellieren etc.; vgl. Staats, 2012.

³ Jede/r, der eigene Kinder in diesem Alter hat bzw. hatte und mit diesen gemeinsam in der Pubertät war bzw. gerade ist, wird die Unterscheidung zwischen „normalen“ und „besonderen“ Jugendlichen gelegentlich kaum treffen können.

Jugendliche in einer TWG tatsächlich in vieler Hinsicht nichts anderes als besondere Jugendliche, die aus unterschiedlichen Gründen in diesem besonderen sozialen Kontext leben, gesehen und betreut bzw. behandelt werden.⁴

Betrachtet man die Ich-strukturellen Unsicherheiten, die sowohl im alltäglichen Verhalten beobachtbar als auch und vor allem in der Beziehung erlebbar sind, sind die Schwierigkeiten auf vielen Ebenen der Beziehungsgestaltung, der Selbstwahrnehmung, der Identifikation und des Erlebens von Gefühlen/Affekten, der Selbstregulation und der Interaktion/Kommunikation anzusiedeln (vgl. ausführlich Streek & Leichsenring, 2009, S. 21ff.; Rudolph, 2004):

- Beziehungen zu anderen sind brüchig, wechseln zwischen Idealisierung und Verteufelung des anderen oder werden weitgehend gemieden (und z.B. in die virtuelle Welt verlagert);
- die Selbstwahrnehmung schwankt zwischen Größenvorstellungen und Vernichtungsängsten und ist extrem störungsanfällig;
- eigene und fremde Gefühle werden „falsch“ interpretiert, erscheinen undifferenziert und verändern sich u.U. blitzschnell in einem Entweder-oder-Modus;
- mit dem Genannten verbundene und daraus z.T. resultierende, unaushaltbare innere Spannungszustände werden z.B. in selbstverletzendem Verhalten, Alkohol- und Drogenmissbrauch, gewalttätigen Auseinandersetzungen etc. entladen;
- im Kontakt zu anderen und in der Auseinandersetzung mit als schwierig erlebten Situationen herrscht häufig „wildes Agieren“ – Kommunikations- und Verständigungsversuche (vor allem auch Mitteilungsversuche über emotionales Befinden und innere Affekte) finden häufig weniger sprachlich als szenisch handelnd statt.

In einer empirischen Untersuchung der therapeutischen Jugendwohngruppen in Berlin 2007 kommt Prof. Henricke zu folgender Übersicht.

⁴ Sicherlich sind die Jugendlichen, die in einer TWG betreut werden, nicht zufällig dort. Sie haben einen Weg in und außerhalb ihrer Familie hinter sich, der sie häufig über Zwischenstationen in Kliniken oder anderen Jugendhilfeeinrichtungen dorthin geführt hat. Zumindest auf der sichtbaren und erlebbaren Ebene des Verhaltens und Denkens haben sie Konflikte, die in anderen Kontexten nicht auf gesundheitlich und entwicklungsmäßig zuträgliche Weise bewältigt werden konnten. Dennoch ist dies unbedingt mit zu denken.; vgl. Kleve, 2012

Prof. Dr. Klaus Henricke
Zur Häufigkeit des Einsatzes von Psychopharmaka in Therapeutischen Einrichtungen der
Jugendhilfe (TWGs) in Berlin, 2007

• **Tab. 1: Rangfolge der 10 häufigsten Diagnosen und Diagnosen-**
gruppen nach ICD-10

• Diagnosen	Anzahl	Prozent	Rang
• F60 Persönlichkeitsstörungen	23	27,1%	1
• F32-33 Depressive Störungen	19	22,4%	2
• F2 Schizophrenie	14	16,5%	3
• F43.1 Posttraumatische Belastungs- störung	11	12,9%	4
• F43.2 Anpassungsstörungen	11	12,9%	5
• F50 Essstörungen	9	10,6%	6
• F92.0 Komb.Störung d. Sozialverhalten mit depressiver Störung	9	10,6%	7
• F40-41 Angststörungen	7	8,2%	8
• F1 Cannabis	6	7,1%	9
• F1 Politoxikomanie	5	5,9%	10

Die Rangfolge der ICD-Diagnosen und die Häufigkeit vermittelt ein Bild der bei den Jugendlichen in den TWGs auftretenden Störungsbilder. Deutlich wird, dass ein erheblicher Teil mit frühen Beziehungsstörungen und/oder Traumatisierungen, mit häufig stark unsicheren oder desorganisierten Bindungsmustern und z.T. erheblichen Defiziten/Störungen in ihrer Ich-Entwicklung belastet sind. Fast 80 % der Jugendlichen in TWG's haben mindestens eine psychiatrische Diagnose, fast 50 % davon haben 2 oder mehr Diagnosen.⁵

Henricke fasst die Ergebnisse wie folgt zusammen: „Die TWGs übernehmen einen gewichtigen Teil der psychiatrischen Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Nachsorge und Rehabilitation). Nach meiner Kenntnis wird dies in der Versorgungsdiskussion wie auch in der Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie wenig berücksichtigt.“ (Henricke, 2007, S.19)⁶

D.h. noch einmal jenseits psychiatrischer Kategorisierung auf der beschreibenden Problemebene zusammenfassend gesagt: In ihrem Denken und Fühlen, ihrem Handeln und ihren sozialen Interaktionen sind viele der Jugendlichen in unterschiedlicher Weise derart beeinträchtigt, dass sie auch altersspezifisch übliche Anforderungen nicht oder nur unter Aufbietung erheblicher (eigener und fremder) Kräfte bewältigen und alterstypische Entwicklungsaufgaben nur zum Teil und häufig auf letztlich selbstschädigende Weise zu lösen versuchen. Zudem sind viele der Betroffenen in ihrer Interaktion mit anderen und ihrer Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Umwelt beeinträchtigt. Dies führt zu vielen Konflikten in Schule, Familie, Freundschaften, zu einer Orientierung an häufig destruktiv agierenden Cliquen/Szenen und/oder zu sehr starkem sozialem Rückzug.

⁵ Mit Ausnahme von Drogen und Psychosen, die seltener vorkamen, wird diese Verteilung in der quantitativen Auswertung von 237 Fällen in der Kata-TWG-Studie (Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin, 2009) sowie bei einer aktuellen Auszählung der betreuten Jugendlichen in unseren TWG's in den letzten 3 Jahren bestätigt; vgl. außerdem Henricke (2007).

⁶ Notwendig ist es sicherlich, neben den offensichtlichen Gemeinsamkeiten zwischen stationärer Klinikbehandlung und TWG-Betreuung auch die wesentlichen Unterschiede zu berücksichtigen, die sich auf den institutionellen Auftrag, die Qualifikation der MitarbeiterInnen, die sachlichen, personellen und materiellen Ressourcen beziehen.

Die wahrnehmbaren problematischen Verhaltensweisen und diagnostizierbaren Symptome sind Ergebnis dieser strukturellen Schwierigkeiten, Ausdruck zugrunde liegender Bindungs- und Beziehungsproblematiken und in gewisser Weise immer auch individuelle oder familiensystemisch zu verstehende Lösungsversuche – auch wenn diese längerfristig gesehen meist dysfunktional sind.

Mentalisierungstheorie

Die bisherigen Ausführungen lassen sich in vieler Hinsicht auch im Kontext des Mentalisierungskonzeptes zusammenführen und einordnen. Mentalisieren wird vereinfacht zusammengefasst als die – sich im Verlauf der kindlichen Entwicklung bis zum 4./5. Lebensjahr in den Interaktionsbeziehungen nach und nach herausbildende⁷ – Fähigkeit, sich selbst und andere als Personen mit seelischen Zuständen zu verstehen, eigene und fremde Handlungen und Äußerungen als mit mentalen Zuständen des Wünschens, Fühlens, Denkens und der Aufmerksamkeit verbunden zu betrachten und somit als durch seelische Zustände „erklärbar“ zu erfassen. Dies ermöglicht es zu allererst, sich in gewisser Weise mit eigenen Gefühlen, Bedürfnissen, Handlungsimpulsen etc. in Gedanken/im Überlegen zu beschäftigen und die vermuteten, zugeschriebenen Gedanken, Gefühle und Äußerungen anderer als von einem selbst getrennte Wahrnehmungen der Situation in Betracht zu ziehen. Die möglicherweise vorhandene Differenz (oder auch die Ähnlichkeit) der eigenen und der fremden Wahrnehmung bzw. des Empfindens kann so zum Gegenstand des Nachdenkens (und Mitteilens) werden („reflektierender Modus“) und damit potenziell eine veränderte Selbst- und Situationswahrnehmung ermöglichen. Daraus erwachsen im günstigen Fall andere Möglichkeiten der Impulskontrolle und der Selbstregulation, d.h. auch u.U. andere Möglichkeiten der Bewältigung von inneren, emotionalen Krisenzuständen und äußerlichen kritischen Situationen.

In der Auseinandersetzung mit der eigenen inneren Gefühlswelt und Bedürftigkeit sowie mit den Beziehungen zu nahen Personen und zur sozialen Lebenswelt spielen aufgrund der Störungen oder Beeinträchtigungen der Ich-Funktionen etc. Mechanismen der projektiven Identifizierung, der Spaltung, der Verleugnung, des Rückzugs usw. eine erhebliche Rolle, um die wahrgenommenen Anforderungen und Konflikte bewältigen zu können. Die daraus und aus der (vermutlich) allgemeinen Verfasstheit jugendlichen Erlebens resultierende Tendenz (im Alltag und immer wieder auch in der Gruppentherapie), weniger über innere Vorgänge und Beziehungserleben zu sprechen als zu handeln und Gefühle, Wünsche etc. als körperliche Aktionen in Szene zu setzen, bedarf der therapeutischen Arbeit in der Gruppe, um aus dem

⁷ Die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit beim kleinen Kind (Fonagy u.a.) verläuft in Stufen: Im kindlichen Erleben steht zunächst offenbar der „Äquivalenz-Modus“ im Vordergrund: Im Erleben und in Gedanken werden ... „Innen und Außen gleichgesetzt. Was gedacht wird, ist auch real so vorhanden“ (Potthoff, 2008, S. 91). Das vom Kind gefürchtete (fantasierte) Krokodil unter dem Bett ist für das Kind real; oder: die Vermutung, der andere schaue einen böse an, weil er wütend auf einen selbst ist, löst unmittelbar ebenfalls Wut oder Angst aus, weil der vermutete Zustand des Anderen als unmittelbare Wirklichkeit erlebt wird. Gefolgt wird diese Art der Wahrnehmung der Realität von der Möglichkeit des „Als-ob-Modus“: in diesem Modus „kann sich das Kind in Gedanken etwas vorstellen, das in der Realität nicht unmittelbar gegeben ist („Der Stock ist mein Schwert und ich bin ein Ritter“, d. Verf.), es kann mit seinen Gedanken spielen, muss sie aber von der Realität getrennt halten“ (ebd., S. 92).

Eine Integration beider Modi, die Möglichkeit eines situationsangemessenen Wechsels der Modi sowie darüber hinaus ein reflexiver Bezug darauf beginnt sich erst mit dem 4. Lebensjahr nach und nach zu entwickeln und im Erwachsenenalter zu stabilisieren. In Krisensituationen und bei strukturellen Störungen dieses Entwicklungsprozesses kann es zumindest situationsbezogen zu einem mehr oder weniger dauerhaften Verbleiben in einem der beiden Modi kommen, mit der Folge z.T. massiver Einschränkungen der Realitätswahrnehmung, der Beziehungsgestaltungsmöglichkeiten und der Selbststeuerung (vgl. ausführlich z.B. Dornes, 2004).

handelnden Agieren (nach und nach und immer wieder aufs Neue) in ein sprachliches Reflektieren zu wechseln.

Die Jugendlichen erleben und bearbeiten für sie schwierige, belastete, belastende oder angespannte Situationen häufig im „Äquivalenzmodus“⁸, projizieren ihre Affekte und Gedanken auf Andere oder spalten ihr gefühlsmäßiges Erleben und/oder ihre Gedanken, Wünsche, Vorstellungen soweit von realen Situationen ab, dass keine Verbindung herzustellen ist.

Ihre spezifische Subjektivität ist in mancher Hinsicht aufgrund der schwierigen frühen Erfahrungen ein „fremdes Selbst“⁹, mit dem Pädagogen und Therapeuten konfrontiert werden. Dieses fremde Selbst wird immer wieder nach außen projiziert, um ein authentisches Selbsterleben zu ermöglichen und den Zusammenhalt des Selbst zu gewährleisten (Potthoff, 2009, S. 93).

Die Schwierigkeit der Arbeit, die Schwierigkeit des „markierten Spiegels“ (Fonagy) oder des „Antwortens“ im Sinne der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie liegt darin, dass es einen aus der Erfahrung resultierenden inhärenten Druck gibt, in der aktuellen Interaktion entsprechend einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung die „bekannten, alten Erfahrungen“ zu wiederholen.

Die Jugendlichen handeln und stellen in ihrem Handeln und Reden ihr innerpsychisches Erleben im Äußeren dar und verwickeln *Jeden* in ihre Reinszenierungen. Das unbewusste Ziel dieser Wiederholung ist vermutlich ein Doppeltes: einerseits im Wiederholen die „Richtigkeit“ der bisherigen Wahrnehmung und Interpretation zu bestätigen, so schmerzhaft oder negativ sie auch ist, und zugleich vielleicht die Hoffnung, eine andere „Antwort“ zu bekommen, eine andere Erfahrung zu machen, vielleicht doch verstanden und angenommen zu werden. Es ist im unmittelbaren Alltag, u.U. mehr noch als in der therapeutischen Situation, häufig sehr kompliziert, spontan und/oder überlegt dem „Prinzip Antwort“ zu entsprechen. Letztlich ermöglicht es nur die offene, kontinuierliche Fallanalyse, die affektiven Mitteilungen zu verstehen, die eigenen emotionalen Verstrickungen wahrzunehmen und so viel reflektierende Distanz herzustellen, dass eine metabolisierte Antwort gegeben werden kann. Ein „grundgereinigtes Gefühl“ soll zurückgegeben werden, das sich im Grunde dadurch unterscheidet, dass es schon einmal „beguckt“, hin- und her gewendet und für „schwer oder leicht“, also schließlich für „handhabbar“ befunden wurde.

Daher ist es unbedingt notwendig, im Rahmen von intensiven Fallbesprechungen immer wieder zu reflektieren und zu verstehen, welche interaktionellen Szenen inszeniert werden, welche Gefühle bei wem im Spiel sind, um eine markierte Antwort geben, in Anführungszeichen: „pädagogisch sinnvoll“ handeln zu können und nicht selbst im Äquivalenzmodus mit zu agieren.

Um dies zu gewährleisten, ist neben der Schulung des reflektierenden Modus die Triangulierung im kollegialen Fachdiskurs notwendig, die besonders dem emotional am meisten Involvierten ermöglicht, selbst durch die reflektierende Tätigkeit der Gruppe metabolisierte Affekte zurückzubekommen und aufnehmen zu können – auch hier findet der so

⁸ „Der Äquivalenzmodus des Erlebens unterscheidet nicht zwischen dem, wie man den anderen empfindet, und seiner Wirklichkeit, und das macht es praktisch unmöglich, Übertragungen als solche zu erkennen.“ (Hirsch, 2009, S. 47)

⁹ Im Sinne Fonagys, siehe: Potthoff (2009, S. 93), zur Differenz zu „falschem Selbst“ bei Winnicott siehe ebd.

beschriebene Reinigungsprozess¹⁰ statt, der die Erlebens- und Handlungsfähigkeit erst wieder herstellt.

Dies ist, so scheint uns, der entscheidende Punkt, weshalb bei den Beschreibungen des Therapeutischen Milieus in den TWGs die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit und der intensiven Fallbesprechungen einen so außerordentlich großen Stellenwert hat. Manchmal erscheint es so, als sei dies, neben den – relativ gesehen einzelnen – Stunden der beschäftigten Psychologen mit den Jugendlichen, das einzig Besondere an TWGs im Vergleich zu Regelgruppen.¹¹

Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppenpsychotherapie

Gerade die Gruppentherapie der Jugendlichen bietet einen hilfreichen Rahmen an, um an der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit, am Erleben und Erlernen des „reflektierenden Modus“ die interaktiven Fähigkeiten und Möglichkeiten der einzelnen Jugendlichen zu stärken. In der Gruppentherapie gibt es den Raum, zu erfahren und zu erleben, wie mit Gedanken, Gefühlen und Wünschen umgegangen wird.

Die „mütterliche Funktion“ des Haltens und Aufnehmens und die „väterliche Funktion“ des Beobachtens, Verbindens, Begrenzens – die in Analogie wesentliche Aspekte der therapeutischen Haltung bilden – tragen durch das unmittelbare Gegenüber des Therapeuten bzw. durch die Einbeziehung anderer Gruppenmitglieder als realer Interaktionspartner zur Strukturierung und Stabilisierung bei.

Die häufig fehlende (oder wenig entwickelte) Fähigkeit zur Triangulierung, die einen Wechsel der Perspektive und damit ein Reflektieren der eigenen und der anderen Position ermöglicht, ist in der Gruppensituation im Grunde einfacher herzustellen als in der Zweiersituation des therapeutischen Einzelkontakts. Viele Jugendliche sind von ihren innerpsychischen Möglichkeiten her (wenn überhaupt) kaum in der Lage, über dyadisches Beziehungserleben hinaus trianguläre Beziehungen einzugehen, zu ertragen und zu gestalten. In den oben beschriebenen Schwierigkeiten der Beziehungsgestaltung, des Selbstwahrnehmens, der Kommunikation und Interaktion zeigt sich auch der fehlende, oder zumindest sehr wacklige Bezug auf ein „Drittes“ oder eine/n Dritten. Die Möglichkeit des Sich-Beziehens auf einen/ein Dritten/s kann sowohl einen hilfreichen Bezugspunkt/Orientierungspunkt außerhalb des unmittelbaren (Beziehungs-)Geschehens als auch ein notwendiger Rückzugspunkt aus bedrängender Nähe in der Dyade sein – ohne dass die Angst vor dem völligen Verlassen-Sein zu groß wird.

Diese Möglichkeit der Triangulierung bezieht sich sowohl auf „Dritte“, als aktuell reale oder als internalisierte Personen, auf gesellschaftliche Institutionen (z.B. Schule) und Gruppen, in denen der Alltag erlebt wird, als auch (davon abgeleitet) auf „symbolische Dritte“ wie Normen, Regeln, Gesetze bzw. deren institutionalisierte Formen. Damit steht das „Dritte“ auch der erlebten und immer wieder neu in Szene gesetzten Brüchigkeit aller dyadischen Beziehungen schützend und potenziell hilfreich gegenüber. Zugleich steht der Bezug auf „Drittes“ der „Unfähigkeit/Unmöglichkeit/Unlust“, sich in geregelten Kontexten einigermaßen sicher,

¹⁰ In unserer Vorstellung ist dies kein esoterischer Reinheitsprozess, sondern eher eine Maschinenreinigung mit unterschiedlich harten und starken Bürsten – die feinstoffliche Ebene dürfte allerdings die Treffendere sein.

¹¹ Zur konkreten Arbeit von Betreuern und zu konzeptionellen Überlegungen zur Bezugsbetreuung in therapeutischen Jugendwohngruppen siehe ausführlich: Egel/Strutzke, 2012, sowie weitere Artikel in den Büchern des Arbeitskreises Therapeutischer Wohngruppen, 2005 u. 2008 und Gahleitner, 2011

angemessen und angstfrei zu bewegen,¹² herausfordernd und so gesehen entwicklungsfördernd-hilfreich entgegen.

Die therapeutische Gruppe ist dafür ein realer Übungs- und ein realer Beobachtungsraum, in dem jeder mit sich selbst und beobachtend bei anderen Erfahrungen machen kann. In der Gruppe geschehen diese mentalisierenden und triangulierenden Prozesse im Rahmen der „haltenden Struktur“, die die Gruppentherapeutin aufrecht erhält, weil es vielfältige Übertragungen geben kann, weil es unmittelbare und unterschiedliche Reaktionen/Interaktionen gibt, weil es ausgesprochene unterschiedliche Wahrnehmungen gibt, mit denen man sich identifizieren, die man differenzierend ablehnen oder von denen man sich verstanden fühlen kann. Man kann außerdem an dem, wie andere sich einbringen, in Szene setzen, Themen zur Sprache bringen zuschauend und mitfühlend lernen – Erfahrungen machen, ohne selbst schon im Mittelpunkt zu stehen – sozusagen im stillen Kämmerlein „arbeiten“. Man kann in der Gruppe seine selbstbeobachtenden Studien treiben (in einen stillen „als-ob-Modus“ gehen) und seine Fähigkeit der Mentalisierung und damit Selbstregulation ausbauen oder aber aktiv handelnd, redend erleben, wie die auf die anderen projizierten Gefühle und Gedanken aufgenommen, zurückgegeben, kommentiert und relativiert werden.

Das Wichtigste an den Gruppensituationen in unserem Arbeitskontext ist die aktuelle Interaktion, das was gerade passiert. Dabei ist im Sinne der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie, thematisch die Auseinandersetzung um die Frage, wer den Weichspüler einkauft, mindestens gleich wichtig wie tiefgreifende Erkenntnisse über den früheren Kontakt zur Mutter. Im Gegenteil sei noch einmal betont: Es geht beim Antworten in der interaktionellen Gruppentherapie nicht um Einladungen zur (therapeutisch in anderen Zusammenhängen gewünschten) Regression, sondern um die Beziehungen im Hier und Jetzt und deren szenische und sprachliche Gestaltung bzw. die Reflexion dieser Interaktionen – anders ausgedrückt, um den absichtsvoll in der Gruppe wiederholten Wechsel zwischen „Äquivalenz-Modus“ und „Als-ob-Modus“ und damit die Förderung von Mentalisierung und Triangulierung.

In der Therapie dieser zumeist interpersonellen Störungen braucht es also ein Gegenüber, das diese mitunter quälenden Zustände ebenso anerkennt und akzeptiert wie die bisher entwickelten Bewältigungsstrategien und durch das Zur-Verfügung-Stellen des eigenen Erlebens, der eigenen Strukturen erleb- und korrigierbar macht.

Das Göttinger Modell

Bereits 1959 gab es die ersten gruppentherapeutischen Angebote im Klinikum Tiefenbrunn bei Göttingen, die in den folgenden Jahren und Jahrzehnten u.a. von Anneliese Heigl-Evers und Franz Heigl in Theorie und Praxis weiterentwickelt wurden.

Unter dem Einfluss verschiedener internationaler Gruppenkonzepte entstand mit dem Göttinger Modell ein Konzept, das die Verbindung zweier Wahrnehmungseinstellungen herzustellen versucht, der psychoanalytischen und der sozialpsychologischen. Die psychoanalytische Wahrnehmungseinstellung soll dabei erfassen, wie sich unbewusste und vorbewusste intrapsychische Konflikte und strukturelle Störungen in Form von Mängeln in der Ich-, Beziehungs- und Über-Ich-Entwicklung wieder in Szene setzen. Mit Hilfe der sozialpsychologischen Wahrnehmungseinstellung wird sichtbar, wie diese Wiederinszenierungen in Mehr-Personen-Beziehungen, also auch in der Gruppe, durch Rollenzuweisungen, Rollenübernahmen, den interaktionellen Anteilen an Übertragungen,

¹² ... und nicht die soziale und physische Auflösung zu fürchten, weil man Angst hat, nicht als existent wahrgenommen zu werden mit der Folge des Rückzugs in dyadisch-symbiotische oder gar monadische Beziehung (in die virtuelle Welt ...).

zustimmende, kritische, konkurrierende, rivalisierende und widersprechende Aktionen und Antworten der Anderen entstehen und sich im Gruppenprozess ausformen.

Es geht also um drei wesentliche Manifestationen des Zusammenspiels in Gruppen:

- Situationsdefinition und normative Regulierung,
- Psychosoziale Kompromissbildung und
- Darstellung unbewusster Fantasien über Trieb-, Beziehungs- und Über-Ich-Konflikte.

Sehr vereinfacht dargestellt, lassen sich diese drei Manifestationsebenen als eine Art Zwiebel verstehen: Wir sehen die äußere Schale – zumeist nonverbale Signale und vorsprachliche Kommunikation –, den Versuch, die Gruppe zu definieren, die Interaktionen über Normen zu regulieren. Die darunter liegenden und die Interaktion bedingenden unbewussten und vorbewussten Konflikte des Einzelnen, die psychosozialen Konfliktmuster aus diesen Konflikten und die dazugehörigen psychosozialen Kompromissbildungen, bilden die nächste Schale. Die letzte, quasi den Kern unserer Zwiebel, bilden die unbewussten Fantasien und deren Darstellung.

Dabei lassen sich innerhalb des Göttinger Modells drei tiefenpsychologische Methoden der Gruppentherapie unterscheiden, die sich an eben diesen Manifestationsebenen der inneren seelischen Strukturen und den damit verbundenen Möglichkeiten der Interaktion und der Selbstreflexion orientieren:

- (1) Die *psychoanalytische Gruppentherapie* arbeitet wie die klassische Psychoanalyse mit der Fähigkeit zur Regression und bietet so die Möglichkeit, infantile Anteile der konflikthafter Beziehungen zugänglich und bearbeitbar zu machen. Die Therapeuten nutzen Übertragungsphänomene und Widerstände und deren Deutung, nur eben im Mehr-Personen-Setting.
- (2) Die *psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie* arbeitet auf einem mittleren Regressionsniveau und widmet sich eher dem Aufdecken und Verstehen der interaktionellen Anteile von Übertragung und Abwehr. Grundlage für die therapeutischen Interventionen sind hier weniger unbewusste Fantasien und deren Manifestierung in der Gruppe als vielmehr die abgeleiteten Konflikte und psychosozialen Kompromissbildungen, die sich abbilden.
- (3) Die *psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie* ein tiefenpsychologisch fundiertes Verfahren und wurde in erster Linie zur Behandlung strukturell gestörter Patienten entwickelt. Aufgrund der so bedingten Ich-Schwäche gilt es, Regression, also eine weitere, wenn auch nur passagere Schwächung des Ich zu vermeiden. Vielmehr geht es darum, die sich in der Interaktion manifestierenden strukturellen Defizite in der Begegnung mit den Anderen und dem Therapeuten oder der Therapeutin empathisch erlebbar, ihnen diese antwortend verstehbar zu machen.

Zwar wurde diese interaktionelle, sich stets im Hier und Jetzt bewegende Methode für Patienten mit deutlicher Strukturpathologie entwickelt. Die besonderen Bedingungen der Adoleszenz jedoch, die Umstrukturierung der Persönlichkeit in dieser Entwicklungsphase und die weit reichenden affektiven und kognitiven Veränderungen bedürfen eines ebensolchen entwicklungsfördernden, auf ein reales Gegenüber ausgerichteten Therapiesettings (vgl. Streek-Fischer & Streek, 2010).

Wie bis hierher deutlich wurde, ist es möglich, die Interaktionen des Einzelnen und der Gruppe auf ganz verschiedenen Ebenen zu betrachten. Diese Möglichkeit ist von vielen Faktoren abhängig, die sowohl im Außen als auch im Innen liegen. Das Außen ist in erster Linie von der Situation und deren Definition bestimmt: Es ist sicher ein erheblicher Unterschied, ob sie sich in ihrer Familie, auf einer Tagung, auf einem Fußballspiel oder in einer Gruppentherapie befinden. Jede dieser Situation folgt anderen Normen, hat andere Regeln.

Im Innen ist die seelische Gesundheit, die Stabilität und Reife der Ich-Struktur entscheidend für unsere Fähigkeit, uns auf das Außen einzustellen, mit Anderen in Interaktion zu treten. Die unseren Umgang miteinander regulierenden Ich-Funktionen stehen den Patienten bzw. hier den Jugendlichen (s.o.) zumeist nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung, genannt seien hier noch einmal die Frustrationstoleranz und Affektkontrolle, der Reizschutz sowie die Fähigkeit, die Folgen des eigenen Handelns vorauszusehen (Antizipationsfähigkeit). Diese wichtigen regulierenden Funktionen müssen so durch den Gruppentherapeuten übernommen werden (Hilfs-Ich-Funktion).

Haltung der TherapeutIn in der Psychoanalytisch-interaktionellen Therapie: Das Prinzip Antwort

Ziel ist es, in der Gruppe, im Miteinander eigene Gefühle und Reaktionen in adäquater Art und Weise erleb- und nachvollziehbar zu machen, darüber hinaus wichtige Normen und Regeln im Umgang miteinander zu setzen und aufzuzeigen.

Von den Therapeuten in der Gruppe ist hierfür eine Haltung erforderlich, die als selektive Authentizität (vgl. hierzu Heigl-Evers & Heigl, 1973; Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 2005) bezeichnet wird. Dies meint eine Position, in der der Therapeut die in ihm durch die Gruppe ausgelösten Gefühle und Gedanken wahrnimmt und – orientiert an den eigenen Grenzen und denen der Patienten – in der Gruppe mitteilt. Dies ist eine bewusste Abweichung von einer Haltung der Neutralität, stellt man doch eigenes Erleben, Fühlen und Denken zur Verfügung ohne freilich die gebotene Abstinenz außer Acht zu lassen. Der Therapeut ist so erleb- und berührbar, bietet Sichtweisen und Lösungen an, ohne diese vorzuschreiben.

Wir haben bereits über defizitäre Ich-Strukturen – andauernd oder passager – und deren Auswirkungen auf das eigene Erleben und Beziehungen zu anderen gesprochen, die damit verbundene Schwierigkeit, eine verlässliche Grenze zwischen Innen und Außen zu entwickeln und aufrecht zu erhalten. Äußere Bedingungen wirken sich also ganz unmittelbar auf den inneren Zustand aus, können nicht adäquat gewertet und „verdaut“ werden. Es droht also bei kleinsten Widrigkeiten eine weitere Destabilisierung der ohnehin fragilen Ich-Strukturen (Regression). Während diese in der Psychotherapie neurotischer Störungen durchaus erwünscht ist, ja die therapeutische Arbeit zumeist bei der Vielfältigkeit der zur Verfügung stehenden Abwehrmechanismen erst ermöglicht, ist sie bei der Behandlung strukturell gestörter Klienten/Patienten unbedingt zu vermeiden. Zu groß ist die Gefahr einer weiteren Aufweichung bis hin zur drohenden seelischen Dekompensation. Der Therapeut/die Therapeutin hat also unbedingt eine haltende, Regression vermeidende Funktion, sowohl gegenüber der Gruppe als auch gegenüber dem Einzelnen. In Bezug auf die Gesamtgruppe gelingt dies durch das Aufrechterhalten des äußeren Rahmens und das Setzen von sinnvollen, Orientierung gebenden Regeln und Normen, über die der Therapeut gleichzeitig auch wacht.

Für den Einzelnen wird der Therapeut für den Moment eine Hilfs-Ich-Funktion übernehmen, eine nicht zur Verfügung stehende seelische Fähigkeit quasi „anstatt“ übernehmen.

Beide wichtigen therapeutischen Funktionen, die Übernahme der Hilfs-Ich-Funktion und das Setzen von Normen, werden durch das „Prinzip Antwort“ erfüllt. Bei dieser Technik interveniert der Therapeut durch Ich-Botschaften und ausschließlich im Hier und Jetzt, auf der Grundlage der szenischen und inhaltlichen Gestaltung der Gruppe. Auf das Deuten biografischer Inhalte wird dabei vollständig verzichtet. Den Gruppe nmitgliedern wird so ein Gefühl oder auch die mögliche Einschätzung einer Situation angeboten, ohne ihnen diese zuzuweisen. Es kann ihnen so gelingen, dieses Angebot für sich anzunehmen, zu verwerfen oder durch eigenes Erleben zu ergänzen oder auch zu relativieren.

Aisha – eine Annäherung

Als ich im September 2009 die gruppentherapeutische Arbeit in der Koralle übernahm, stand diese noch ganz unter dem Eindruck des Abschieds von meiner Vorgängerin Frau K. Diese hatte die Gruppentherapie – sicher nicht ohne Mühe und unter Umschiffung der einen oder anderen Widrigkeit – zu einem festen Bestandteil der Arbeit mit den Jugendlichen gemacht. Aus Berichten wusste ich, dass dies in Bezug auf die einzelnen Jugendlichen ein regelrechtes Erobern war, bis es schließlich gelang, die damals 14-tägigen Gruppensitzungen zu einer Selbstverständlichkeit zu machen. Wie sehr diese an die Person der Gruppentherapeutin gebunden war, wurde nun klar: Die Jugendlichen kamen, jedoch voller Zurückhaltung, ja Ablehnung – auch wenn ich jeden Einzelnen bereits in einem Vorgespräch kennen gelernt hatte.

Für die erste Sitzung bereitete ich den Raum vor, stellte die richtige Anzahl Stühle im Kreis auf und den Tisch zur Seite. Das gehe ja schon mal gar nicht, eröffnet Aisha die Gruppe, ein damals knapp 17-jähriges arabisches Mädchen, unmissverständlich. Ihre Jacke behielt sie an, die imposante Tasche auf dem Schoß. Was, wenn sie nun durstig würde – wo bitteschön solle sie dann ihr Glas abstellen? Na ja, sage ich, es gehöre ja sowieso auch zu den Gruppenregeln, dass während der Sitzung nicht getrunken werde ... Blankes Entsetzen ist die Reaktion, tumultartige Zustände, Blicke, Worte, Gesten fliegen durch den Raum. Aisha ist es schließlich, die sich wieder direkt an mich wendet. Mit lebhafter Mimik und überdeutlicher Artikulation beklagt sie die absolute Unmöglichkeit dieser Regel, immer wieder sich selbst mit muttersprachlichen Flüchen unterbrechend.

In den folgenden Wochen bleibt dies recht unverändert: Aisha sitzt auf ihrem Stuhl, beim Betreten des Raumes munter und sehr engagiert im Kontakt mit den anderen Jugendlichen, mit Beginn der Gruppe verstummend, die Tasche auf dem Schoß, die Hände in den Jackentaschen vergraben. In keiner Gruppe versäumt sie es, das Fehlen des Tisches zu beklagen. Ob ich denn auch noch das aufs Klo gehen verbieten würde? Natürlich nicht ... sie nutzt diese Möglichkeit immer, manchmal auch noch schnell vor Schluss.

Nach etwa einem halben Jahr verändere ich den Rahmen der Gruppe: Sie findet jetzt wöchentlich statt und dauert 60 Min. statt zuvor 90. Dorthin war es ein langer Weg: Gruppe für Gruppe diskutierten wir Vor- und Nachteile dieser Änderung, allerdings schon mit der Sicherheit, dass die Änderung kommen wird. Trotz noch nicht ganz verstummten Murrens gelang der Wechsel zum wöchentlichen Treffen ganz gut, Aisha jedoch kam weiterhin 14-tägig. So sei das besprochen, stehe so im Betreuungsvertrag. Die anderen betrachteten dies mit einer Mischung aus Bedauern (Aisha war ohne Frage wichtig für die Gruppe, man hätte ihr gewünscht, dass ein Einlenken gelingt) und Bewunderung – sie zog das durch, trotz des damit immer wieder eingehandelten Ärgers mit Betreuern und mir.

In den Sitzungen fiel auf, dass Aisha zwar mit den anderen stets in einem lebhaften Kontakt war, mich jedoch mied: Es gab kaum einen Blickkontakt, rasch verlor sie die Geduld mit mir, meine direkte Ansprache ließ sie verstummen. Nicht selten wandte sie sich in ihrer Hilflosigkeit im Umgang mit mir an ihre Mitstreiter, suchte Bestätigung dafür, dass mit mir einfach nicht zu reden sei.

Es kostete mich einige Anstrengung, nicht auch meinerseits aus dem Kontakt zu gehen; schließlich wusste ich, dass ich mir, wenn ich mich an Aisha wandte, eine Abfuhr einhandelte. Ich entschied mich, dies nicht einfach hinzunehmen und mich von anderen „trösten“ zu lassen, sondern Aisha und der Gruppe immer wieder mitzuteilen, wie ich

mich in dem Moment der Zurückweisung fühlte. Zunehmend fasste ich dabei auch in Worte, was ich als Grund des abweisenden Verhaltens vermutete, kam drüber mit der Gruppe ins Gespräch, mitunter beteiligte sich daran auch Aisha.

Wir gewöhnten uns so ganz allmählich aneinander, sie bezog mich in ihr Gruppenanfangsgeplänkel ein, hielt auch Kontakt mit mir aus, verließ diesen erst, wenn es ernsthafter zur Sache ging. Insgesamt ging es wesentlich friedlicher zwischen uns zu, es blieb jedoch bei der 14-tägigen Teilnahme bzw. eben Abwesenheit. Durch Neuzugänge in der Gruppe führte dies schließlich zu Turbulenzen: Warum sollte man selbst wöchentlich kommen, wenn doch offenbar 14-tägig auch okay (weil nicht sanktioniert) war?

Schließlich schlug ich vor, den Einrichtungsleiter zu einem Termin dazu zu bitten. Ich war, ehrlich gesagt, mittlerweile auch etwas ratlos, wie diesem mittlerweile alles bestimmendem Thema sonst beizukommen wäre.

Wir legten diese besondere Gruppe auf einen Termin „dazwischen“ – Aisha kam. Sie wirkte freundlich, ein wenig schüchtern. Es ging ein wenig hin und her, schließlich wandte sich Aisha mir direkt zu: „Sie sind nicht Frau K.“ Sie sagte dies mit einer Mischung aus Wut und Traurigkeit, trotz der Heftigkeit jedoch ganz ohne Feindseligkeit. Es war wie ein Dambruch: Nach einem kurzen Schreck in der Gruppe breitete sich eine fast fröhliche Erleichterung aus, in der Aisha charmant plaudernd mitschwamm.

Aisha kam dann zu allen Gruppen, bedauerte es eher, wenn sie wegen anderer Termine absagen musste. Sie war dabei fast unverändert, zu Beginn der Sitzungen aufgekratzt, mitunter schwer zu bändigen. Sie stellte die anderen zur Rede, duldet keine Ausweichmanöver, sprach Konflikte, die es in der WG gab, offen an ... manchmal ohne Rücksicht auf Verluste. So ging es in einer Gruppe zum wiederholten Mal um das übermäßig Spielen am PC: Aisha wünschte sich mehr Ruhe, wenn sie von der Schule nach Hause in die WG kam, fand zwei Mitbewohner furchtbar nervig, wenn die ständig lautstark irgendwelche Spiele spielten. Sie traf damit auf wenig Verständnis. Mitten in dieser recht aussichtslosen Diskussion holte sie tief Luft und wandte sich mit funkelndem Blick an ihren Widersacher: „Du bist so... (sich selbst unterbrechend und mit beschwichtigendem Lächeln zu mir) ... *'tschuldigung, ich sag das jetzt mal auf jugendlich...* (zurück) du bist so was von bescheuert!“. Ich erwiderte ihr etwas verschmitztes Lächeln in einem Moment, in dem Beziehung greifbar schien – zwischen uns und vor allem: Aishas Beziehung zu sich selbst.

Einen wichtigen Punkt möchten wir noch einmal klarstellen: Bei allem, u.E. notwendigen, Bezug auf psychologische und psychoanalytische Theorie und Behandlung ist das Ziel nicht die Therapeutisierung des Alltags oder eine Aufladung der pädagogischen Tätigkeit mit vermutlich dann diffusen psychotherapeutischen Aufträgen. Im Gegenteil bleibt die Differenz der Aufgaben und Tätigkeiten von Pädagogen und Therapeuten für die stationäre Arbeit außerordentlich wichtig. Diese Differenz im konkreten Handeln und somit im Erleben für die Jugendlichen aufrechtzuerhalten, ist eine der wichtigen Aufgaben der gemeinsamen Reflexion vor dem Hintergrund eines von allen geteilten inhaltlich-konzeptionellen Verständnisses. Wir kommen zum Schluss: Das – wie wir finden – Elegante des Bezugsrahmens aus Mentalisierungstheorie und psychoanalytisch-interaktioneller Gruppentherapie ist, dass er praktisch so gut passt. Dass er sehr anregend ist für die Betrachtung und Analyse der konkreten Arbeit mit den einzelnen Jugendlichen, mit der Gruppe und mit dem Team. Dass er in diesem Sinne den „reflektierenden Modus“ des Teams sehr hilfreich mit Fantasie und gedanklicher Energie versorgt.

Literatur

Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2005). *Das Therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Konzepte und Arbeitsweisen Therapeutischer Jugendwohngruppen in Berlin*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.

Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2008). *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Band 2: Beziehungsangebote, Diagnostik, Interventionen*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.

Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2009). *Abschlussbericht der Katamnesestudie therapeutischer Wohngruppen in Berlin KATA-TWG*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.

Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2012). *Das therapeutische Milieu als Angebot der Jugendhilfe. Band 3: Wirksamkeit und Perspektiven*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.

Bolm, Th. (2004). Psychoanalytisch orientierte Gruppenpsychotherapie in der Psychiatrie – Praxis und Perspektiven des Göttinger Modells. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 177-191.

Dornes, M. (2004). Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. *Forum der Psychoanalyse* 2, Band 20, 175-199.

Egel, A. & Strutzke, A. (2012). Beziehung wirkt – aber wie?. In: *Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), Band 3*, S. 53-70

Fey, M. (2009). *Therapie im Kontext von Beziehungsarbeit und Lebensweltorientierung*. Diplomarbeit. FU Berlin.

Gahleitner, S. (2011). *Das Therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (2005), Heft 41, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Heigl-Evers, A. & Heigl, F. (1973). Gruppentherapie: interaktionell – tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) – psychoanalytisch. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 2. Göttingen, 132-157.

Hennecke, K. (2007). *Zur Häufigkeit des Einsatzes von Psychopharmaka in Therapeutischen Einrichtungen der Jugendhilfe (TWGs) in Berlin*. Siehe: http://www.therapeutische-jugendwohngruppen.de/dokumentationen/Pro_Hennicke_TWG-Untersuchung_2007.pdf.

Hirsch, M. (Hrsg.) (2009). *Die Gruppe als Container*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Potthoff, P. (2009). Mentalisierung und gruppenanalytische Behandlungstechnik. In: P. Hirsch, *Die Gruppe als Container*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 86-116.

Kleve, H. (2012). Der Sinn des Wahnsinns. Jugendliche „Verrücktheit“ aus sozial-systemischer Sicht. In: *Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), Band 3*, S. 109-125

Rosemeier, C.-P. (2009). Pädagogisch-therapeutische Arbeit mit der Gruppe im stationären Jugendhilfe-Setting. *Kindesmisshandlung- und Vernachlässigung 1*, Hrsg. DGgKV, 65-81.

Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie, Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer.

Staats, H. (2012). Sich in Frage stellen lassen und antworten lernen. Pubertät für Mitbetroffene. In: *Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.), Band 3*, S. 126-138

Stähle, A. (2009). Sehen und Gesehen-Werden - Verstanden-Werden und lernen, sich selbst und andere zu verstehen. In: M. Hirsch, *Die Gruppe als Container*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 117-143.

Streek, U. & Leichsenring, F. (2009). *Handbuch psychoanalytisch-interaktioneller Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Streek-Fischer, A. & Streek, U. (2010). Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie von Jugendlichen mit strukturellen Störungen. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 59*, 435-452.

Winnicott, D. (1990). *Babys und ihre Mütter*. Stuttgart: Klett-Cotta.