

Nebenwirkungen psychodynamischer Gruppentherapie

Dankwart Mattke

Schlüsselwörter

Gruppentherapien, Abbruchraten, Indikation, Ein- und Ausschlusskriterien, Passung

Keywords

Group therapy, drop out rates, indication, inclusion and exclusion criteria, compatibility of treatment models

Zusammenfassung

Als die auffälligste Nebenwirkung psychodynamischer Gruppentherapien gilt die relativ hohe Abbruchquote von durchschnittlich zirka 35%. Dem gegenüber sind wissenschaftliche Befunde zu positiven Indikationskriterien für Gruppentherapien im Allgemeinen wie für die psychodynamische Gruppentherapie im Besonderen noch spärlich. Die empirischen Befunde zu diesen Kriterien werden zusammengefasst und vor dem Hintergrund klinischer Erfahrungen diskutiert. Es werden Instrumente und Hilfsmittel zur Auswahl von Gruppenpatienten und deren Vorbereitung auf eine Gruppe skizziert. Schließlich werden einige Befunde zur so genannten Passung bzw. Differenzialindikation für psychodynamische Gruppentherapien vorgestellt. Diese Befunde deuten an, dass neben allgemeinen Personen-Merkmalen der Patienten insbesondere die Kompatibilität eines psychodynamischen Behandlungsmodells mit den Erwartungen potenzieller Gruppenmitglieder ein wichtiges Indikationskriterium zu sein scheint, das helfen könnte, negative Effekte psychodynamischer Gruppentherapien einzugrenzen.

Summary

Scientific evidence on the criteria for an indication for (psychodynamic) group treatment is still rare, although relatively high drop-out rates are reported for this setting. The majority of the criteria to exclude or to include a person into groups are based upon clinical experience. The small number of empirical results dealing with these criteria is summarized. In addition, instruments to select patients for group treatment and materials to prepare patients for a group therapy are briefly described. Finally, an attempt is made to review findings on the differential indication for psychodynamic group treatment. These findings indicate that, besides person-related characteristics, the compatibility between a psychodynamic treatment model and the expectations of a potential group member seems to be an important indicative criterion. Such positive criteria could help to prevent negative effects of psychodynamic group psychotherapy.

Negative effects of psychodynamic group psychotherapy

PDP 2008; 7: ■-■

Aus der Pionierzeit der Psychoanalyse (PA) und damit den Anfängen der heutigen psychodynamischen Therapien liegt gut und vielfältig dokumentiert die Behandlungsgeschichte der Anna O. vor. Wirkungen und Ne-

benwirkungen ihrer Psychotherapie bei Breuer, die Freud (1909) in der ersten seiner fünf Vorlesungen zur 20-jährigen Gründungsfeier der „Clark University“ (USA) als Beginn der PA deklarierte, wurden zunächst in den „Studien über

Hysterie“ als „Krankengeschichte Fräulein Anna O.“ von Breuer und Freud publiziert (Freud und Breuer 1970).

Der erste Freud-Biograf Ernest Jones entonymisierte Anna O. als Bertha Pappenheim (Jones 1953). Jones stützt sich vor allem auf mündliche Überlieferungen und unveröffentlichte Briefe Freuds an seine Braut Martha Bernays, die mit Bertha Pappenheim befreundet war. Am 5.8.1883 schrieb Freud an Martha Bernays, Breuer habe ihm im Vertrauen mitgeteilt, die Patientin sei ganz zerrüttet, er wünsche ihr den Tod, damit die Arme von ihrem Leiden erlöst werde (Jones 1953, S. 268). Erst Henry Ellenberger (1970) und Albrecht Hirschmüller (1978) konnten nach eigenen Recherchen eine Katamnese rekonstruieren für die Zeit nach der Behandlung bei Breuer. So fand Ellenberger im Archiv des Sanatorium Bellevue (Kreuzlingen/Schweiz) die Krankengeschichte (KG) dieser berühmten Patientin. Sie wurde von Breuer dreimal in dieses Sanatorium eingewiesen. Der Überweisungsgrund, den Ellenberger dem KG-Archiv des Bellevue entnahm, lautete: „1. Es gelang nicht, die Rekonvaleszentin in ihrer Familie in Wien zu akklimatisieren. 2. Eine linksseitige Trigeminusneuralgie hatte die Anwendung steigender Morphindosen erfordert.“

Ähnlich wie zur Behandlungsgeschichte des „Wolfsmanns“ ist seitdem viel über Bertha Pappenheim geschrieben worden (Mattke 1982, Literaturübersicht). Auch der Wolfsmann war während seines langen Lebens in vielen weiteren psychoanalytischen Behandlungen (Gardiner 1972) und blieb zeitlebens von Psychoanalytikern abhängig, am Ende auch finanziell. Anders als der Wolfsmann aber konnte Bertha Pappenheim sich aus der „Abhängigkeit“ von ihren Wiener Behandlern lösen. Sie ging schließlich nach Frankfurt, wo sie sich in der praktischen Sozialarbeit und als Frauenrechtlerin einen Namen machte (Edinger 1963).

Anfänge werden oft von Charismatikern geprägt und es ist nicht, auch wissenschaftsgeschichtlich nicht üblich, diese technisch zu bewerten. Eine ausgearbeitete Behandlungstechnik zur wissenschaftlichen Überprüfung liegt zumeist nicht vor. Das gilt auch für Behandlungen

außerhalb von Psychotherapien: Man denke nur an immer wieder kolportierte sensationelle Erfolge von neuen Krebstherapien.

Wird ein Behandlungsverfahren allerdings in die so genannte Schulmedizin übernommen, gelten andere Regeln. So auch für die seit 1967 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommenen psychodynamischen Therapien im Einzel- wie Gruppensetting notabene auch für die später hinzugekommenen Verhaltenstherapien. Es wird von einem die sozialpolitische Entscheidung inhaltlich vorbereitenden Fachgremium überprüft, ob eine Krankheits- und Behandlungslehre vorliegt, die Aussagen zu Indikation und Kontraindikation ermöglicht.

In diesem Sinn und Kontext soll nun versucht werden, Kontraindikationen psychodynamischer Gruppentherapien vor dem Hintergrund möglicher Nebenwirkungen zu untersuchen.

Im Forschungsgutachten (1991, S. 151), das der Gesetzgeber im Rahmen des Verfahrens für ein Psychotherapeutengesetz in Auftrag gegeben hatte, steht im Kapitel zur „Prozess- und Ergebnisqualität in der Psychotherapie“ über die Indikation zu lesen: „Schlagwortartig simplifiziert lässt sich Psychotherapie als „Heilung durch Abhängigkeit“ verkürzen, was impliziert, dass Psychotherapie ein besonders sensibler Bereich für Fehlentwicklungen oder Missbrauch darstellt. Aus diesem Grunde ist zum Schutze des Patienten Qualitätssicherung im Psychotherapiebereich besonders wichtig“.

Diese „offizielle“ Ansicht unterstreicht, dass die für eine Psychotherapie zugelassenen Verfahren wie die Ausübung der Verfahren wissenschaftlich und ordnungspolitisch „zum Schutz der Patienten“ jederzeit überprüfbar sein müssen. Die Brisanz der Formulierung „Heilung durch Abhängigkeit“ als Paraphrasierung psychotherapeutischer Behandlungsprozesse lässt die Forschungsgutachter diese „schlagwortartige Simplifizierung“ in Anführungszeichen setzen. Aber schließt sich hier nicht ein erster Kreis zu den eingangs skizzierten Behandlungs- und Verlaufsgeschichten von Pionierpatienten in den psychodynamischen Therapien?

Vor diesem Hintergrund erscheint umso erstaunlicher, dass die Literaturlbasis zu Nebenwirkungen psychodynamischer Therapieverfahren noch nicht sehr breit ist, obwohl es, auch aktuell immer wieder bewegende Fallgeschichten gibt und für die bereits Beispiele genannt wurden (Literatur beim Verfasser).

Eine systematischere Übersicht beginnt mit Lambert und Bergin (1994), die in ihrem Review zur Effektivität von Psychotherapie auch die wenigen Studien zu negativen Folgen zusammenfassen. Die Autoren berichten, dass es mehr als ein Dutzend kontrollierter Studien gibt, bei denen es den Patienten der Kontrollgruppe im Ergebnis besser erging als den Patienten der Therapiegruppe. Insgesamt, resümieren die Autoren, seien Verschlechterungen (ebenso wie natürlich Verbesserungen) im Zustand von Patienten in unbehandelten Kontrollgruppen seltener als unter Therapiebedingungen. Daraus ließe sich ableiten, dass Psychotherapien bei einem gewissen Prozentsatz von Behandelten zu negativen Effekten oder Schäden führen.

Dies gilt für Psychotherapien allgemein. Wie ist es bei psychodynamischen Gruppentherapien im Speziellen?

In Anlehnung an Lambert und Bergin diskutieren Strauß und Eckert (2001) zunächst settingspezifische Risiken gruppenpsychotherapeutischer Behandlungen. Sie nähern sich der Frage, indem sie empirische Untersuchungen anführen, die sich beziehen auf:

- Indikation und Prognose
- Befunde zum gruppenpsychotherapeutischen Prozess
- Therapieabbrüche
- Passung Therapeut/Patient/Behandlungskonzept

Settingspezifische Risiken in Verbindung mit Indikation und Prognose

Wenn im Folgenden auf settingspezifische Risiken eingegangen wird, kann zwischen den ein-

zelnen Formen gruppenpsychotherapeutischer Behandlung allgemein und hier psychodynamischer Behandlung im Besonderen nur schwer differenziert werden. Grundlage in der Literatur und gemäß eigenem Verständnis ist ein eher allgemeines Modell gruppenpsychotherapeutischer Behandlung, wie es prototypisch von Yalom (2006) beschrieben worden ist.

Indikationsstellung zu und prognostische Einschätzung von Psychotherapie soll dazu beitragen, dass Patienten vor Schäden bewahrt werden (siehe Forschungsgutachten) oder davor, die Behandlung ohne eine Verbesserung ihres Erlebens und Verhaltens abzuschließen. Auch eine Therapie, die nicht schadet, aber auch nicht nützt, kann für den Patienten letztlich schädlich sein. Es kann ihm das Gefühl vermittelt werden, er sei ein unbehandelbarer, psychisch kranker Mensch. Eine Therapie, die ein Patient abbricht, kann die Wiederholung einer traumatischen Erfahrung sein. Wiederbelebung von erlittenem Trauma kann direkt zu einer Überflutung und Re-Traumatisierung führen (Reddemann und Sachse 1999). Mehr indirekt können frühere lebensgeschichtliche Erfahrungen, z.B. „das schwarze Schaf in einer Familie“ oder einer anderen menschlichen Gemeinschaft gewesen zu sein, im Hier und Jetzt einer Gruppenerfahrung bestätigt werden: nicht dazu zu gehören und ausgestoßen zu werden. Es ist von daher wünschenswert und indikationsmäßig erforderlich, nicht nur eine positive Indikation für eine Gruppentherapie zu stellen, sondern auch eine möglichst sichere Prognose bezüglich des zu erwartenden Behandlungserfolges abzugeben. Damit stellt sich die Frage nach empirischen Befunden zu Ein- und Ausschlusskriterien. Dazu bietet sich ein kurzer Exkurs in die Forschungsliteratur an.

Von Woods und Melnick (1979) stammt eine ältere Zusammenfassung über die wichtigsten Kriterien für den Ausschluss von Patienten.¹ Zu diesen gehören interpersonale Kontraindikationen, wie die Furcht davor, sich zu öffnen, oder auch

¹ „Question: How do group clinicians select clients for group psychotherapy? Answer: The great majority of clinicians do not select for group therapy. Instead, they *de-select*.“ (Yalom, Leszcz 2006)

die individuelle Inkompatibilität mit der Gruppe. Außerdem führen die Autoren motivationale Kontraindikationen an, wie das Fokussieren auf äußere Ereignisse anstatt auf zwischenmenschliche Faktoren bei der Äußerung von Kritik oder Beschwerden. Schließlich werden traditionelle diagnostische Kontraindikationen genannt. Dazu zählen akute Psychosen, schwerwiegender schizoider Rückzug und eine schizoide Persönlichkeitsstörung. MacNair und Corazzini (1994) konnten introvertiertes Verhalten als einen Prädiktor für negative Ergebnisse und vorzeitigen Abbruch identifizieren. Diese Autoren haben weitere Faktoren untersucht, die eine vorzeitige Beendigung der Therapie vorhersagen. Dazu zählen frühere negative Therapieerfahrungen, somatische Beschwerden, allgemeine Streitsucht mit körperlichen Auseinandersetzungen, insbesondere in einer Partnerschaft oder mit Mitbewohnern. Burlingame, Fuhrman und Johnson (2002) kommen auf Basis der Literatur zu dem Schluss, dass vermeidendes und defensives Verhalten einen negativen Einfluss auf die Kohäsion in der Gruppe und letztendlich auf das Ergebnis haben.

Zu weiteren Ausschlusskriterien für Patienten aus Gruppentherapien gehören Probleme mit Intimität und Nähe oder provokante Verhaltensweisen (Yalom 1966). Yalom hat außerdem dargestellt, dass laute, verärgerte, störende und vom Rest der Gruppe isolierte Teilnehmer offensichtlich nicht genügend Empathie für eine Gruppentherapie besitzen. Zu abweichendem Verhalten in Gruppen zählt MacKenzie (1997) unter anderem „Unfreundlichkeit und schlechtes Benehmen“, wie z.B. ständiges Zuspätkommen oder die Neigung, Gruppendiskussionen zu dominieren.

Ausschlusskriterien, die ebenfalls in der Literatur genannt werden, sind ein Mangel an psychologischem Verständnis (psychological mindedness), unzureichendes Einfühlungsvermögen, Feindseligkeit, hirnanorganische Beeinträchtigungen, paranoide Tendenzen, hypochondrische Störungen, primär somatische Symptome sowie akute Psychosen (Piper, McCallum 1994; MacNair, Corazzini 1994).

Von einigen Autoren wurden spezifische *Aufnahmekriterien* für Patienten vorgeschlagen. Die-

se beinhalten ein Mindestmaß an interpersonellen Fähigkeiten, Motivation für die Behandlung und keine aktuellen gruppenbezogenen Ängste. Ein viel versprechendes Prognosekriterium ist die aktive Teilnahme des Patienten am Gruppengeschehen. Aber dann ist er oder sie bereits in einer Gruppe, denn die indikative Entscheidung wird in der Regel nach Einzelgesprächen vorgenommen.

Eher leicht einsehbar ist es, dass die interpersonellen Fähigkeiten eines Patienten von großer Bedeutung sein werden. So fanden MacNair-Semands (2002) und Piper und McCallum (1994), dass ein Mindestmaß an interpersonellen Fähigkeiten im Umgang mit anderen Gruppenteilnehmern Gruppenprozesse und individuelle Ergebnisse begünstigt.

Auch *Patientenerwartungen* scheinen ein viel versprechendes Auswahlkriterium zu sein (Piper, McCallum 1994). Yalom (2006) vermutet eine Verbindung von Erwartungen des Patienten mit der Verbesserung der psychischen Beschwerden. Er erklärt, dass höhere Erwartungshaltungen einen Einfluss auf eine höhere Beteiligung haben, wodurch letztlich das individuelle Ergebnis vorhersagbar sei. Einige Studien haben deutlich gemacht, dass optimistische Vorstellungen zu einer besseren Gruppenstimmung und zu einer höheren Motivation beitragen. Das wiederum unterstützt den Patienten dabei, neue Fähigkeiten zu erlernen. Ein ähnlicher Effekt bezieht sich auf Erwartungen bezüglich der Symptomverbesserung. Ross und Olson (1982) berichten, dass Patienten mit höheren Erwartungen an die Therapie generell motivierter sind. Dies könnte eine wichtige Voraussetzung für den Umgang mit anderen Gruppenmitgliedern sein. Patienten in Gruppentherapien haben aber nicht selten auch unrealistische Vorstellungen von Therapie und fürchten deren Anforderungen. Diese negativen Erwartungen können einen hinderlichen Einfluss auf den Gruppenprozess und das Ergebnis haben (Kaul, Bednar 1994).

Tabelle 1 stellt die verfügbare „Evidenz“ bezüglich Aufnahme- und Ausschlusskriterien zusammen, wie sie teilweise bereits von Strauß und Mattke (2007) publiziert wurden und für diese Arbeit geringfügig modifiziert wurden.

Tab. 1 Empfehlungen für Aufnahme- und Ausschlusskriterien in Gruppentherapien

Geeignete Kandidaten für eine Gruppentherapie...	Klienten, die möglicherweise für Gruppentherapien ungeeignet sind...
<ol style="list-style-type: none"> 1.haben Probleme in Beziehungen mit Eltern, Freunden und/oder Partner(in). 2.haben eine Vorstellung davon, dass die momentanen Beziehungen durch die Dynamik der Ursprungsfamilie beeinflusst sind. 3.können ihre Gefühle in gewissem Maß ansprechen und haben bereits gewisse Einsichten bzw. Vorerfahrungen mit Behandlungen. 4.scheinen wenigstens eine gesunde Beziehung zu haben und basale Kommunikationsfähigkeit ohne interferierende psychotische Symptome. 5.können durchaus in einer schwereren Krise sein oder Suizidgedanken haben oder eine psychotische Episode hinter sich haben, sollten aber in der Lage sein, mit anderen in Kontakt zu treten, ihre Gefühle zu besprechen und bereit sein, mit der Gruppe und deren Leitern einen Vertrag zu schließen. 6.sollten sich an die Rahmenvereinbarungen (wie Zeiten, Dauer der Gruppe) halten (können). 7.haben evtl. eine übermäßige Abhängigkeit an einen Einzeltherapeuten entwickelt und können von den multiplen Übertragungen in einer Gruppe profitieren. 8.sollten, falls sie zuvor eine Einzel- oder Gruppentherapie gemacht haben, in früheren Therapien soweit zurechtgekommen sein, dass sie wenigsten teilweise über positive Erfahrungen verfügen. 9.sollten durch die Teilnahme an einer Gruppe nicht im Hinblick auf ihre Gesundheit gefährdet sein. 10.sollten nicht fremdmotiviert für die vorgesehene Gruppentherapie sein. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.berichten über sehr viele interpersonale Konflikte im Leben – erscheinen aggressiv, abwehrend, agitiert oder feindselig in ihren Beziehungen 2.sind ausgeprägt schüchtern oder vermeidend; haben gar keine Freunde bzw. kein System sozialer Unterstützung. 3.berichten über sehr häufige selbst-schädigende Verhaltensweisen – Drogen- oder Alkoholmissbrauch, parasuizidale Handlungen und riskantes Sexualverhalten. 4.berichten über ausgeprägte somatische Symptome und bringen diese nicht mit psychologischen Ursachen in Verbindung; neigen generell zur Verleugnung, präsentieren ihre Probleme sehr diffus und vage und nehmen ihre Probleme nicht richtig ernst. 5.äussern das sichere Gefühl, sich in einer Gruppe nicht behaglich zu fühlen, nicht in der Lage zu sein, Probleme offen diskutieren zu können oder stellen die Wirksamkeit einer Gruppe ernsthaft in Frage. 6.leiden unter einer ausgeprägten Paranoia, die sich auf die Arbeit des einzelnen mit der Gruppe negativ auswirken würde. 7.könnten dazu neigen, von den Zielen der Gruppe in einer Weise abzuweichen, dass die anderen Gruppenmitglieder dadurch beeinträchtigt werden. 8.zeigen schwer wiegende Inkompatibilitäten mit einem oder mehreren Teilnehmern der für sie vorgesehenen Gruppe. 9.können die Sicherheit der Gruppe auf irgendeine Weise gefährden.

Differenzielle Indikation für Gruppenpsychotherapie und „Passung“

Sicherlich auch, weil es relativ wenig – und immer weniger – systematische Forschung zur psychodynamischen Gruppenpsychotherapie gibt (vgl. Burlingame et al. 2004, Barlow 2005), sind

die wissenschaftlich fundierten Aussagen zur differenziellen Indikation für psychodynamisch orientierte Gruppenbehandlungen rar.

Das wahrscheinlich umfassendste Forschungsprogramm zu diesem Thema wird seit vielen Jahren an den Universitäten von Edmonton und Vancouver in Kanada durch die Arbeitsgruppe um W.B. Piper durchgeführt.

Piper et al. (1994, 2005) entwickelten ein Konzept für eine Kurzgruppentherapie für Patien-

ten mit pathologischer Trauer (immerhin 33% aus einer Gruppe von 729 psychiatrischen Patienten), welche primär psychodynamisch-interpretativ angelegt ist. In einer ersten Studie zeigte sich, dass Patienten mit geringer „psychological mindedness“ (PM) eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen Therapieabbruch aufwiesen. PM wird erfasst mit einer von MacCallum und Piper (1990) entwickelten, relativ aufwändigen Messprozedur. In weiteren Studien verglich diese Forschergruppe die psychodynamisch orientierte mit einer eher supportiven Gruppenbehandlung, die weniger auf die Klärung von Beziehungskonflikten, stattdessen mehr auf allgemeine Faktoren wie Universalität des Leidens, Altruismus und Kohäsion fokussierte. In dieser Vergleichsstudie wurde neben der PM auch die Qualität der Objektbeziehungen mit einem aufwändigen Verfahren als potenzieller Prädiktor für das Therapieergebnis erfasst.

Es zeigte sich, dass Patienten mit einer geringer ausgeprägten Qualität von Objektbeziehungen aus der psychodynamischen Gruppentherapie eher ausschieden, dagegen aber von der supportiven Therapie mehr profitierten. In einem noch laufenden Forschungsprojekt wird untersucht, ob die gezielte Zuweisung zu einer Behandlungsbedingung, also die Auswahl von Patienten mit einer geringer ausgeprägten Qualität von Objektbeziehungen bzw. geringerer PM für die supportive Therapie und Patienten mit besseren Objektbeziehungen bzw. mehr PM für die psychodynamische Therapie das Ergebnis insgesamt verbessern kann.

Dies ist wahrscheinlich die erste große Studie, in der die Gruppenzuweisung systematisch nach psychodynamisch relevanten Ausgangsmerkmalen erfolgt. In der Regel wird im Nachhinein überprüft, ob bestimmte Prädiktoren für das Therapieergebnis zu finden sind. Übersichtsarbeiten hierzu (z.B. Piper 1994) kommen zu dem Ergebnis, dass Diagnosen keine bedeutsame Vorhersagekraft für den Therapieerfolg in (psychodynamischen) Gruppentherapien besitzen, sondern dass Merkmale des „interpersonalen Stils“ eher geeignet sind, um Prozess und Ergebnis von Gruppentherapien vorherzusagen.

Die erwähnte Qualität der Objektbeziehungen und die PM stellen solche Indikatoren dar. Andere Studien deuten an, dass das Ausmaß an und das Bewusstsein für interpersonale Probleme bedeutend sind für den Therapieerfolg (z.B. Davies-Osterkamp et al. 1996), ebenso die Ich-Stärke (Sexton 1993) und die Bindungssicherheit (Strauß et al. 2006). In einer spezifisch auf eine stationäre psychodynamische Langzeittherapie ausgerichteten Studie konnten Sachse und Strauß (2002) zeigen, dass Patienten mit abweisender Bindung deutlich weniger von der psychodynamischen Therapie profitierten als Patienten mit einem verstrickt-ambivalenten Bindungsmuster.

Andere Studien, die interpersonale und Persönlichkeitsstile als Prädiktoren untersuchten, zeigen, dass „externalisierende“ Patienten eher von kognitiv-behavioralen Gruppen profitieren, während eher gehemmte, abhängige Patienten in mehr Prozess-orientierten Gruppen Besserung erzielten (z.B. MacKenzie 2001).

Viele der vorliegenden Befunde lassen sich im Kontext einer von Eckert und Biermann-Ratjen (1990) formulierten Auffassung verstehen, wonach die „Theorie des Therapeuten“ der entscheidende Faktor für die Wirkung von Gruppentherapien sei. Dies trifft im besonderen Maße für psychodynamische Gruppentherapien zu (!). Die Autoren meinen damit, dass eine prinzipielle Übereinstimmung/Passung zwischen dem Behandlungskonzept des Therapeuten und der Behandlungserwartung des Patienten das wesentliche Kriterium für die Indikationsstellung ist und konnten dies auch empirisch bestätigen. Spätere Untersuchungen unterstützen diese Auffassung (z.B. Strauß, Burgmeier-Lohse 1994; Mattke, Schreiber-Willnow 2002).

Therapieabbrüche

Was genau den Erfolg einer Gruppenbehandlung vorhersagt, ist bislang noch nicht ausreichend geklärt. Trotz der generell positiven Ergebnisse und nachgewiesenen Effektivität von Gruppenpsychotherapie ist diese Art der Behandlung nicht für

jeden Patienten gleichermaßen geeignet – außerdem, wie gerade ausgeführt, nicht für jeden Therapeuten in der Interaktion mit bestimmten Behandlungskonzepten und Patientenerwartungen.

Patientenbezogene Therapieabbrüche

Studien zu Abbruchraten in Gruppen weisen darauf hin, dass zwischen 17% bis weit über 50% der Patienten, die eine Gruppentherapie beginnen, die Behandlung vorzeitig abbrechen (Burlingame et al. 2004; Yalom 1995; Stone, Rutan 1984; Kordy, Senf 1992). Bostwick (1987) ermittelte in einer Übersicht über 21 Studien zu Therapieaussteigern eine durchschnittliche Abbruchrate von 35%.

Kordy und Senf (1992) untersuchten 445 Patienten aus dem Heidelberger Katamneseprojekt, die vorzeitig aus insgesamt 58 stationären Gruppen ausgeschieden waren und konnten zwei Cluster von Prädiktoren für das Ausscheiden identifizieren. Ein eher gruppenbezogenes Cluster umfasste Merkmale wie eine isolierte Position innerhalb der Gruppe (z.B. bezüglich Diagnose, sozialem Status o. ä.), eine überdurchschnittliche Gruppengröße, lange Wartezeiten oder die Aufnahme in eine existierende, geschlossene Gruppe. Das zweite Cluster von Prädiktoren bezog mehr persönliche Merkmale ein, wie etwa geringe Motivation, (chronische) körperliche Symptome, aber auch die geografische Distanz zur Klinik.

Aussteiger aus einer Gruppe wurden in der Gruppenpsychotherapieliteratur schon früh als ein signifikantes Problem erkannt (Yalom 1966; Yalom, Leszcz 2006). Das verfrühte Aussteigen aus der Gruppe scheint sich schnell auf andere Gruppenmitglieder zu übertragen und kann einen nachteiligen Einfluss auf die verbleibenden Gruppenmitglieder ausüben, die dann Anzeichen von Entmutigung zeigen und oft dazu neigen, die Therapie ebenfalls vorzeitig zu beenden (Stone, Blaze, Bozzuto 1980). Demzufolge wäre es wichtig, Indikationskriterien bzw. Prädiktoren für Therapieabbrüche zu ermitteln, um etwa po-

tenzielle Aussteiger aus einer Therapie bereits vor Beginn zu identifizieren.

Die empirische Forschung zu diesen Prädiktoren ist noch unzureichend. Die Mehrzahl der Angaben zu Ausschlusskriterien basiert eher auf klinischen Erfahrungen denn auf Forschungsbefunden (vgl. Piper 1994, Eckert 1996).

Yalom (1966) nennt in einer Übersicht folgende Hauptgründe für das Ausscheiden von Patienten aus Gruppentherapie:

- äußere Faktoren (z.B. Umzug, Terminprobleme)
- Abweichungen von der Gruppennorm
- Probleme mit Nähe
- Angst vor emotionaler „Infektion“
- Unfähigkeit, den Gruppenleiter mit anderen zu teilen
- Komplikationen durch gleichzeitige Einzel- und Gruppentherapie
- Provokateure
- unzulängliche Ausrichtung auf die Therapie
- Komplikationen durch die Bildung von Untergruppen

Therapeutenbezogene Faktoren für Therapieabbrüche

Die bisherige Übersicht befasste sich mehr mit primär patientenbezogenen Faktoren für Misserfolge und Abbrüche. Darum werden nun einige Bemerkungen zu therapeutenbezogenen Faktoren als Quelle von negativen Behandlungsergebnissen aufgeführt. Als eine bedeutende Studie hierzu ist die Arbeit von Yalom und Liebermann (1971) zu nennen, die nahe legte, dass der Leitungsstil des Gruppentherapeuten am besten negative Effekte von Gruppentherapien vorherzusagen vermochte. Leiter von Gruppen mit negativem Effekt werden in der Studie als besonders ungeduldig und autoritär charakterisiert; sie hätten auf rascher Selbstöffnung, Emotionsausdruck und Einstellungsänderung der Gruppenmitglieder bestanden. Wenn es darum geht, Gruppennormen zu etablieren, begünstigt durch die Verfügbarkeit und Ansteckbarkeit der einzelnen Gruppenteilnehmer durch diese Normen,

wächst dem Gruppenleiter viel Macht und Bedeutung zu. Hier ist ein wesentliches Gefahrenmoment zu vermuten – im Hinblick auf Schäden und negative Folgen von Gruppenerfahrungen, die wohl in nicht-therapeutischen Gruppen (Sekten, politische Gruppen, u.ä.) noch stärker ins Gewicht fallen; u.a. hat Freud in seiner berühmten Abhandlung zur „Massenpsychologie und Ich-Analyse“ darüber geschrieben. Aber auch in therapeutischen Gruppen tut man gut daran, diese Zusammenhänge immer wieder zu reflektieren.

Neben der Macht des Gruppenleiters kann aber auch nahezu das Gegenteil nachteilig wirken. Der Gruppentherapeut hat im Vergleich zur Einzeltherapie deutlich eingeschränkte Möglichkeiten, den Therapieprozess gezielt positiv zu beeinflussen. Es kann sich z.B. schädigend auswirken, wenn, vor allem in einer geschlossenen Gruppe die Gruppe sich in zwei feindliche Lager mit festen Fronten aufspaltet und dem Therapeuten, um weiteren Schaden abzuwenden, nichts anderes übrig bleibt, als die Gruppe aufzulösen. Zwar kann dann nach anderen Behandlungsmöglichkeiten für die Patienten gesucht werden, die Betroffenheit durch eine negative Gruppenerfahrung wird aber bleiben.

Generell sind diese hier klinisch angewandten Erfahrungen von der Sozialpsychologie her bekannt. Vor diesem Hintergrund lässt sich vermuten, dass in Gruppen, wenn diese nicht beachtlich und reflektiert zusammengestellt und geleitet werden, immer potenzielle Gefahren lauern, die in dyadischen therapeutischen Settings in dieser Form nicht zu beobachten sind. Hierzu gehören neben den bereits erwähnten Faktoren die Entwicklung von Abhängigkeiten und die Zuweisung von bestimmten Rollen an einzelne Gruppenteilnehmer. Diese sind für die Entwicklung des Gruppenprozesses einerseits essenziell, können aber zur Gefahr werden, wenn sie nicht erkannt und der Reflektion und Veränderung zugänglich gemacht werden.

Die komplexen interpersonellen und interaktiven Prozesse in Gruppentherapien haben unter günstigen Bedingungen eine „heilende“ Wirkung schon durch den Prozess als solchen. Sie

konstituieren jene therapeutischen Faktoren, die prinzipiell in allen „gut“ geleiteten (Therapie-)Gruppen möglich sind und von Yalom (2006) und anderen Autoren (Mattke 2007) immer wieder beschrieben werden. Durch die Neigung aber, maladaptive Beziehungsmuster in interpersonellen Kontexten zu wiederholen, bergen Gruppen naturgemäß auch die Gefahr, derartige Beziehungsmuster therapeutisch nicht einholbar zu reinszenieren und damit im weitesten Sinne Retraumatisierungen zu provozieren. Die neuere Literatur zur Psychotraumatologie hat uns hierfür sensibilisiert (u.a. Reddemann 1999). Die Gruppentherapieprozessforschung (Tschuschke, Strauß 1996) gibt einige Hinweise, wie bestimmte regelhaft auftretende Prozessmerkmale therapeutisch genutzt werden können, aber auch dafür, dass negative Folgen entstehen, wenn die komplexen sozialen und interaktiven Prozesse in der Gruppenpsychotherapie nicht optimal verlaufen oder unkorrigiert zu Stande kommen. Somit gibt es gruppeninhärente Quellen, durch die Patienten Schaden nehmen können. Es ist allerdings auch anzunehmen, dass diese Schäden um so ausgeprägter sein werden, je unerfahrener und inkompetenter der jeweilige Gruppenleiter darin ist, gruppenspezifische Prozesse zu erkennen und entsprechen zu intervenieren.

Ein klinischer Blick auf die Forschungsliteratur

Um die Beurteilung der Relevanz der Forschungsergebnisse zu unerwünschten Effekten psychodynamischer Gruppenpsychotherapien praxisnah beurteilen zu können, sollen nun einige klinische Überlegungen speziell auch im Kontext des deutschen Versorgungssystems zur Diskussion gestellt werden:

- Bei den Studien zu Abbruchraten muss unterschieden werden, ob ambulante, tagesklinische oder stationäre Gruppenbehandlungen untersucht wurden. Stationäre und teilweise auch tagesklinische Behandlungen sind durch die institutionellen Rahmenbedingun-

gen geprägt. Wenn ein Patient eine institutionell gerahmte Gruppenbehandlung von sich aus verlassen will oder vorzeitig entlassen werden soll, liegen oft nicht nur therapeutische Kontraindikationen vor. Konflikte mit der Hausordnung beispielsweise oder andere typische Rahmenkonflikte wie Unverträglichkeiten bei der Zimmerbelegung dürften dabei eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen. Diese Anlässe für Abbrüche werden in der Forschungsliteratur (z.B. Kordy, Senf 1992) in der Regel nicht systematisch erfasst bzw. es liegen gar keine Untersuchungen dazu vor. Zudem sind Beurteilung und Übertragung der Befunde zwischen verschiedenen kulturellen und sozialpolitischen Behandlungssystemen (für die Forschungsliteratur meist Nordamerika vs. Europa) mit Bedacht vorzunehmen. Die voll kassenfinanzierte ambulante wie stationäre Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen in Deutschland beispielsweise ist eine therapeutisch wertvolle Ressource. Allerdings sind vor Beginn der jeweiligen Behandlungen komplexe und komplizierte bürokratische Hindernisläufe sowohl für die Patienten wie auch für die Behandler zu überstehen. Wenn die durch den Rahmen bedingten Voraussetzungen für den Beginn der Behandlung (endlich) erfüllt sind, trennt man sich in aller Regel nicht so einfach und schnell voneinander. Leicht einsehbar ist, dass in ganz oder teilweise selbstfinanzierten Systemen andere indikative Überlegungen und andere Behandlungsdynamiken zu erwarten sind.

- Besonders relevant für die Durchführung von Gruppenbehandlungen und die Vermeidung von negativen Folgen sind die Befunde zur Bedeutung der Gruppenvorbereitung. Hierauf wird in einigen Publikationen auch hier zu Lande neuerdings hingewiesen (Mattke, Tschuschke 1997; Strauß, Eckert 2001; Liebler, Huber 2004). Nach klinischer Erfahrung in den aktuellen Kontexten unserer stationären Einrichtungen wie Akutkrankenhäusern und Reha-Kliniken – sowohl vollstationär wie tagesklinisch – findet die Vorbereitung der Patienten auf die Gruppenbehandlung sehr un-

terschiedlich statt. Es besteht Konsens dahingehend, dass die Behandlung in einer Gruppe das zentrale Behandlungsformat sein wird oder, wenn mehr einzeltherapeutische Formate vorgesehen sind, diese doch stark von gruppenspezifischen Beziehungserfahrungen auf der Station geprägt sein werden. Dies hat sich auch unter der Klientel soweit herumgesprochen, dass in Voruntersuchungen nicht selten ängstlich nachgefragt wird: „Muss ich in eine Gruppe?“ Geübte Voruntersucher sind inzwischen auf diese Frage institutionsspezifisch vorbereitet. Trotz bester Information und Motivationsarbeit kommt diese Frage dann häufig erneut als erstes auf die aufnehmende Pflegekraft oder den Stationsarzt zu.

Mit dieser Erfahrung aus der Praxis wollen wir im Kontext der Frage nach der Indikationsstellung für Gruppenpsychotherapien verdeutlichen, dass dem klinisch tätigen Praktiker meist nicht so sehr differenzielle Indikationsüberlegungen abverlangt werden, sondern eher Motivationsarbeit oder eben eine sorgfältige und geduldige Vorbereitung auf die spezielle Gruppentherapie bzw. Bedeutung des Gruppenerlebens auf der Station. Differenzielle Indikationsüberlegungen sind eher von Untersuchern in großen Polikliniken zu leisten, in denen aus einer breiten Palette von Behandlungsmöglichkeiten ausgewählt werden kann.

Allerdings werden in großen Rehakliniken und ansatzweise auch schon in einigen Krankenhäusern des Akutsystems immer mehr störungsspezifische oder so genannte indikative Gruppen angeboten (Angst-, Depressive, Borderline-, Schmerz-, Essstörungen etc.) bzw. Trainingsgruppen zur Raucherentwöhnung oder zur Förderung einer gesünderen Lebensführung. Außerdem kommen psychoedukative Behandlungskonzepte zur Anwendung, die vom Leitsymptom oder Übungsziel her klarere Indikationsstellungen ermöglichen und nebenwirkungsärmer verlaufen können, wie Hoffmann (2002) annimmt.

In der aktuellen ambulanten Praxis mit psychodynamischem Schwerpunkt sehen die Indikationsüberlegungen eher so aus, dass der Pra-

xisinhaber und Gruppentherapeut bei seinen Vorgesprächen überlegt, ob er einen Gruppenplatz in einer laufenden (halb offenen Gruppe) frei hat und ob ein spezifischer Patient in diese Gruppe passt. In der Regel wird dabei eher die Passung (im Sinne von Eckert und Biermann-Ratjen 1990, siehe oben) zwischen der aktuellen Gruppen- und Psychodynamik der laufenden Gruppe und dem vorgesehenen Patienten überprüft als allgemeine differenzielle Indikationsüberlegungen (Willnow 2007). Möglich ist auch, dass nach einer längeren Einzeltherapie mit einem entsprechenden Verlauf sich der Einzeltherapeut die Indikationsfrage stellt: Könnte es zum Abschluss, zur Weiterführung, zur psychosozialen Öffnung des Behandlungsprozesses indiziert sein, eine Gruppenbehandlung mit einem bestimmten Patienten anzuschließen? Ist dies in meiner Praxis oder bei Kollegen möglich, mit denen ich kooperiere, gibt es hierfür überhaupt Kapazitäten? (Willnow 2007)

Ambulante störungsspezifische Gruppenbehandlungen – soweit dazu Manuale publiziert wurden – betonen wie selbstverständlich die Bedeutung der Gruppenvorbereitung (Nickel, Egle 2002; Schneider, Faber 2002). Während Nickel und Egle (2002) die Indikationsentscheidung nach einer umfangreichen Vordiagnostik im Einzelsetting stellen, schalten Schneider und Faber (2002) geschlossenen Angstbewältigungsgruppen eine so genannte „Schnupperstunde“ in der Gruppe vor, in der sich die Therapeuten mit ihrem Konzept vorstellen. Die Patienten entscheiden dann nach dieser Probesitzung in der Gruppe, ob sie weiter teilnehmen wollen. Von beiden Autorenpaaren wurden bisher keine Daten über vorzeitige Beendigungen der Therapie publiziert.

Eigene Erfahrungen mit einer Vorbereitungs-sitzung vor dem Beginn einer neuen halb offenen psychodynamischen Gruppe haben ergeben, dass die Hälfte der 12 zu einer vorbereitenden Sitzung eingeladenen Patienten sich gegen die Teilnahme an dieser Gruppe entschied. Dieses Ergebnis zeigt einmal mehr, dass Indikationsstellung zur psychodynamischen Gruppentherapie den Faktor „Passung“ von Gruppentherapeut/ Konzept/Patient berücksichtigen muss.

- Mit der Erarbeitung des CORE-R Manuals (Strauß et al., im Druck) wird in Kürze ein standardisiertes Instrument vorliegen, das systematische und vergleichbare Studien zur Indikationsüberprüfung auch für psychodynamische Gruppentherapien prinzipiell ermöglicht. Das Manual enthält verschiedene, für die Gruppenvorbereitung sehr informative Hand-outs für Gruppentherapeuten wie für Patienten, „Hilfsmittel“ zur Initiierung einer Gruppentherapie sowie Instrumente zur Prozess-Ergebnis-Beurteilung. Für den Kontext dieser Arbeit ist insbesondere der Group Selection Questionnaire (GSQ) zu erwähnen. Der GSQ scheint eine hohe Vorhersagekraft bezogen auf Behandlungserfolg und Prozessmerkmale von Gruppenbehandlungen zu besitzen. Wenn das Manual bei Forschern wie Klinikern Akzeptanz und Verbreitung findet, würde künftig die Beurteilung der differenziellen Indikationsstellung nicht mehr nur von klinischen Erfahrungen und Intuitionen abhängig sein. Auch ließe sich die Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen zur Gruppentherapie steigern, wenn Forscher sich an der im CORE-R Manual zusammengestellten Methodenauswahl orientieren würden. Kooperationsvorteile für die Klinik und die Forschung liegen auf der Hand. Die tabellarisch aufgeführten „Empfehlungen für Aufnahme- und Ausschlusskriterien in Gruppentherapien“ (Tab.1) sind erste Ergebnisse einer solchen Kooperation zwischen Klinik und Forschung (Burlingame et al. 2006, Strauß et al. 2006).
- Es wäre zu hoffen, dass durch die Realisierung eines Teils der geplanten Projekte zur Erforschung der differenziellen Indikationsstellung für Gruppentherapien in Bälde eine bessere Datenlage verfügbar sein wird. Trotz zu erwartender verlässlicherer Forschungsergebnisse aber wird die Indikationsstellung, insbesondere für eine psychodynamische Gruppentherapie, zum Teil weiterhin einen dynamischen Prozess erfordern, beispielsweise wie oben für die aktuelle Gruppenpraxis hier zu Lande ausgeführt. Diese Dynamik wurde unter dem

Begriff der „Passung“ (Überereinstimmung zwischen Therapeut und Patient hinsichtlich des Behandlungskonzepts) von Eckert und Biermann-Ratjen (1990) in der Forschungsliteratur beschrieben. In späteren Arbeiten von Strauß und Burgmeier-Lohse (1994), Liebler et al. (2002), Mattke und Schreiber-Willnow (2002) finden sich weitere empirische Belege für dieses Konstrukt.

- Wie passgenau ein dynamischer Vorbereitungsprozess auf eine Therapiegruppe gestaltet werden kann, hat Yalom (2005) in einer „teaching novel“ spannend vorgeführt. In der dort beschriebenen fiktiven Gruppe wurde der Prozess vom Gruppenleiter und der Gruppe so gestaltet, dass trotz einer nach allen Erfahrungswerten für einen bestimmten („nicht passenden“) Patienten und nicht indizierte Gruppentherapie dieser am Ende erheblich von der Therapie profitieren konnte (!).

Im klinischen Alltag wird die Vorbereitung des Patienten auf eine Gruppentherapie kaum mit einer derartigen Sorgfalt durchgeführt werden können. Dennoch könnte die Botschaft sein, die Indikation in einer Vorbereitungsgruppe zu überprüfen. Dieses Konzept wurde hier zu Lande, soweit publiziert, am konsequenten von Liebler und Huber (2004) umgesetzt. Zur Indikationsentscheidung für die Aufnahme auf eine Psychotherapiestation, also in einen Gruppenkontext, ist diesen Autoren zufolge die Teilnahme an einer Vorbereitungsgruppe mit vier Sitzungen obligatorisch. Die Autoren berichten über eine „relativ niedrige Quote vorzeitig beendeter Therapien“ (2001: 8,1%; 2002: 4,4%).

- Therapeutische Gruppen finden in einem halböffentlichen Raum statt. Sie sind zwar nach außen durch die Schweigepflicht aller Beteiligten geschützt, nach innen aber zur gegenseitigen Offenheit bzw. Öffnungsbereitschaft verpflichtet. Diese Rahmenvereinbarung gehört in jeden Therapiekontrakt und wird in der Regel vor der ersten Gruppensitzung möglichst auch schriftlich übergeben, erläutert und unterschrieben. Patienten schätzen diese sicherheitsgebende soziale Rah-

mung sehr hoch ein und achten peinlichst auf Einhaltung. Im halböffentlichen Raum und Prozess einer Gruppentherapie wird somit einer der gravierendsten negativen Effekte einzeltherapeutischer Behandlungen, für die wir in der Verantwortung stehen, sehr nachhaltig kontrollierbar: eine nicht oder schwer aufzulösende Abhängigkeitsbeziehung bis hin zu intimer Übergriffigkeit.

Literatur

- Barlow S (2005). Analytische und Psychodynamische Gruppenpsychotherapie: Gibt es dazu Daten? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 41: 239–266.
- Bostwick G. (1987). „Where’s Mary?\": A review of the group treatment dropout literature. *Social Work with Groups*, 10: 117–131.
- Burlingame GM, MacKenzie KR, Strauß B (2004). Evidence-based small group treatments. In: Lambert M, Bergin AE, Garfield SL (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley & Sons.
- Burlingame GM, Fuhriman A, Johnson J. (2002). Cohesion in group psychotherapy. In: Norcross J. C. (Ed.). *A Guide to Psychotherapy Relationships that Work*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Burlingame GM; Strauß B, Joyce A, MacKenzie, KR, MacNair-Semands R, Ogrodniczuk J, Taylor SM (2006). *CORE-R – Manual*. New York: AGPA.
- Davies R, Seamam S, Burlingame GM, Layne CM (2002). Selecting adolescents for group-based trauma treatment using a self report questionnaire. Paper presented at the annual meeting of the American Group Psychotherapy Association: New Orleans, Louisiana.
- Davies-Osterkamp S, Strauss B, Schmitz N (1996). Interpersonal problems as predictors of symptom-related treatment outcome in longterm psychotherapies. *Psychotherapy Research* 6: 164–176.
- Eckert J (1996). Indikation und Prognose. In: Strauß B, Eckert J, Tschuschke V (Eds.). *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung*. Ein Handbuch (S. 16–29). Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Eckert J, Biermann-Ratjen EM (1990). Die „Theorie“ des Therapeuten – Ein heimlicher Wirkfaktor in der Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V, Czogalik D (Eds.). *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* Heidelberg: Springer.
- Edinger D (1963). *Berta Pappenheim*. Frankfurt: Ner-Tamid Verlag.
- Ellenberger HF (1973). *Die Entdeckung des Unbewussten*. Bern: Huber.
- Freud S (1910). *Gesammelte Werke VIII*, Frankfurt am Main: S.Fischer (S.3ff).
- Freud S, Breuer J (1970). *Studien über Hysterie*. Frankfurt am Main: S.Fischer.
- Fuhriman A, Burlingame GM (1994). Group psychotherapy: Research and practice. In: Fuhriman A, Burlingame GM (Eds.), *Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis*. New York: Wiley.
- Gardiner M (1972). *Der Wolfsmann vom Worfsmann*. Fischer: Frankfurt/M.
- Hirschmüller A (1978). *Physiologie und Psychoanalyse im Leben und Werk Josef Breuers*. Bern: Huber.
- Hoffmann SO (2002). *Schädliche und Nebenwirkungen von Psychotherapie – ist das Risiko bei störungsspezifischen*

- Ansätzen geringer? In: Mattke D, Hertel G, Büsing S, Schreiber-Willnow K (Hrsg.). Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik. Frankfurt/M.: VAS.
- Jones E (1960). Das Leben und Werk von Sigmund Freud. Bern: Huber (Bd. I, 268ff).
- Kaul TJ, Bednar RL (1994). Pretraining and structure: Parallel lines yet to meet. In: Fuhriman A, Burlingame GM (Eds.). Handbook of group psychotherapy: An empirical and clinical synthesis. New York: Wiley.
- Kordy H, Senf W (1992). Therapieabbrecher in geschlossenen Gruppen. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 42: 127–135.
- Lambert MJ, Bergin AE (1994). The effectiveness of psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (Hrsg.). Handbook of psychotherapy and behaviour change. New York: Wiley.
- Liebler A, Huber TJ (2004). Die Therapie-Vorbereitungsgruppe: „Vortraining“ zur stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut* 49: 272–276.
- Liebler A, Koch M, Emrich HM, Hartmann U (2001). Wirkfaktoren in der stationären Gruppenpsychotherapie aus Patienten- und aus Therapeutesicht: Je größer die Übereinstimmung, um so größer der Behandlungserfolg? Posterbeitrag, Mainzerwerkstatt zur empirischen Forschung über stationäre Psychotherapie.
- MacKenzie KR (1997). Time-managed group psychotherapy: Effective clinical applications. Washington DC: American Psychiatric Association.
- MacKenzie KR (2001). An expectation of radical change in the future of group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 51: 175–180.
- MacNair RR, Coarazzini JG (1994). Client factors influencing group therapy dropout. *Psychotherapy* 31: 352–362.
- MacNair-Semands, R. R. (2002). Predicting attendance and expectations for group therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 6: 219–228.
- Mattke D, Schreiber-Willnow K (2002). Behandlung in geschlossenen versus halboffenen Gruppen in der stationären Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 38: 153–172.
- Mattke D, Tschuschke V (1997). Kurzgruppenpsychotherapie – Einführende Überlegungen unter besonderer Berücksichtigung analytisch orientierter und interpersoneller Therapiekonzepte. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 33: 18–35.
- Mattke D (1982). „Der Fall Anna O.“ Eine katamnestiche Untersuchung mit Hilfe von zwei verschiedenen tiefenpsychologischen Methoden. *Psychother Psychosom Med Psychol* 32: 9–13.
- McCallum M, Piper WE (1990). The psychological mindedness assessment procedure. *Psychological Assessment: Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2: 412–418.
- McRoberts C, Burlingame GM, Hoag MJ (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 2: 101–117.
- Meyer AE, Richter R, Grawe K, Graf v.d.Schulenburg, JM, Schulte B (1991). Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Universitäts-Krankenhaus, Hamburg-Eppendorf.
- Nikel R, Egle UT (2002). Gruppenpsychotherapie bei Patienten mit somatoformen Schmerzen. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 38: 212–230.
- Piper WE (1994). Client variables. In: Fuhriman A, Burlingame GM (Eds.), Handbook of group psychotherapy: An empirical & clinical synthesis (pp. 83–113). New York: Wiley & Sons.
- Piper WE, McCallum M (1994). Selection of patients for group interventions. In: Bernard HS, MacKenzie KR (Eds.). Basics of group psychotherapy (pp. 1–34). New York: Guilford Press.
- Piper WE, Joyce AS, Rosie JS, Azim HFA (1994). Psychological mindedness, work, and outcome in day treatment. *Int J Group Psychother* 44: 291–311.
- Piper WE, Ogradniczuk J, la Marche C, Hilscher T, Joyce AS (2005). Level of alliance, pattern of alliance and outcome in short term group therapy. *Int J Group Psychother* 55: 527–550.
- Reddemann L, Sachse U (1999). Trauma first! Persönlichkeitsstörungen. *Theorie, Therapie* 3: 16–20.
- Sachse J, Strauss B (2002). Bindungscharakteristika und Behandlungserfolg nach stationärer psychodynamischer Gruppentherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 52: 134–140.
- Schneider M; Faber S (2001). Angstbewältigung in der Gruppe. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Sexton H (1993). Exploring a psychotherapeutic change sequence: Relating process to intersessional and posttreatment outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 128–36.
- Stone WN, Rutan JS (1984). Duration of treatment in group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 34: 93–109.
- Stone WN, Blaze M, Buzzuto J (1980). Late drop-outs from group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 34: 401–413.
- Strauß B, Burgmeier-Lohse M (1995). Merkmale der „Passung“ zwischen Patienten und Therapeut als Determinante des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppentherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 4: 127–140.
- Strauß B, Burlingame GM, Joyce A, MacKenzie KR, MacNair-Semands R, Ogradniczuk J, Taylor SM (2006). Entwicklung eines Basismethodeninventars für die gruppenpsychotherapeutische Praxis und Forschung (CORE-R). *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 52, im Druck.
- Strauß B, Eckert J (2001). Schäden und negative Folgen von Gruppenpsychotherapien. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 37: 45–67.
- Strauß B, Kirchmann H, Eckert J et al. (2006). Bindungsmerkmale und Therapieerfolg nach stationärer Psychotherapie – Ergebnisse einer Multicenter-Studie. *Psychother Res* 16: in press.
- Tschuschke V (1996). Prozess-Ergebnis-Zusammenhänge und Wirkfaktorenforschung. In: Strauß B, Eckert J, Tschuschke V (Hrsg.). Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Willnow Ch (2007). Persönliche Mitteilung.
- Woods M, Melnick J (1979). A review of group therapy selection criteria. *Small Group Behavior* 10: 15–175.
- Yalom I.D (1966). A study of group therapy dropouts. *Arch Gen Psychiatry* 14: 393–414.
- Yalom ID, Houts PS, Zimerberg S.M (1967). Prediction of improvement in group therapy: An exploratory study. *Arch Gen Psychiatry* 17: 159–168.
- Yalom, I.D. (2005). Die Schopenhauer Kur. München: Btb.
- Yalom ID, Leszcz M (2006). The theory and practice of group psychotherapy (5th ed.). New York: Basic Books.
- Yalom ID, Liebermann MA (1971). A study of encounter group casualties. *Arch Gen Psychiatry* 25: 16–30.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dankwart Mattke
Josephinenstrasse 17, 81479 München
E-Mail: djmattke@web.de