

6 Nebenwirkungen und unerwünschte Wirkungen von Gruppentherapien

Bernhard Strauß und Dankwart Mattke

6.1 Destruktive Folgen von Gruppen

„By the crowd they have been broken, by they crowd they have been healed“.

Dieses Zitat von Cody Marsh (1933), auf den das Konzept der Milieuthérapie zurückgeht, beschreibt, wie ambivalent die Wirkung von Gruppen zu sehen ist. Der Möglichkeit, durch Gruppen und ihre destruktiven Kräfte Schaden zu nehmen, steht die nicht nur im klinischen Feld mittlerweile gut belegte positive Kraft von Gruppen gegenüber (vgl. Burlingame et al. in Druck). Die im einleitenden Kapitel dieses Buches (s. Kap. 1) unterschiedenen unerwünschten Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychotherapien lassen sich auf Gruppenpsychotherapien exakt übertragen:

Ebenso wie in der Einzeltherapie kann es *unerwünschte Ereignisse* geben, die parallel zur Therapie auftreten, die aber nicht notwendigerweise mit der Behandlung in Beziehung stehen müssen. Klinisch besonders relevant sind solche Ereignisse wahrscheinlich in stationären oder teilstationären Einrichtungen, wo Patienten möglicherweise Vorfälle (z.B. Regelverstöße, suizidale Handlungen) bei anderen Patienten miterleben können, die sich möglicherweise gar nicht in der eigenen Gruppe befinden, deren Probleme aber oft ansteckende Effekte auf einer Station haben können.

Negative Therapiefolgen stehen nach der Definition von Haupt et al. (s. Kap. 1) unmittelbar mit der Therapie in Verbindung. Auch diese sind in Gruppen zu beobachten. Durch die Komplexität der Gruppe, insbesondere ihre interpersonale Komplexität, und durch die Einflüsse sozialpsychologischer Faktoren ist möglicherweise in Gruppen mit deutlich mehr Nebenwirkungen und negativen Folgen zu rechnen als in Einzeltherapien.

In der Vergangenheit haben Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen in Gruppen beispielsweise Strauß und Eckert (2001) ausführlich diskutiert. In dieser Übersichtsarbeit, die in späteren Jahren von anderen aktualisiert wurde (vgl. z.B. Mattke 2008), unterschieden die Autoren zunächst Fehler bei der Indikationsstellung und Prognoseeinschätzung. Dies entspricht den von Haupt et al. (s. Kap. 1) genannten *Kontraindikationen*, die in der Gruppe insofern eine große Rolle spielen, als dass man davon ausgehen muss, dass keineswegs jede Patientin und jeder Patient von einer Gruppe profitiert bzw. für die Gruppe geeignet ist.

Strauß und Eckert (2001) haben in der oben erwähnten Übersicht außerdem problematische Entwicklungen der Gruppendynamik bzw. des gruppentherapeutischen Prozesses, Therapieabbrüche als potenziell negative Erscheinungen sowie Probleme bei der Passung zwischen dem therapeutischen Konzept, der therapeutischen Haltung und den Erwartungen bzw. der „Aufnahmebereitschaft“ der Patienten beschrieben.

Mit *Therapie-Nonresponse* bzw. *Verschlechterungen des Zustands* von Patienten im Gruppentherapieverlauf ist ebenso wie in der Einzeltherapie zu rechnen, allerdings sind diese Phänomene in der Gruppentherapie wohl noch weniger untersucht.

Zusammengenommen stellen alle genannten Phänomene *therapeutische Risiken* dar, die durch eine adäquate Aufklärung und Vorbereitung der Gruppenmitglieder im Kontext von Gruppentherapien spezifisch adressiert und dadurch möglicherweise minimiert werden sollten.

6.2 Kontraindikationen

Nach Eckert (2010) gruppieren sich die Aufnahmekriterien für Patienten, die für eine Gruppenbehandlung vorgesehen sind, um folgende Merkmale:

- Motivation für die vorgesehene Gruppenbehandlung,
- Mindestmaß an interpersonalen Fähigkeiten,
- keine aktuellen gruppenbezogenen Ängste.

Es ist empfehlenswert, zur Einschätzung der patientenseitigen Motivation für eine Gruppenbehandlung die lebensgeschichtlichen Vorerfahrungen mit Gruppenerfahrungen vorbereitend zu explorieren. Es gibt wahrscheinlich einen Zusammenhang zwischen positiven Erwartungen und der Verbesserung der psychischen Beschwerden in der Gruppenbehandlung (MacNair-Semands 2002). Optimistische Erwartungen können zu einer besseren Gruppenstimmung und zu einer höheren Motivation beitragen, dagegen können möglicherweise zu hohe Patientenerwartungen auch negative Befürchtungen zur Folge haben, etwa, dass die bevorstehenden interpersonellen und interaktionellen Anforderungen in der Gruppe nicht erfüllt werden können.

Weitere Aufnahme- aber auch Ausschlusskriterien auf Patientenseite wurden auf der Basis klinischer Empfehlungen von Strauß und Mattke (2007) zusammengestellt. In dieser Arbeit findet sich auch eine ausführliche Literaturübersicht zu weiteren patientenseitigen Merkmalen, die eher eine Kontraindikation für Gruppentherapien darstellen, zum Beispiel Probleme mit Intimität und Nähe oder die Neigung zu sehr provokanten Verhaltensweisen.

Yalom und Leszcz (2006) beschreiben, dass besonders laute, verärgerte, störende und vom Rest der Gruppe isolierte Teilnehmer oft nicht genügend Empathie für eine Gruppentherapie besitzen und die Gruppe damit negativ beeinflussen.

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.

Weitere „Ausschlusskriterien“, die in der Literatur genannt werden, sind ein Mangel an psychologischem Verständnis (psychological mindedness), unzureichendes Einfühlungsvermögen, Feindseligkeit, hirnorganische Beeinträchtigungen, paranoide Tendenzen, hypochondrische Störungen, primär somatische Symptome sowie akute Psychosen.

Viele der vorliegenden Befunde weisen in diesem Kontext auf ein Kriterium hin, das bereits auch therapeutenseitige Merkmale betrifft: Einer von Eckert und Biermann-Ratjen (1990) formulierten Auffassung nach sind Theorie und Konzept des Therapeuten ein entscheidender Faktor für die Wirkung von Gruppentherapien. 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 sei. Diese Auffassung wird auch durch empirische Untersuchungen unterstützt (z.B. Strauß u. Burgmeier-Lohse 1995; Mattke u. Schreiber-Willnow 2004).

Als Hilfe bei der richtigen Indikationsstellung für Gruppentherapien können die wenigen verfügbaren standardisierten Instrumente für die Erfassung von indikationsrelevanten Merkmalen dienen, wie etwa der „Group Therapy Questionnaire“ (GTQ; MacNair-Semands 2002). Der GTQ ist relativ aufwendig (die Durchführung erfordert 35 bis 45 Minuten, die Auswertung 10 bis 15 Minuten). Erheblich ökonomischer ist der Group Selection Questionnaire (GSQ, kürzlich umbenannt in Group Readiness Questionnaire), der in überprüfter deutscher Übersetzung vorliegt (Löffler et al. 2007).

Mittlerweile wurde die Struktur (mit den Skalen „Erwartungen“, „Partizipation“ und „Dominanz“) in einer klinischen Stichprobe aus den USA und zwei Stichproben stationärer Psychotherapiepatienten aus Deutschland repliziert (Löffler et al. 2007). Vorliegende Studien belegen die Vorhersagekraft des GRQ sowohl bezogen auf den Behandlungserfolg als auch bezogen auf Prozessmerkmale, beispielsweise die Entwicklung des Gruppenklimas.

6.3 Zustandsverschlechterungen, Nonresponse, Therapieabbrüche in Gruppen

Während die Häufigkeit negativer Veränderungen in Einzeltherapien seit der Publikation von Bergin et al. (1963) in der Regel zwischen 8 und 12% beziffert wird, schätzen manche Autoren die negativen Effekte von Gruppen höher ein (z.B. Roback 2000). Beispielsweise wurde in der Studie von Lieberman et al. (1973) ein Prozentsatz von 16% angegeben, wobei die Autoren beschreiben, dass 8% der Teilnehmer an den von ihnen untersuchten Encountergruppen tatsächlich regelrecht Schaden genommen hätten. In einer Übersicht von Hartley et al. (1976) wurde die Häufigkeit negativer Effekte in Gruppen in einem Bereich zwischen 1 und 50% beziffert. Dies und Teleska (1985) erklärten diese erhöhten Raten mit der Komplexität der Einflussfaktoren in Gruppen.

Weitere empirische Studien zu Verschlechterungen von Patienten in Gruppen sind rar (z.B. Doxee u. Kivlighan 1994; Kaplan 1982; Schopler u. Galinsky 1981; Smokowski et al. 1999). In jüngerer Zeit wurde eine qualitative Analyse von Patienten, die sich in

Gruppen verbesserten und verschlechterten von Hoffmann et al. (2009) vorgelegt. Die Autoren beschrieben, dass Patienten, die sich sehr früh mit ihren Kümernissen öffnen, im weiteren Verlauf nicht sehr oder gar nicht von der Therapie profitieren. Diese Patienten neigten im weiteren Verlauf dazu, eine Therapeutenrolle zu übernehmen, die von den Therapeuten sogar verstärkt anerkannt wurde. Sie wurden in ihrem Rollenverhalten zu Vorbildern für die anderen zaghafteren Patienten, beschäftigten sich aber mehr damit, den anderen Feedback zugeben als Einsichten speziell bezüglich des eigenen Interaktionsverhaltens zu gewinnen. Andere Patienten, die nicht profitierten, waren mehr auf Beziehungsprobleme in der Primärfamilie fixiert und weniger an den aktuellen Beziehungen in der Gruppe interessiert.

Auch *Nonresponse* ist in Gruppen bislang kaum untersucht. In einer neueren, ebenfalls qualitativen Studie beschrieben Lorentzen et al. (2011) 8 Fälle von Patienten, die in einer psychodynamischen Langzeittherapie „non responder“ blieben (im Gegensatz zu 48 „respondern“). Es zeigte sich, dass die non responder bereits zu Beginn der Therapie weniger belastet waren, kürzer in der Therapie blieben und sehr viel unzufriedener mit der Gruppe und dem Gruppenleiter waren. 6 der 8 Patienten gaben an, sie hätten bei freier Wahl vor Beginn eher eine Einzeltherapie gewählt.

Ältere 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, 2012; Kordy u. Senf 1992). Bostwick (1987) ermittelte in einer Übersicht über 21 Studien zu Therapieaussteigern eine durchschnittliche Abbruchrate von 35%.

Aussteiger aus einer Gruppe wurden in der Literatur schon früh als ein signifikantes Problem erkannt (Yalom 1970; Yalom u. 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 beenden zu wollen. Demzufolge wäre es wichtig, Indikationskriterien bzw. Prädiktoren für Therapieabbrüche zu ermitteln. Die empirische Forschung zu diesen Prädiktoren ist aber noch unzureichend. Die Mehrzahl der Angaben zu Ausschlusskriterien basiert eher auf klinischen Erfahrungen, denn auf Forschungsbeunden (vgl. Piper u. MacCallum 1994; Eckert 2010).

Eckert (2010) nennt 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, die Gruppenleiterin oder den Gruppenleiter mit anderen zu teilen
- Komplikationen durch gleichzeitige Einzel- und Gruppentherapie
- Provokateure
- unzulängliche Ausrichtung auf die Therapie
- Komplikationen durch die Bildung von Untergruppen

Zusammengefasst könnte man sagen, dass negative Effekte von Gruppenpsychotherapien dann entstehen, wenn entweder die Gruppenmitglieder für die Gruppe nicht geeignet sind, die Gruppe nicht den Zielen und Bedürfnissen der Gruppenmitglieder entspricht bzw. die Gruppenleitung inadäquat ist.

6.4 Nebenwirkungen und deren Determinanten

Zu spezifischen Nebenwirkungen von Gruppentherapien (d.h. unerwünschten Effekten, die bei prinzipiell korrekter Anwendung einer Therapie auftreten; s. Kap. 1) wurde bisher in den einschlägigen Lehrbüchern, Kompendien, Readern und Handbüchern vergleichsweise wenig berichtet. Beispielsweise wird bei Tschuschke (2010) oder Edding und Schattenhofer (2009) weder im Text noch im Stichwortverzeichnis auf dieses Thema Bezug genommen. Dies ist in den Lehrbüchern zur Einzeltherapie aber nicht anders (z.B. Wöller u. Kruse 2010). In dem Reader „Keine Angst vor Gruppen“ (Mattke et al. 2009) sowie im Lehrbuch von Strauß und Mattke (2012) widmen sich die Autoren der Frage nach Nebenwirkungen wenigstens in Unterkapiteln.

Im Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Margraf u. Schneider 2009) wird zwar nicht explizit auf Gruppentherapien eingegangen, es findet sich dort aber eine generelle Aussage, unter der die Frage der Nebenwirkungen immer wieder aufgegriffen wird:

„Ein nützliches Modell für das Reflektieren von Nebenwirkungen ist das ‚Balance-Modell‘, das in der Literatur und in Diskussionen in verschiedenen Formen und unterschiedlicher Terminologie auftaucht“ (Margraf u. Schneider 2009, S. 222).

Es gehe bei diesem Modell darum, einen Ausgleich zwischen Sicherheitsgefühl und Herausforderung zu finden. Wenn ein Therapeut (zu) stark herausfordere, z.B. mit Emotionen auslösendem Vorgehen, sei immer eine negative Nebenwirkung, dass das Sicherheitsgefühl eines Patienten belastet wird. Umgekehrt könne der Verzicht auf Herausforderung die Nebenwirkung haben, dass die Konfrontation mit schwierigen Themen vermieden wird (ebd., S. 222–223).

Die Herausforderung für Forscher und Kliniker in Gruppentherapien besteht generell darin, dass die größte therapeutische Veränderungskraft einer Gruppentherapie wahrscheinlich der sich entfaltende Gruppenprozess in sich birgt. Damit sind aber sicher auch die größten Risiken für Nebenwirkungen verknüpft.

Wenn es darum geht, die Quellen für mögliche Nebenwirkungen genauer zu betrachten, empfiehlt sich ein Modell, das Burlingame et al. (2004) entwickelt haben, um die Befunde der Gruppenpsychotherapieforschung systematisch zu ordnen. Anhand dieses Modells können analog auch Nebenwirkungen der Gruppentherapie untersucht werden im Hinblick auf fünf Faktoren, nämlich

- strukturelle Bedingungen
- Gruppenprozesse
- Patientenmerkmale
- Merkmale des Gruppenleiters sowie
- formale Veränderungstheorien

Letztlich enthält das Modell auch jene Faktoren, die Roback (2000) als Ursachen für negative Effekte und Nebenwirkungen von Gruppentherapien unterschied, nämlich Therapeutenfaktoren, Prozessfaktoren und Patientenfaktoren.

6.4.1 Strukturelle Bedingungen

Zur strukturellen Planung einer Gruppe gehören Entscheidungen über

- die Zusammensetzung der Gruppe (z.B. störungsorientiert homogen oder heterogen, problemorientiert homogen oder heterogen, Strukturniveau, Alter, Geschlecht),
- das Gruppenformat (z.B. offene, halboffene vs. geschlossene Gruppe),
- die Gruppengröße und Rahmenbedingungen (wie Ort der Gruppe, Zeitdauer, Frequenz, Setting) sowie
- die „Passungsfrage“ (passt dieser Therapeut und sein Konzept zu dem betreffenden, für die Gruppe vorgesehenen Patienten).

Auch wenn diese Faktoren empirisch noch nicht eindeutig überprüft sind, finden sich in der Literatur einige Empfehlungen bezüglich der Zusammensetzung von Gruppen sowohl auf individueller wie auch auf Gruppenebene. Es versteht sich, dass die Zusammensetzung von den Zielsetzungen einer Gruppe und insbesondere von den Rahmenbedingungen abhängt. Tschuschke (2010) meint, dass Homogenität/Heterogenität und Zeitdauer der Gruppe aufeinander abgestimmt sein sollten: Länger bestehende Gruppen „vertragen“ eher eine heterogene Gruppenzusammensetzung, während kurzzeitige, fokale Gruppen möglichst homogen zusammengestellt sein sollten. Von derartigen Entscheidungen dürfte das Risiko für Nebenwirkungen mit beeinflusst sein.

6.4.2 Patientenbezogene Merkmale

Als wesentliche Quelle für negative Effekte und Nebenwirkungen sind die *Merkmale einzelner Gruppenmitglieder* zu nennen, die möglicherweise Abbrüche vorhersagen lassen (s.o.), beispielsweise ein besonderes Ausmaß an prämorbid Beeinträchtigung, schwere narzisstische oder schizoide Pathologie, unrealistische Erwartungen an die Gruppe, schwere Probleme mit dem Selbstwert, unzureichende interpersonale Fertigkeiten, die Tendenz, Außenseiterrollen zu übernehmen und ausgeprägte Konflikte mit Selbstöffnung und Intimität (Roback 2000). Wenn, wie dies beispielsweise oft im stationären Feld der Fall ist, eine gezielte Auswahl von Patienten für Gruppen nicht möglich ist, dann sollten Patienten wenigstens bestmöglich auf die Gruppe vorbereitet werden. Es gilt als eines der am besten gesicherten Ergebnisse der Gruppentherapieforschung, dass eine adäquate Vorbereitung die Effektivität von Gruppentherapien deutlich erhöhen und die Gefahr eines Abbruchs reduzieren kann (Burlingame et al. 2004). Eine adäquate Vorbereitung wirkt sich nach den vorliegenden empirischen Befunden positiv auf die Gruppenkohäsion aus, erhöht das Verständnis für Rollen und Verhaltensweisen in Gruppen und verpflichtet die Gruppenmitglieder auf die Regeln einer Gruppe und dürfte dadurch auch Nebenwirkungen reduzieren.

6.4.3 Therapeutenfaktoren

Unter den Therapeutenfaktoren wurden bestimmte *Führungsstile* als ungünstig beschrieben, z.B. ein zu konfrontierender Führungsstil, mit dem zu sehr Druck auf einzelne ausgeübt und Selbstöffnung forciert wird, des Weiteren ein Führungsstil, der nicht ausreichend Schutz und Struktur gibt bzw. keine schützenden Normen in der Gruppe etabliert. Andauernde negative Aussagen, Ambivalenz des Gruppenleiters

bezüglich der Gruppenziele und die (oft unbewusste) Unterstützung interpersonaler Verzerrungen und Ängste werden als weitere Ursachen für Nebenwirkungen genannt.

Neben dem Führungsstil gelten *Fehler bei der Auswahl von Patienten* als mögliche Quelle für negative Entwicklungen, aber natürlich auch *Persönlichkeitsfaktoren* aufseiten der Gruppenleiter, die einen inadäquaten Umgang mit negativer Gegenübertragung zur Folge haben. Die in der Studie von Yalom und Lieberman (1971) beschriebenen schwierigen Psychotherapeuten waren meist eher narzisstisch, empathiegestört und wenig fürsorglich. Gerade narzisstische Gruppenleiter laden dazu ein, dass sich bestimmte Gruppenmitglieder unterwerfen und so einen Machtmissbrauch des Leiters scheinbar akzeptieren. In der Literatur wird ferner beschrieben, dass mangelnde Sympathie für einzelne Gruppenmitglieder einen häufigen Grund für einen „therapeuteninduzierten Behandlungsabbruch“ darstellt.

Wenn es darum geht, Gruppennormen zu etablieren, wächst dem Gruppenleiter viel Macht und Bedeutung zu, begünstigt durch die Verführbarkeit und Ansteckbarkeit der einzelnen Gruppenteilnehmer durch diese Normen. Hier ist ein wesentliches Gefahrenmoment zu vermuten im Hinblick auf Schäden und Nebenwirkungen von Gruppenerfahrungen, die wohl in nicht-therapeutischen Gruppen (Sekten, politische Gruppen u.ä.) noch viel stärker ins Gewicht fallen. Aber auch in therapeutischen Gruppen tun wir gut daran, diese Zusammenhänge immer wieder zu reflektieren.

Neben der Macht des Gruppenleiters können die im Vergleich zur Einzeltherapie deutlich eingeschränkten Möglichkeiten ein Risiko sein, den Therapieprozess immer 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.

Vor diesem Hintergrund lässt sich vermuten, dass in Gruppen, wenn diese vom Gruppentherapeuten nicht bedachtsam und reflektiert zusammengestellt und geleitet werden, potenzielle Gefahren lauern, die in dyadischen therapeutischen Settings in dieser Form nicht zu beobachten sind. Hierzu gehören neben den bereits erwähnten Faktoren einmal die *Entwicklung von Abhängigkeiten* und die Zuweisung oder die Zulassung von bestimmten *Rollen für einzelne Gruppenmitglieder*. Diese sind für die Entwicklung des Gruppenprozesses einerseits essenziell, können aber zur Gefahr werden, wenn sie nicht erkannt und der Reflektion und Veränderung nicht zugänglich gemacht werden. Durch die Neigung, maladaptive Beziehungsmuster in interpersonellen Kontexten zu wiederholen, die wir therapeutisch zwar nutzen können, bergen Gruppen aber naturgemäß auch die Gefahr, derartige Beziehungsmuster therapeutisch nicht einholbar zu reinszenieren und damit im weitesten Sinne Retraumatisierungen zu provozieren.

Insbesondere die Befunde zur Soziodynamik in der Gruppe werfen die Frage auf, ob der Gruppenprozess nicht generell die Gefahr in sich birgt, dass einzelne Gruppenmitglieder durch komplexe gruppendynamische Prozesse ungünstige Positionen zugewiesen bekommen, die zwar für die Entwicklung der Gruppe essenziell sind, für den Einzelnen aber schädlich wirken können. Es wird in jeder Gruppensitzung immer eine oder mehrere Personen geben, die von der Gruppe in einer Omegaposition sensu Schindler (1957) „gehalten“ werden. Wenn es der Gruppe und dem Gruppenleiter nicht gelingt, ein Verharren in diesen Positionen aufzulösen, sind für die Be-

troffenen negative Folgen und Schäden vorprogrammiert. In solchen Fällen kann es dazu kommen, dass die besonders beeinträchtigten Patienten, die sicher Gefahr laufen, in Omegapositionen zu gelangen, sich noch weiter verschlechtern und diejenigen, denen es bereits zu Beginn relativ gut geht, von der Zuschreibung negativer Eigenschaften an andere entsprechend besonders profitieren.

Schließlich darf im Kontext von schweren Nebenwirkungen die Erwähnung der Schädigung durch *unethisches Verhalten* des Therapeuten nicht fehlen. Zwar sind Patienten im halböffentlichen Raum einer Gruppe vor groben Übergriffen und Missbrauch durch die Zeugenschaft der Anderen eventuell besser geschützt, unethisches Verhalten des Therapeuten unterhalb der strafrechtlichen Schwelle (z.B. bewusste Manipulation des Patienten in Richtung eigener Interessen) kann aber in Gruppen auch vorkommen, ist schwer zu belegen und so gut wie nicht justiziabel.

6.4.4 Prozessfaktoren

Neben den oben bereits erwähnten Gruppenprozessfaktoren werden vor allem *Verletzungen Einzelner* in der Gruppe hervorgehoben, die zustande kommen können durch Angriffe, Zurückweisungen, besonders kritisches oder nicht aushaltbares Feedback. Abweichende Gruppenrollen und Sündenbockfunktionen sind in Gruppen vielfach beschrieben. Als mögliche Quelle für negative Effekte gilt auch eine kathartische Reaktion, die in der Gruppe keinerlei Reaktion auslöst. Roback (2000) weist auch darauf hin, dass bestimmte „Ereignisse“ bzw. Verhaltensweisen in der Gruppe im Kontext von Entwicklungsphasen gesehen werden müssen. Eine Selbstöffnung wird beispielsweise nicht sinnvoll und möglich sein, ehe sich nicht ein gutes Gruppenklima etabliert hat. Ein weiteres wichtiges prozessbezogenes Merkmal ist der Umgang mit *Vertraulichkeit*. Problematische Effekte treten dann auf, wenn Gruppenmitglieder Geheimnisse über Personen ausplaudern, die ebenfalls in der Gruppe anwesend sind.

Der Faktor „Gruppenprozesse“ beinhaltet jene Grundlagen und Elemente von interpersonellen Interaktionen wie sie nur in Gruppentherapien zu finden sind und in allen Gruppen in unterschiedlichem Maße, letztlich nicht oder kaum vorhersehbar, wirksam werden oder eben eventuell auch zu negativen Erlebnissen und Effekten führen können. Gruppenprozesse gehören zu den genuin settingspezifischen Chancen und Risiken von Gruppentherapien. Sie entwickeln sich, „emergieren“ im jeweiligen Gruppenprozess in Abhängigkeit von so zahlreichen Faktoren, dass es bisher kein Modell dafür gibt, konkret im Einzelfall Vorhersagen zu treffen. Nach der von Freyberger und Spitzer (s. Kap. 3) beschriebenen „Dialektik“ („Wo gehobelt wird, da fallen auch Späne.“) ist auch für Gruppen damit zu rechnen, dass die Potenziale der Gruppentherapie (beispielsweise im Sinne der von mehreren Autoren beschriebenen therapeutischen Faktoren) auch ins Negative umschlagen können. Tabelle 4 fasst eine Auswahl an Beispielen zusammen, die negative Wirkungen der Gruppe auf den einzelnen Patienten darstellen und die in der Praxis häufiger zu beobachten sind.

6.4.5 Formale Veränderungstheorie

Der Einfluss der Behandlungstheorie ist im Sinne von Haupt et al. (s. Kap. 1) wahrscheinlich am ehesten im Zusammenhang mit *Risiken psychotherapeutischer Behandlungen* zu diskutieren: Lambert u. Bergin (1994) resümierten, dass psychodynamisch

Tab. 4 Typische Probleme von Gruppenpatienten (Beispiele)

Problemfeld	Beispiel
Gruppe als Bühne	Patient erhält eine Bühne, die eigene Pathologie auszuagieren und intensiviert seine Störung Gruppe wird zur Bühne für die Demonstration eigener Unzulänglichkeiten
Vertraulichkeitsverletzungen	Vertrauens- und Schweigepflichtsbrüche durch Andere führen zu negativen Folgen
Mobilisierung von Ängsten	Gruppe mobilisiert soziale Ängste und Schamgefühle
soziale Vergleiche	Patient erlebt sich im Vergleich zu Anderen als besonders schlimmer Fall Patient fühlt sich unverstanden durch die Anderen Antipathien innerhalb der Gruppe hemmen konstruktive Auseinandersetzungen
ansteckende Effekte	Patient lernt Falsches von Anderen Patient lässt sich von der Hoffnungslosigkeit Anderer anstecken Patient lässt sich von der Psychopathologie Anderer anstecken, identifiziert sich mit maladaptiven Mustern
soziodynamische Prozesse	Konflikte innerhalb der Gruppe führen zu Verschlechterungen Patient wird in unterlegene Position gebracht und verharrt dort
Aktualisierungen	Berichte Anderer triggern eigene traumatische Erfahrungen (negative) Übertragungen zu anderen Gruppenmitgliedern reaktualisieren interpersonale Konflikte

orientierte Behandlungen mit ihren u.U. aggressiveren Gruppentechniken speziell bei schwer gestörten Individuen größere Risiken bergen als nicht-direktive Therapie-techniken oder Verhaltenstherapien. Befürchtungen, dass etwa die Symptomexposition auch zu anhaltenden Schäden führen könnte, ließen sich nicht bestätigen. Allerdings gibt es auch eine ganze Reihe von Patienten, die Verhaltenstherapien vorzeitig abbrechen, da sie mit dem Behandlungskonzept nicht zurechtkamen oder unzufrieden waren. Wie auch Hoffmann et al. (2007) ausführten, dürften psychodynamische und erlebnisorientierte Therapien mehr Nebenwirkungen verursachen, da dort Regression und Bindung an den Therapeuten eine größere Bedeutung haben. Dass im Bereich der therapietechnisch verursachten Probleme psychodynamisch orientierte Gruppentherapien etwas häufiger untersucht wurden, überrascht deshalb nicht.

Dass Gruppentherapien erhebliche negative Effekte haben können, zeigte eine Studie von Beutler et al. (1984). In einem 3-Gruppen-Vergleich schnitten Patienten in einer „*expressive-experiential group*“ gegenüber jenen mit Verhaltenstherapie und stützender Therapie behandelten Patienten so schlecht ab, dass die Autoren den Wert dieses Behandlungstyps in der Krankenversorgung generell infrage stellten. Sie hielten allerdings fest, dass sie nicht klären konnten, ob die verheerenden Ergebnisse nicht auch durch unfähige Therapeuten oder eine unglückliche Kombination von für die Therapie ungeeigneten Patienten verursacht seien. Offensichtlich führen Therapien mit emotional stark konfrontierenden Techniken gehäuft zu Problemen, was möglicherweise auch mit spezifischen Merkmalen der Gruppenleiter zusammenhängen kann.

Die Gefahren und Risiken gruppentherapeutischen Vorgehens zeigten sich besonders zu deren Hochzeit an Studien von sog. Encountergruppen, die oft von offensichtlich unzureichend ausgebildeten, „guru-ähnlichen“ Personen geleitet wurden. Lambert und Bergin (1994) fassten diese Studien wie folgt zusammen:

„The group experience is intense; and some persons use the experience to be brutally honest. Unrealistic expectations for help by some participants are also commonly mentioned, as well as coercive group norms for openness and intimacy. The leaders strive for rapid rebirth rather than enrichment, so that the encounter has a religious flare [...]“ (S. 178).

Auch wenn die Vorstellung, „eine ideale Gruppe zu schaffen, [...] ein Sirenenengesang ist, der viele Forscher verlockt“ (Yalom 1996, S. 286) und eine Utopie bleiben wird, gibt es eine Reihe von Indikationsregeln, die sich aus der Praxis und Forschung der Gruppenpsychotherapie ableiten lassen, und deren Berücksichtigung schädliche und Nebenwirkungen von Gruppenpsychotherapie verhindern helfen dürfte. Risiken aufseiten des Therapeuten können durch eine gute Aus-, Fort- und Weiterbildung mit einer spezifischen Fachkunde in Gruppenpsychotherapie reduziert werden. Diese sollte, wie leider noch nicht durchgängig üblich, immer auch solide Grundkenntnisse der Sozialpsychologie und ihrer Anwendung in der Gruppendynamik vermitteln (Mattke u. Strauß 2012).

Literatur

- Bergin AE, Murray EJ, Truax CB, Shoben EJ (1963) The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology* 3, 244–250
- Beutler LE, Frank M, Schieber SC, Calvert S, Gaines J (1984) Comparative effects of group psychotherapies in a short-term inpatient setting: An experience with deterioration effects. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes* 47, 66–76
- Bostwick G (1987) „Where’s Mary?“ A review of the group treatment dropout literature. *Social Work with Groups* 10(3), 117–131
- Burlingame GM, MacKenzie KR, Strauß B (2004) Evidence-based small group treatments. In: Lambert M, Bergin AE, Garfield SL (Hrsg.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley & Sons New York
- Burlingame GM, Strauß B, Joyce AS (in Druck) Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In: Lambert MJ (Hrsg.) *Bergin & Garfield’s Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.). Wiley & Sons New York
- Dies R, Teleska P (1985) Negative outcome in group psychotherapy. In: Mays D, Franks C (Hrsg.) *Negative Outcome in Psychotherapy*. 118–142. Springer New York
- Doxee DJ, Kivlighan DM (1994) Hindering events in interpersonal relations groups for counsellor trainees. *Journal of Counseling and Development* 72, 621–626
- Eckert J (2010) Indikation und Prognose. In: Tschuschke V (Hrsg.) *Gruppenpsychotherapie*. 44–48. Thieme Stuttgart, New York
- Eckert J, Biermann-Ratjen EM (1990) Die „Theorie“ des Therapeuten – Ein heimlicher Wirkfaktor in der Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V, Czogalik D (Hrsg.) *Psychotherapie – Welche Effekte verändern?* 272–287. Springer Heidelberg
- Edging C, Schattenhofer K (Hrsg.) (2009) *Alles über Gruppen*. Beltz Weinheim, Basel
- Hartley D, Roback H, Abramowitz S (1976) Deterioration effects in encounter groups. *American Psychologist* 31, 247–255
- Hoffmann LL, Gleave RL, Burlingame GM, Jackson AP (2009) Exploring Interactions of Improvers and Deteriorators in the Group Therapy Process: A Qualitative Analysis. *International Journal of Group Psychotherapy* 59, 179–197
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2007) Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut* 53, 4–16

- Kaplan RE (1982) The dynamics of injury in encounter groups. *International Journal of Group Psychotherapy* 32, 163–187
- Kordy H, Senf W (1992) Therapieabbrecher in geschlossenen Gruppen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 42, 127–135
- Lambert MJ, Bergin AE (1994) The effectiveness of psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (Hrsg.) *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. Wiley New York
- Lieberman MA, Yalom ID, Miles MB (1973) *Encounter groups: First facts*. Basic Books New York
- Löffler J, Bormann B, Burlingame GM, Strauß B (2007) Auswahl von Patient(inn)en für Gruppenpsychotherapien – Validierung der deutschen Version des Group Selection Questionnaire (GSQ). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 55, 75–86
- Lorentzen S, Høglund P, Martinsen EW, Ringdal E (2011) Practice-Based Evidence: Patients Who Did Not Respond to Group Analysis. *International Journal of Group Psychotherapy* 61, 367–395
- MacKenzie KR (1997) Clinical application of group development ideas. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 1, 275–287
- MacNair-Semands RR (2002) Predicting attendance and expectations for group therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 6, 219–228
- Margraf J, Schneider S (2009) Risiken und Nebenwirkungen. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. 278–196. Springer Heidelberg
- Marsh LC (1933) An experiment in group treatment of patients at Worchester State Hospital. *Mental Hygiene* 17, 396–416
- Mattke D (2008) Nebenwirkungen psychodynamischer Gruppentherapie. *Psychodynamische Psychotherapie* 7, 34–43
- Mattke D, Reddemann L, Strauß B (2009) *Keine Angst vor Gruppen!* Klett Cotta Stuttgart
- Mattke D, Schreiber-Willnow K (2004) Das Gruppenklima in geschlossenen Kurzzeitgruppen in der stationären Psychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 40, 360–378
- Mattke D, Strauß B (2012) Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gruppenpsychotherapie. In: Strauß B, Mattke D (Hrsg.) *Gruppenpsychotherapie – Ein Lehrbuch für die Praxis*. Springer Heidelberg
- Piper WE, McCallum M (1994) Selection of patients for group interventions. In: Bernard HS, MacKenzie KR (Hrsg.) *Basics of group psychotherapy*. 1–34. Guilford Press New York
- Roback HB (2000) Adverse Outcomes in Group Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research* 9, 113–122
- Schindler R (1957) Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe. *Psyche* 11, 308–314
- Schopler JH, Galinsky MJ (1981) When groups go wrong. *Social work* 26, 424–429
- Smokowski PR, Rose S, Todar K, Reardon K (1999) Postgroup casualty status, group events, and leader behaviour. *Research on social work practice* 9, 555–574
- Strauß B, Burgmeier-Lohse M (1995) Merkmale der „Passung“ zwischen Patienten und Therapeut als Determinante des Behandlungsergebnisses in der stationären Gruppentherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 41, 127–140
- Strauß B, Eckert J (2001) Schäden und negative Folgen von Gruppenpsychotherapien. *Gruppentherapie Gruppendynamik* 37, 45–67
- Strauß B, Mattke D (2007) Differentielle Indikationsstellung für die psychodynamische Gruppenpsychotherapie. *PDP* 6, 78–88
- Strauß B, Mattke D (2012) Gruppentherapie Prozesse – Eine klinische Forschungsperspektive. In: Strauß B, Mattke D (Hrsg.) *Gruppenpsychotherapie – Ein Lehrbuch für die Praxis*. Springer Heidelberg
- Tschuschke V (2010) *Gruppenpsychotherapie*. Thieme Stuttgart und New York
- Wöller W, Kruse J (2010) *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. Schattauer Stuttgart
- Yalom ID (1970) *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books Oxford
- Yalom ID (1996) *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Pfeiffer München
- Yalom ID, Leszcz M (2006) *The theory and practice of group psychotherapy*. Basic Books New York
- Yalom ID, Lieberman MA (1971) A study of encounter group casualties. *Archives of General Psychiatry* 25, 16–30