

# Operationalisierte Basisdokumentation von Gruppenpsychotherapien

## Ergebnisse einer ersten Erprobung

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades

*doctor medicinae (Dr. med.)*

vorgelegt dem Rat der Medizinischen Fakultät  
der Friedrich-Schiller-Universität Jena

von Nora Christine Degott  
geboren am 02.02.1991 in Gengenbach

**Gutachter:**

- 1. Prof. Dr. Bernhard Strauß, Jena**
- 2. apl. Prof. Dr. Stefan Smesny, Jena**
- 3. Prof. Dr. Klaus-Peter Seidler, Hannover**

**Tag der öffentlichen Verteidigung: 06.08.2019**

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	4
Zusammenfassung .....	5
1. Einleitung .....	7
1.1 Definition von Gruppenpsychotherapie - Hintergrund, Geschichte und Entwicklung .....	7
1.2 Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung und aktueller Stand .....	8
1.3 Bestehende Instrumente und Materialien .....	9
1.4 Entwicklung der OBG und theoretischer Hintergrund .....	10
1.5 Aufbau und Inhalte des Dokumentationsinstruments .....	14
1.5.1 Gruppenstrukturen .....	15
1.5.2 Gruppenprozesse .....	18
1.5.3 Gruppenleitung .....	22
2. Ziele der Arbeit .....	25
3. Publizierte Originalarbeit .....	26
4. Diskussion .....	37
4.1 Inhaltliche Diskussion .....	37
4.2 Methodische Diskussion .....	43
5. Schlussfolgerungen .....	44
6. Literatur- und Quellenverzeichnis .....	45
7. Anhang .....	49
7.1 Operationalisierte Basisdokumentation für Gruppenpsychotherapien .....	49
7.2 Begleitmanual .....	56
7.3 Evaluationsbogen .....	72
7.4 Ehrenwörtliche Erklärung .....	73

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
APGA	American Group Psychotherapy Association
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
etc.	et cetera, lateinisch „und die übrigen“
et al.	et alii/ aliae/ alia, lateinisch „und andere“
GCQ	Group Climate Questionnaire
GLB	Gruppenleiterbogen
GPT	Gruppenpsychotherapie
GRAS	Gruppenanalyseseminar
GSQ	Group Selection Questionnaire
OBG	Operationalisierte Basisdokumentation von Gruppenpsychotherapien
PAGE	Projekt Ambulante Gruppenpsychotherapie-Evaluation
TFI	Therapeutic Factors Inventory
z.B.	zum Beispiel

## Zusammenfassung

Eine Vielzahl an psychometrischen Instrumenten zur Prozess- und Ergebnisforschung der Gruppenpsychotherapie stehen den Therapeuten aktuell zur Verfügung. Zur Komplementierung und als Ergänzung dieser schon etablierten Instrumente entstand die Idee der Operationalisierten Basisdokumentation von Gruppenpsychotherapien, kurz OBG. Ziele der OBG sind es, mit einem einheitlichen Dokumentationsinstrument eine Anwendung im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich zu etablieren, um eine Dokumentation von Gruppenprozessen und -dynamiken sowie eine Evaluation der Therapiesitzungen zu ermöglichen. Weitere Anwendung könnte das Instrument im Kontext der Gruppentherapieforschung sowie im Ausbildungssektor finden. In einem ersten Entwicklungsschritt entstand in gemeinsamer Zusammenarbeit mit T. Schubert und Prof. Dr. B. Strauß eine vorläufige Version der OBG bestehend aus einem 5-seitigem Dokumentationsbogen und einem 14-seitigen Begleitmanual. Der Dokumentationsbogen setzt sich aus der sogenannten Stamminformation, welche Stammdaten der Gruppe vermerkt, und der Sitzungsdokumentation zusammen, welche anhand verschiedener Items Verlaufaspekte der jeweiligen Gruppensitzungen erfasst. In dem Begleitmanual werden die einzelnen Items des Dokumentationsbogens und deren Hintergründe erläutert. Die 47 Items setzen sich aus den folgenden Itemformen zusammen: 27 Ordinalskalen, drei Mehrfachantworten, 10 Freitextfelder und zwei Koordinatensystemen sowie Items zu allgemeinen Gruppenangaben. In einem zweiten Schritt konnte der Dokumentationsbogen über einen Zeitraum von 9 Monaten in 7 Kliniken unter erstmaliger Anwendung der Therapeuten erprobt werden. In dieser ersten Anwendungsphase sollte zum einen die Praxistauglichkeit in verschiedenen gruppentherapeutischen Bereichen getestet sowie auf inhaltlichen Kontext geprüft werden. Schubert et al. (2016) begründen die Entwicklung des Systems mit der Motivation, den Therapeuten ein „umfassend und universell einsetzbares Instrument“ zur Hand zu legen, welches den zeitlichen Engpässen des täglichen Arbeitens gerecht wird. Mit der ersten Erprobung galt herauszufinden, ob die initialen Ziele wie Praktikabilität und Sinnhaftigkeit des Dokumentationsinstrumentes für die tägliche Anwendung aber auch für Forschungs- und Weiterbildungszwecke erreicht werden konnten. An der Anwendung beteiligten sich verschiedene Kliniken mit unterschiedlichen

Psychotherapiegruppen des ambulanten und des stationären Sektors. Den Therapeuten war freigestellt wie oft sie die Bogen an der gleichen Gruppe anwenden, so dass die Dokumentation einiger Gruppen fortlaufend, anderer nur einmalig oder zweimalig erfolgte. Die gesammelten ausgefüllten Bogen wurden in einem weiteren Schritt anhand der Items evaluiert und validiert. Dabei wurde besonderes Augenmerk auf die errechneten Häufigkeitsverteilungen der jeweiligen Antworten gelegt, anhand derer Schlussfolgerungen über den inhaltlichen Kontext gezogen wurden. Zusätzlich erhielten die Therapeuten einen kurzen Evaluationsbogen, in dem Aspekte wie Zeit und Anzahl der Anwendungen erfragt wurden und die Praxistauglichkeit sowie Sinnhaftigkeit der Anwendung in den verschiedenen Sektoren beurteilt werden sollte. Insgesamt erfolgte die Auswertung von 141 Sitzungsdokumentationen, 37 Stamminformationen und 23 Evaluationsbogen. Bei 19 von 27 Ordinalskalenitems zeigte sich eine breite Häufigkeitsverteilung mit Nutzung der Skalierung in voller Bandbreite. Zu einer schiefen Verteilung der Antworten kam es bei 5 Ordinalskalenitems mit besonders einseitiger Antwortverteilung bei den Themen „interpersonelles Feedback“ und „Selbstöffnung“. Ein breites Spektrum konnte bei Nutzung der Mehrfachantworten ausgemacht werden. Die hohe Antwortvariabilität lässt positive Rückschlüsse auf Inhalt und Form ziehen. Hingegen ist bei einseitiger Verteilung die Sinnhaftigkeit dieser Items anzuzweifeln. Freitextfelder wurden eher weniger genutzt. Der Fokus wurde auf schnelle einfache Antwortmöglichkeiten gelegt. In der Evaluation wurde wiederholt der zu hohe Zeitaufwand für das Bearbeiten des Bogens bemängelt. Für die tägliche Anwendung scheint die aktuelle Form der OBG demnach nicht geeignet. Für Ausbildungszwecke erachteten jedoch über 80% der Befragten das Dokumentationsinstrument als sinnvoll. Schlussfolgernd kann die OBG in ihrer aktuellen Form besonders im Ausbildungssektor Nutzen finden. Zur Anwendung im Arbeitsalltag sollten Kürzungen und Optimierungen des ersten Entwurfes erfolgen, um den zeitlichen Aufwand zu minimieren. Für die Zukunft könnte eine weitere Anwendungsstudie zur Beleuchtung der Ergebnisse in Abhängigkeit verschiedener Variablen wie Setting oder therapeutischer Konzeption durchgeführt werden.

## 1. Einleitung

### 1.1 Definition von Gruppenpsychotherapie - Hintergrund, Geschichte und Entwicklung

Unter Gruppenpsychotherapie (GPT) versteht man die therapeutische Behandlung mehrerer Personen, wobei das Medium der Gruppe genutzt wird, um ein gemeinsames Problem zu lösen. Basierend auf empirischen Studien erfolgt die Durchführung in einem bewussten sowie empirischen Kontext (Moreno 1993). Es wird versucht anhand der interpersonellen, der intrapersonellen und der Verhaltensebene, eine Veränderung der jeweiligen Gruppenmitglieder zu erzielen (Burlingame und Baldwin 2012). Im Gegensatz zur Einzeltherapie können zusätzlich zum psychodynamischen Prozess des Individuums der Prozess der Gruppendynamik sowie bestimmte Faktoren einen therapeutischen Effekt bewirken (Moreno 1993, Dorsch et al. 2009, Yalom 2007). Moreno (1993) benennt als weiteres wichtiges Merkmal der GPT die im Mittelpunkt stehende psychotherapeutische Gesundheit der Patienten und führt damit die Unterscheidung der Gruppentherapie in anderen sozialen Kontexten auf, wie sie sich z.B. in Schulen, Gemeinden oder auf der Arbeit wiederfindet.

Die Entstehung der uns heute bekannten Gruppenpsychotherapie findet sich in den Anfängen des 20. Jahrhunderts wieder. Eichenberg (2008) führt diese historisch auf drei verschiedene theoretische Ansätze zurück: Die Methode des Psychodramas von Jacob L. Moreno (1910), die psychoanalytischen Grundsätze von Sigmund Freud (1921) sowie der von Kurt Lewin 1935 geprägte Begriff der Gruppendynamik. Moreno selbst nennt als Ursprünge der GPT den *Zweig der Medizin*, welcher therapeutische Aspekte umfasst, den *Zweig der Soziologie*, der die Entstehung der Soziometrie mit sich brachte, sowie den *Zweig der Religion*, welcher das „Streben nach einem kosmischen Universalismus“ beinhaltet (Moreno 1993). Als weiteren geschichtlichen Meilenstein wird häufig J. H. Pratts therapeutische Methode genannt: Pratt arbeitete 1905 erstmals mit Tuberkulosepatienten in der Gruppe und entdeckte neben dem Vorteil der kosteneffektiven Behandlung neue Formen therapeutischer Wirksamkeit (Dorsch et al. 2009, Burlingame und Baldwin 2012). In den darauffolgenden Jahren wurde die Methode von weiteren Therapeuten aufgegriffen, angewandt und weiterentwickelt. Weitere Grundsteine wurden in den 1940er Jahren mit der Gründung verschiedener Vereinigungen gelegt, so z.B. die von Moreno 1942 gegründete

American Society for Group Psychotherapy & Psychodrama (ASGPP) und die im darauffolgenden Jahr von Slavson gegründete American Group Psychotherapy Association (AGPA). Beide haben auch heute weiterhin einen erheblichen Einfluss auf die Weiterentwicklung und Forschung im Bereich der GPT. So stellen die von der AGPA 2007 entwickelten Praxisleitlinien einen wichtigen Bestandteil der aktuellen Prozess- und Ergebnisforschung dar. Die heutige Entwicklung der GPT zeigt deutliche Bestrebungen einer evidenzbasierten Forschung auf, wie sie schon Moreno zu Beginn des 20. Jahrhunderts als essenziellen Bestandteil der GPT benannt hatte. Neben den Praxisleitlinien hat sich in den letzten Jahren eine Vielzahl an Messinstrumenten etabliert, mit denen u.a. gruppendifamische Prozesse oder therapeutische Faktoren untersucht werden können. Burlingame und Baldwin (2012) benennen als Basis für die zukünftige Entwicklung der GPT u.a. die praxisbasierte Evidenz, mit der Veränderungsprozesse z.B. anhand von Messinstrumenten kontinuierlich erfasst werden können.

## 1.2 Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung und aktueller Stand

Zur Qualitätssicherung der Gruppenpsychotherapie braucht es empirische Studien, die sich mit den Wirkprinzipien auseinandersetzen. Eine Möglichkeit Behandlungsergebnisse verschiedener Bereiche besser vergleichen zu können, ist es Erhebungsmethoden zu vereinheitlichen, so wie 1993 von Broda et al. im Bereich der Psychotherapie mit der Einführung einheitlicher Dokumentationssysteme für Patientenmerkmale (Strauß 1996). Auch die American Psychological Association (APA) und die Society for Psychotherapy Research (SPR) unternahmen den Versuch der Vereinheitlichung von Instrumenten zur Erfassung des Behandlungserfolgs (Strauß 1996). Die AGPA griff die Grundidee einer standardisierten Gruppenevaluation auf und erstellte die CORE-Battery, zur Optimierung der Ergebnisforschung in der Gruppenpsychotherapie. Dieses Standardinventar umfasst eine Anzahl an Materialien, die von Therapeuten genutzt werden können, um ein evidenzbasiertes therapeutisches Arbeiten und eine bessere Vergleichbarkeit von Therapieergebnissen zu ermöglichen (Leszcz und Kobos 2012). Grundsätzlich lässt sich die Gruppenpsychotherapieforschung in die Aspekte der Prozess- und Ergebnisforschung sowie Wirksamkeitsforschung einteilen. Dabei gibt es verschiedene Studienansätze, die zur empirischen Forschung in der Psychotherapie genutzt werden. Diese reichen von

randomisiert kontrollierten Studien über naturalistische Therapiestudien, Metaanalysen und praxisbasierte Evidenz (Strauß und Burlingame 2012). Prozessforschung im Rahmen stationären Settings erfolgte bspw. durch Studien wie die Hamburger Studie (Eckert und Biermann-Ratjen 1985) oder die Kieler Gruppenpsychotherapiestudie (Strauß und Burgmeier-Lohse 1994). Hierbei konnten durch das Abbilden von Gruppenprozessen und Aufzeigen von Prozess-Ergebnis-Zusammenhängen gute bis sehr gute Effekte der GPT nachgewiesen werden (Strauß 2010). Metaanalysen von Barlow et al. (2005) setzten die Wirksamkeit von Gruppentherapien denen der Einzeltherapien gegenüber und konnten eine ebenbürtige Effektivität aufzeigen (Strauß und Burlingame 2012).

In der Vergangenheit zeigten sich in der Gruppentherapieforschung im Vergleich zur Einzeltherapieforschung oft Defizite, erklärbar durch die höhere Komplexität, welche die Gruppentherapie mit sich bringt (Strauß et al. 1996). Auch in jüngeren Quellen wird weiterhin ein Forschungsrückstand bemängelt, der sich jedoch in den letzten Jahren deutlich verkleinert hat. Die Forschungslage spricht sich folglich zugunsten der GPT aus (Strauß und Burlingame 2012). In aktuellen Meta-Analysen wie dem SMARAGD Projekt (Systematic Reviews and Meta-Analyses of Small Group Treatment for Mental Disorders) konnte eine hohe Evidenz der Wirksamkeit von GPT bei bestimmten spezifischen Störungsbildern (wie z.B. Soziale Phobien, Zwangs- und Panikstörungen oder Bulimie und Binge-Eating-Störungen) mit großen Effektstärken ausgemacht werden (Strauß et al. 2016). Im Vergleich mit Einzeltherapien oder Pharmakotherapien bleibt die GPT in ihrer Wirksamkeit laut aktueller Studien demnach auch weiterhin ebenbürtig.

### 1.3 Bestehende Instrumente und Materialien

Eine Reihe empirischer Messinstrumente stehen den Therapeuten derweil zur Verfügung, die zum Optimieren des Behandlungseffekts beitragen sollen. So können Auswahl der Teilnehmer und das Gruppenklima als wichtige Wirkfaktoren Einfluss auf den Therapieerfolg nehmen (Staats und Spitzer 2014). Die empirische Evidenz dieser Faktoren wird von Burlingame als „vielversprechend“ bezeichnet (Strauß und Mattke 2012). Unterstützende Instrumente stellen hierbei der Group Selection Questionnaire (GSQ) oder bspw. der Group Climate Questionnaire (GCQ) dar. Weitere Wirkfaktoren, die anhand verschiedener Instrumente evaluiert werden können, sind zum einen die Gruppenkohäsion, die mit Hilfe

der Kohäsionsskala des Therapeutic Factors Inventory (TFI) erfasst werden kann. Zu nennen sind auch Instrumente wie die Empathie-Skala (ES) und die Cohesion to Therapist Scale (CTS) oder der Gruppenleiterbogen (GLB), welche die Evaluation und Beurteilung der Beziehung zwischen Leiter und Gruppenmitglieder oder der Leiterfunktion selbst ermöglichen (Staats und Spitzer 2014).

Diese und weitere zahlreiche Messinstrumente dienen als objektive, quantitative Methode zur Optimierung des therapeutischen Arbeitens und zur Evaluation von Gruppenprozessen, um letztendlich den gewünschten Therapieeffekt zu erzielen. Für die tägliche Anwendung und besonders für die tägliche Dokumentation ist der Aufwand jedoch zu groß.

#### [1.4 Entwicklung der OBG und theoretischer Hintergrund](#)

Um im Rahmen der evidenzbasierten Medizin Gruppenpsychotherapie anzuwenden, zu verbessern und weiter zu entwickeln, benötigt es schriftliche Formen der Dokumentation, die es ermöglichen, die verschiedenen Gruppenprozesse festzuhalten. Der subjektive Erfolg des therapeutischen Arbeitens kann nur dann objektiviert werden, wenn auf Empirie basierend gearbeitet wird. Grundlage für wissenschaftliches Arbeiten jeglicher Art stellt die Dokumentation dar. Somit ist es nicht nur aufgrund der aktuellen Gesetzeslage für Psychotherapeuten eine Pflicht ihre Arbeit zu dokumentieren, sondern auch für die Forschung und weitere Entwicklung der GPT. Die herkömmliche Dokumentationsweise der Gruppentherapiesitzungen besteht meist jedoch auf individuellen oder innerhalb einer Klinik einheitlichen Konzepten. Um dem Mangel eines einheitlichen Dokumentationssystems nachzukommen, entstand die Idee der „Operationalisierten Basisdokumentation von Gruppenpsychotherapien“, kurz OBG. In einer gemeinschaftlichen Arbeit mit B. Strauß und T. Schubert wurde eine erste Version der OBG erarbeitet. Als Dokumentationsbogen soll das OBG-System in den verschiedenen Anwendungsbereichen des täglichen Arbeitens mit Gruppen aber auch für Studien- und Forschungszwecke eingesetzt werden. Eine genaue Beschreibung von Inhalten und Konzeption findet sich auch in dem von Schubert et al. (2016) veröffentlichten Artikel „Operationalisierte Basisdokumentation von Gruppenpsychotherapien - Entwicklung, Grundlagen und Beschreibung des Systems“.

Die Inhalte orientieren sich hierbei an den Praxisleitlinien der AGPA. Diese führen zehn Kernthemen auf, wie bspw. die *Therapeutischen Faktoren und Mechanismen* oder

*Gruppenentwicklung* und -prozesse, aber auch die *Zusammenstellung der Therapiegruppe* und die *Auswahl der Patienten* (Leszcz und Kobos 2012). Es sind Themen, die zum Erfolg der Gruppentherapie führen sollen. Dementsprechend spielen sie auch eine wichtige Rolle in der Dokumentation der Therapiesitzungen (Staats und Spitzer 2014). Die OBG orientiert sich an diesen Kernthemen, greift diese auf und versucht eine kurze und prägnante Dokumentation der einzelnen Gruppensitzungen zu ermöglichen.

Eine weitere theoretische Grundlage für Aufbau und Inhalte der OBG bildet zum einen ein Modell nach Burlingame et al. (2004). Das Modell versucht basierend auf Forschungsergebnissen fünf Faktoren zusammenzufügen, die maßgeblichen Einfluss auf das Outcome von Gruppenpsychotherapien nehmen können (Strauß und Burlingame 2012). Die in Abb. 1 genannten fünf Kategorien setzen sich zusammen aus der *Formalen Veränderungstheorie*, der *Patientenmerkmale*, der *Gruppenleitung*, der *Gruppenstruktur* und der *Gruppendynamik* bzw. -prozesse.

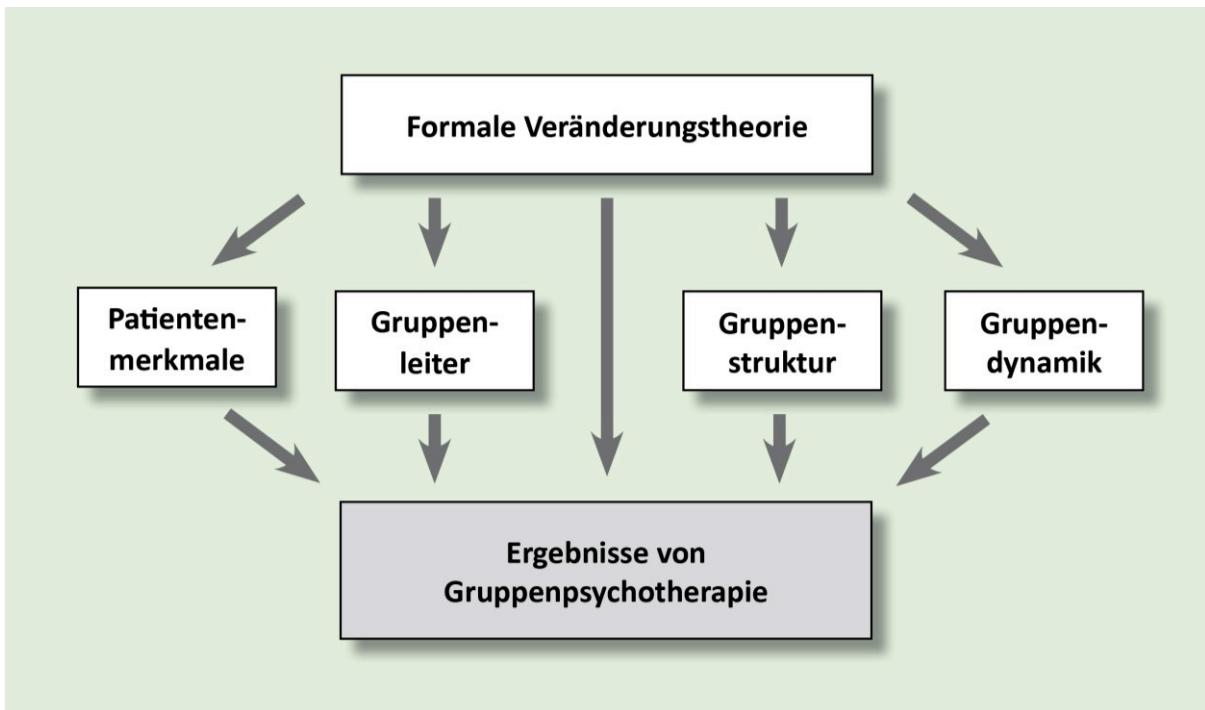
Unter der *Formalen Veränderungstheorie* versteht man zum einen die psychotherapeutischen Verfahren wie z.B. psychodynamische, kognitive oder Verhaltenstherapie, die in Wirksamkeitsstudien erprobt wurden, aber auch psychotherapeutische Methoden mit wissenschaftlicher Anerkennung, denen eine Effektivität zugesprochen wird (Burlingame 2013, Strauß und Mattke 2012).

Bestimmte *Patientenmerkmale* wie die Diagnose, die Persönlichkeit oder die Gruppenfähigkeit können den Erfolg oder das Scheitern einer Gruppentherapie beeinflussen (Burlingame et al. 2004, Strauß und Burlingame 2012).

Faktoren des *Gruppenleiters* beschreiben einerseits geringer beeinflussbare Parameter wie Charaktereigenschaften, aber auch Determinanten wie Führungsstile, Ausbildung und Leitungstechniken, die in Zusammenhang mit der Formalen Veränderungstheorie stehen (Burlingame et al. 2004).

Die *Gruppenstruktur* beinhaltet beschreibende Faktoren wie Gruppengröße, -setting, -format, Dauer und Frequenz, die Einfluss auf die Wirkungsdauer der Gruppentherapie nehmen können.

Die *Gruppendynamik* fasst Prozesse zusammen, die empirisch begründet einen Einfluss auf die Ergebnisse der Gruppentherapie nehmen können (Burlingame 2013). Darunter fallen z.B. Kohäsion, Soziometrie, Subgruppen oder Motivation (Strauß und Burlingame 2012).



*Abbildung 1: Faktorenkategorien im Hinblick auf Ergebnisse von Gruppenpsychotherapien nach Burlingame et al.*

Die Einflussnahme auf die Effektivität der Gruppenpsychotherapie erfolgt laut dem Modell erst unter dem wechselseitigen Agieren aller Faktoren. So beeinflussen sich die einzelnen Faktoren auch untereinander, wodurch ein komplexes Gefüge der Gruppentherapie entsteht (Burlingame et al. 2004).

Für die Einflussfaktoren der Gruppenstruktur und -dynamik wurde von Burlingame et al. ein weiteres Modell konzipiert, welches die Gruppenstrukturen als *Anatomie* und die Gruppenprozesse oder -dynamiken als *Physiologie* bezeichnet (Strauß und Mattke 2012, Burlingame 2013) (siehe Abb. 2). Seinen Ursprung findet das Modell in der Aussage nach Eric Berne (1966), der die Kenntnisse der Gruppenleiter über die Gruppendynamik mit den Kenntnissen der Mediziner über die Physiologie vergleicht (Strauß und Mattke 2012).

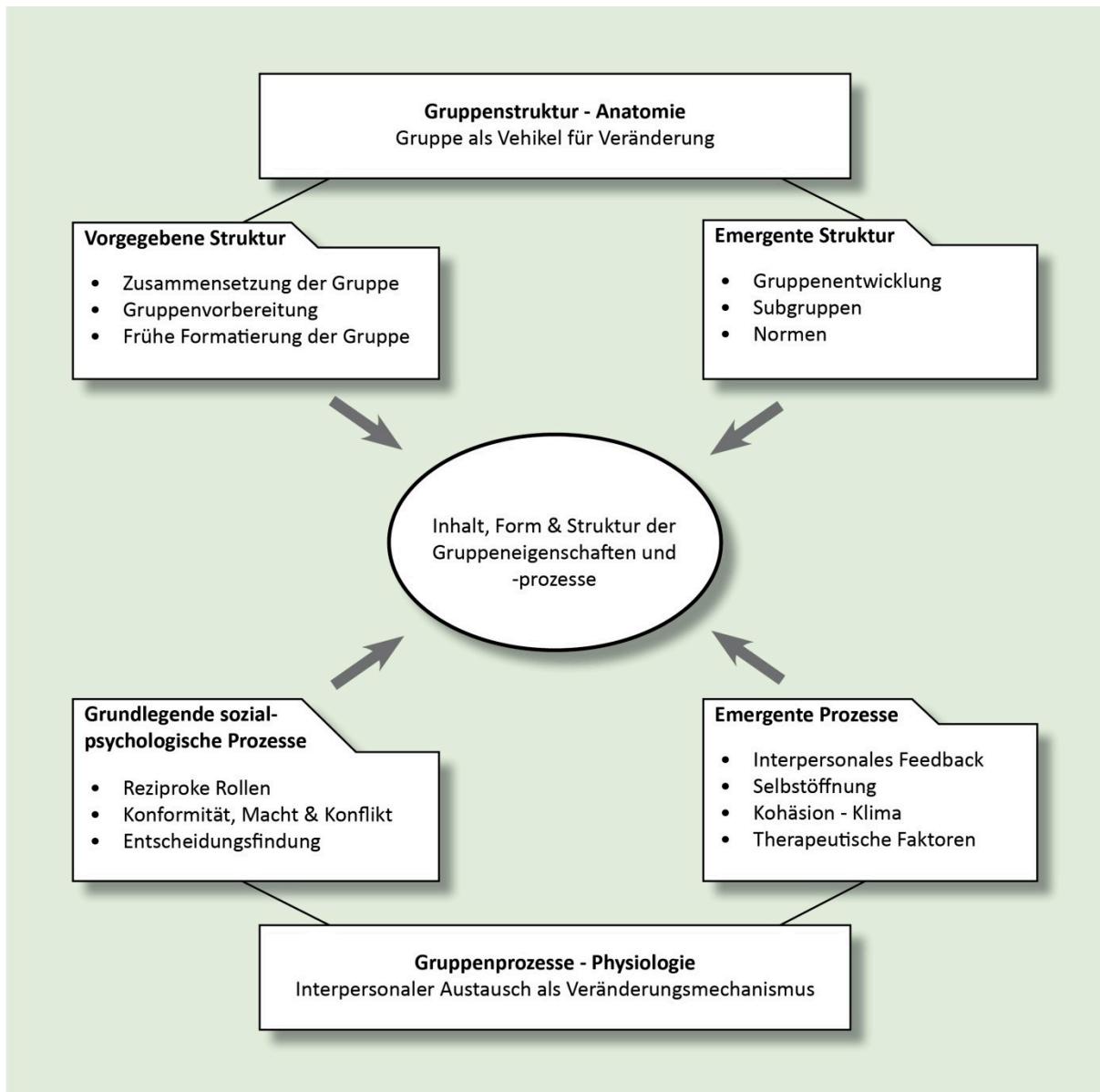


Abbildung 2: Modell der Anatomie und Physiologie der Gruppe nach Burlingame et al.

Die Anatomie ergibt sich aus vorgegebenen Strukturen, d.h. Zusammensetzung, Gruppenvorbereitung und frühe Formatierung und aus sogenannten emergenten Strukturen, die eine Entwicklung durchlaufen. Dabei werden die vorgegebenen Strukturen maßgeblich vom Gruppenleiter geformt, die emergenten Strukturen hingegen unterliegen einer spontanen Entwicklung. Eine vielversprechende empirische Evidenz zeigt sich besonders bei der Gruppenvorbereitung und der frühen Formatierung sowie der Gruppenentwicklung (Strauß und Mattke 2012).

Die Gruppenprozesse - die Physiologie der Gruppe - formen zum einen die *emergenten*, sich entwickelnden *Prozesse* und zum anderen *grundlegende sozialpsychologische Prozesse*, wie Hierarchiebildung, Rollenverteilung und Konflikte, die sich in fast allen Gruppen wiederfinden (Schubert et al. 2016).

Die Inhalte des Modells überschneiden sich auch mit den Inhalten der zuvor erwähnten Praxisleitlinien der AGPA. Angelehnt an dieses Modell finden sich genannte Gruppenstrukturen und -prozesse im Dokumentationsinstrument der OBG wieder.

### 1.5 Aufbau und Inhalte des Dokumentationsinstruments

Die OBG setzt sich aus dem Dokumentationssystem und dem Begleitmanual zusammen. Ersteres ist wiederum in eine sogenannte Stamminformation, welche bestehende Daten zur Gruppe erfasst, und dem eigentlichen Verlausbogen unterteilt, welcher zur Erfassung der Gruppenprozesse und -dynamiken dient (siehe Anhang 7.1). Die Stamminformation bestehend aus 11 Items dient zu Beginn der Gruppentherapiephase dem Festhalten von konstanten Daten wie Gruppengröße, -frequenz oder -format für den gesamten Verlauf der Therapiesitzungen. Den eigentlichen Dokumentationsbogen bildet die Sitzungsdokumentation mit insgesamt 47 Items, die es nach der jeweiligen Therapiesitzung auszufüllen gilt.

Im *Allgemeinen Teil A* können neben Teilnehmeranzahl und Sitzungsleitung in Form von 4 Freitextfeldern Inhalte, Gruppenmethoden aber auch Hausaufgaben oder Besonderheiten der Sitzung aufgeführt werden. Zusätzlich besteht die Möglichkeit anhand von Mehrfachantworten, wiederkehrende Grundthemen anzukreuzen, die erfahrungsgemäß häufig eine Rolle in den Therapiesitzungen spielen (Streeck 2010).

*Abschnitt B* beschäftigt sich mit den Gruppenstrukturen und -prozessen und setzt sich aus 35 Items zusammen. Der Aufbau orientiert sich vornehmlich an dem zuvor erwähnten Modell der Anatomie und Physiologie der Gruppe (siehe Abb. 2). Nachfolgend werden die Inhalte des Abschnitts genauer erläutert.

### 1.5.1 Gruppenstrukturen

Unter den Aspekt der *vorgegebenen Strukturen* fallen festgelegte und vornehmlich vom Gruppenleiter geplante bzw. gelenkte Strukturen, die den Grundstock für ein positives Arbeitsklima bilden sollen. Sind diese Gruppenstrukturen wohl bedacht erbaut, können vermutlich vorzeitige Abbrüche verhindert werden und gleichzeitig eine frühzeitige Gruppenkohäsion gefördert werden (Strauß und Mattke 2012).

**Aktuelle Gruppenzusammensetzung.** Einer dieser Aspekte bildet die aktuelle Gruppenzusammensetzung, deren Beurteilung den Anfang des Abschnitts B bildet. Es ist eine allgemeine Unterscheidung zwischen störungsspezifisch und störungsunspezifisch vorzunehmen. Weiterhin soll die Homogenität bzw. Heterogenität der Symptomatik der Patienten und deren psychisches Funktionsniveau betrachtet werden. Zudem soll eingeschätzt werden, wie hoch das durchschnittliche Funktionsniveau der Teilnehmer ist. Die Homogenität der Gruppenzusammensetzung kann in Abhängigkeit der zur Verfügung stehenden Zeit Einfluss auf den Nutzen der Gruppenteilnehmer nehmen. So sollte in Hinblick auf Symptomatik (z.B. Essstörung vs. Depression), Problematik (Therapieziele) und psychischem Funktionsniveau bei insgesamt kürzerer Therapiedauer auf eine homogene Gruppenzusammensetzung geachtet werden (Tschuschke 2010c). Das psychische Funktionsniveau beschreibt hierbei die Fähigkeit der Teilnehmer, psychische Prozesse zu reflektieren und zu verarbeiten. Fehlt es einigen Gruppenmitgliedern an psychischem Funktionsniveau, können diese gewisse Prozesse, die in der Gruppe vor sich gehen, nicht wahrnehmen und daher auch nicht davon profitieren. Ein hohes psychisches Funktionsniveau in einer insgesamt homogenen Gruppe hilft dieser, therapeutische Faktoren schneller aufzugreifen und die geformte Kohäsion zur besseren Zusammenarbeit zu nutzen (Tschuschke 2010c). Die Störungsspezifität vergleicht Tschuschke (2010c) mit dem Fokus einer Gruppe und setzt diese in Zusammenhang mit der zeitlichen Dauer der Therapie. Eine störungsspezifische Gruppe sollte demnach auf ein kürzeres Zeitintervall ausgelegt werden und in der Gruppenzusammensetzung homogen sein. Störungsunspezifische Gruppen können längerfristig arbeiten und in der Struktur heterogen sein.

Die *emergenten Strukturen*, die sich gruppenspezifisch entwickeln und zur eigenen Persönlichkeitsformierung einer Gruppe beitragen, liegen meist außerhalb des

Einflussbereiches des Therapeuten. So können die Entwicklung der Gruppe, die Subgruppenbildung und das Aufstellen von Normen in verschiedenen Gruppen trotz des gleichen Therapeuten extrem unterschiedlich ausfallen. Diese komplexen Dynamiken bilden jedoch Teil einer jeden Gruppen und sollten ausreichend Beachtung finden.

**Gruppenentwicklung.** Die stetige Entwicklung von Gruppen kann in verschiedenen Phasen betrachtet werden. Dabei kann es hilfreich für den Therapeuten sein, zu wissen in welcher Entwicklungsstufe sich die Gruppe aktuell befindet, um passende Interventionen einzubringen (AGPA 2007). Zudem ist es für den Erfolg der Gruppe wichtig, bestimmte Entwicklungsstufen zu durchlaufen (Strauß und Mattke 2012). Basierend auf dem Phasenmodell von Tuckman, welches in den Praxisleitlinien der AGPA (2007) aufgeführt ist, erfolgt die Einteilung der aktuellen Gruppenentwicklung anhand der fünf Phasen „Forming“, „Storming“, „Norming“, „Performing“ und „Adjourning“. In der ersten Phase dem Forming ist es Aufgabe des Gruppenleiters die erste Orientierung der Gruppe mit den Themen der Zugehörigkeit und Abhängigkeit zu leiten. Die zweite Phase, Storming, ist geprägt von Differenzen, Ängsten und Konflikten in der Gruppe. In der Phase Norming beginnt die Gruppe anhand von Intimität, Kohäsion und Aufbau von Gruppennormen zusammenzufinden. Die Performing-Phase zeugt von Arbeitsfähigkeit und Leistung der Gruppe. Unterschiede und Differenzen dürfen hervorgehoben werden und als gewinnbringend erachtet werden. In der letzten Gruppenphase, Adjourning, stehen die Mitglieder vor Trennung und Verlust. Gleichzeitig soll die Unabhängigkeit von der Gruppe erlangt werden (AGPA 2007, Leszcz und Kobos 2012).

**Subgruppen.** Die Bildung von Subgruppen ist auch außerhalb der Gruppenpsychotherapie in jeglichen sozialen Gebilden ein häufig beobachtetes und unvermeidbares Phänomen. Die Einflussnahme der Bildung von Subgruppen in der GPT kann unterschiedliche Ausmaße annehmen und wird in der Literatur unterschiedlich diskutiert. Nach Yalom (2007) kann durch das Erkennen von Subgruppen auch ein therapeutischer Nutzen gezogen werden. Dabei unterscheidet er jedoch Gruppierungen, die sich innerhalb der gesamten Gruppe bilden von solchen, die sich außerhalb der Gruppensitzung formieren. Besonders letztere können das Gruppengefüge stören. Wird diese Subgruppe jedoch vom Therapeuten erkannt und im Gespräch analysiert, können sich therapeutische Effekte entfalten. Zur Stärkung der Gruppenkohäsion ist bei jedweder Untergruppe von Bedeutung, ob die Ziele mit denen der

Gesamtgruppe übereinstimmten (Yalom 2007). Yvonne Agazarian entwickelte ein Konzept, welches sich konkret mit der Formierung von Subgruppen befasst. Im Rahmen der systemzentrierten Gruppenpsychotherapie unterscheidet sie stereotypische von funktionalen Subgruppen. Dabei soll die funktionale Untergruppenbildung, die auf Gemeinsamkeiten wie bspw. Erlebtes aufbauen, vom Therapeuten explizit gefördert werden. Stereotypische Untergruppen, die auf typischen Unterschieden (z.B. Mann/ Frau) basieren, sollten möglichst unterbunden werden (Agazarian 2001, Strauß und Mattke 2012). Beide Konzepte verdeutlichen, dass Subgruppen Einfluss auf das weitere Gruppengeschehen nehmen können und ein Erkennen der Subgruppen von Seiten des Therapeuten hilfreich sein kann. In dem Dokumentationsbogen soll demnach zum einen die Ausbildung von Subgruppen beurteilt werden sowie die Unterscheidung zwischen funktionalen und dysfunktionalen Subgruppen getroffen werden.

**Normen.** Soziale Normen bilden sich in jeder Gruppe neu und spiegeln gewisse Verhaltensregeln im sozialen Gefüge der Gruppe wider. Diese meist gruppenspezifischen Normen können in bereits bestehenden Messinstrumenten wie dem Group Environment Scale oder dem Group Climate Questionnaire erfasst werden, um deren vorteilhafte oder hemmende Wirkung auf den Gruppenprozess zu beurteilen (Strauß und Mattke 2012). Ganz allgemein und ohne auf einzelne Normen eingehen zu wollen, sollen im Bogen ebendiese Auswirkungen eingeordnet werden. Für den Therapeuten kann es hilfreich sein, hemmende Normen wie das bedingungslose Aufrechterhalten von Harmonie zu erkennen und zu durchbrechen (Streeck 2010). Produktive Normen, die für das therapeutische Arbeiten von Vorteil sind, sollten vom Therapeuten gesichert werden. Zusätzlich soll eine Einschätzung über den normativen Druck im Sinne von Konsensnormen oder Gruppendenken erfolgen. Besteht innerhalb der Gruppe ein Gruppendenken, welches auf einen bestimmten Konsens zielt, kann dies nachteilig auf das Therapieergebnis wirken. Durch den entstehenden normativen Druck werden einzelne Mitglieder daran gehindert, ihre individuellen möglicherweise für den Arbeitsprozess förderlichen Beiträge der Gruppe beizusteuern (Streeck 2010).

### 1.5.2 Gruppenprozesse

Zu den „physiologischen“ Gruppenprozessen lassen sich einerseits die *grundlegenden sozialpsychologischen Prozesse* zählen, die Voraussetzung für zahlreiche weitere Entwicklungen in der Gruppe bilden (Schubert et al. 2016). Hierzu wird in der OBG der Fokus auf die Prozesse der Hierarchiebildung, auf die Rollenverteilung und die Konfliktverarbeitung gelegt.

**Hierarchiebildung.** In jedem Gruppengefüge spielt Macht als gruppendifamischer Prozess zur Herstellung einer sozialen Ordnung eine Rolle. Dabei sind es hierarchische Strukturen, die dabei helfen, diese Ordnung unter Einbehaltung einer Balance zwischen Konflikten und der Kohäsion aufrechtzuerhalten. Eine etablierte Rangebene wirkt sich stabilisierend auf die Gesamtgruppe aus und kann zur Abnahme von Konflikten beitragen. Bricht diese Ordnung jedoch auf, kann eine zuvor harmonievolle Gruppe durch das Loslösen von Aggressionen erschüttert werden. Gleichzeitig können dadurch Entwicklungsprozesse ins Rollen gebracht werden (Kennedy und MacKenzie 1986, Schubert et al. 2016). Der Hierarchiebildung kann folglich als Teil der grundlegenden sozialpsychologischen Prozesse eine besondere Bedeutung zugeschrieben werden. In dem Bogen soll neben der Ausprägung hierarchischer Strukturen in der Gruppe die Stabilität bzw. Instabilität der aktuellen Hierarchie beurteilt werden. Eine zu starre Hierarchie oder ausgeprägte Dysbalance in derselben kann für Einzelne oder die Gesamtgruppe hinderlich sein. Aufgabe des Therapeuten ist es deshalb, zum einen bei vorgegebener Struktur die Vernachlässigung einzelner Gruppenmitglieder zu verhindern und zugleich dem Gruppenprozess förderliche Hierarchien zu stabilisieren (Kennedy und MacKenzie 1986).

**Rollenverteilung.** Tschuschke (2010a) benennt Rollen als Notwendigkeit, um soziale Gruppen in ihrer Funktion zu optimieren. Gleichzeitig ist das Rollengefüge für die Prozesse in der Gruppe von elementarer Bedeutung. Wie sich das Rollengefüge letztlich formt, ist nicht absehbar. Inwiefern das Rollengefüge therapeutischen Nutzen bringt, hängt davon ab, ob eine Fluktuation der Rollen unter den Gruppenteilnehmern möglich ist (König 2012). Darunter kann man auch das Phänomen reziproken Rollen verstehen. Der Teilnehmer nimmt hierbei zwei gegensätzliche oder wechselseitige Rollen ein, z.B. des Helfers und des Hilfesuchenden (Strauß und Mattke 2012). In der Dokumentation soll eine

Auseinandersetzung mit der Rollenverteilung vorgenommen werden und eine Einschätzung über die Fluktuationsmöglichkeit der Rollenmuster innerhalb der Gruppe erfolgen.

**Konfliktmanagement.** Die Konfliktmöglichkeiten in einer Gruppenkonstellation können völlig andere Dynamiken zum Vorschein bringen, als sie z.B. zwischen zwei Personen oder in der Einzeltherapie zum Tragen kommen (Tschuschke 2010d). Einer konstruktiven Konfliktbewältigung kann eine besondere Bedeutung beigemessen werden, da nur durch den richtigen Umgang mit Konflikten die Arbeitsfähigkeit der Gruppe gewährleistet werden kann. Andererseits haben Konflikte das Potenzial, die Gruppe zu zerstören (Von Ameln und Kramer 2005). Da Konflikte in Gruppen jedoch unvermeidbar sind, erscheint es umso wichtiger sich dem Thema anzunehmen. Dabei sollte ein Augenmerk auf die Präsenz interpersonaler Konflikte in der Gruppensitzung gelegt werden. Ein niedriges Konflikt niveau spiegelt nicht immer positive Interaktionen der Gruppenteilnehmer wider, sondern kann ein Zeichen für unterschwellige Aggressionen oder Feindseligkeiten sein (Von Ameln und Kramer 2005). Neben der Frage nach der Präsenz interpersonaler Konflikte, kommt die Frage nach der Form des Konfliktverhaltens der Mitglieder auf. Demnach kann die Art der *Konfliktthematisierung*, sprich verbale oder nonverbale Kommunikation, in Bezug zum *Aggressionspotential* gesetzt werden. Daraus ergeben sich folgende vier mögliche Konfliktstile: *verbalisiert-sachlich*, *verbalisiert-aggressiv*, *nonverbalisiert-vermeidend* und *nonverbalisiert-aggressiv* (Schubert 2016). Unter dem Punkt Konfliktmanagement ist dem Leiter die Möglichkeit gegeben, den vorherrschenden Konfliktstil der Gruppe einzuschätzen und Besonderheiten im Konfliktgefüge festzuhalten.

*Emergente Prozesse* können als Spiegel gewisser Gruppendynamiken gesehen werden, die sich aus der zwischenmenschlichen Interaktion im Gruppengefüge heraus entwickeln. Als Teil dieser sich entwickelnden Prozesse sind das Feedback, die Selbstöffnung, die Gruppenkohäsion, das Gruppenklima sowie spezifische therapeutische Faktoren zu benennen. Empirisch konnte in der Literatur bereits gezeigt werden, dass die Einflussnahme genannter Faktoren auf Veränderungsprozesse einzelner Mitglieder sowohl positiv als auch negativ ausfallen kann (Strauß und Mattke 2012).

**Interpersonelles Feedback** kann als interaktiver Austausch zwischen mindestens zwei oder mehreren Teilnehmern definiert werden. Als therapeutischer Prozess ist das interpersonelle

Feedback mit einer deutlichen empirischen Evidenz versehen. So gibt es in der Literatur Arbeiten, die den Zusammenhang zwischen Feedback und einer Zahl positiver Effekte aufzeigen, wie z.B. Motivation, Einsicht, Wohlbefinden und Zufriedenheit (Strauß und Mattke 2012). Um sich als therapeutischer Wirkfaktor entfalten zu können, braucht es eine bestehende Kohäsion in der Gruppe sowie ein gewisses Maß an Selbstöffnung ausgehend von Feedback-Sender und -Empfänger (Leszcz 2010, Tschuschke 2003). Zunächst soll im Bogen das Ausmaß des Feedbacks zwischen den unterschiedlichen Parteien, d.h. zwischen den Teilnehmern und zwischen Gruppenleitung und Teilnehmern eingeschätzt werden. Ob das Feedback effektiv und für den Gruppenprozess förderliche Wirkfaktoren freisetzt, hängt wiederum von bestimmten Umgebungsbedingungen ab. Wichtige Kriterien für ein wirksames Feedback wurden von Morran et al. (1998) herausgearbeitet. Dazu zählen unter anderem die persönliche Bereitschaft des Empfängers, der gewählte Zeitpunkt, eine Rückmeldung in nicht wertender Art und Weise, den Bezug zum Hier-und-Jetzt und zum Erlebten in der Gruppe sowie eine Balance zwischen positivem und negativem Feedback (Leszcz 2010, Strauß und Mattke 2012). Als weitere Einschätzung soll nun die Wirksamkeit des Feedbacks in der Gruppe anhand genannter Kriterien beurteilt werden. Es kann als Aufgabe des Therapeuten gesehen werden, die Gruppenmitglieder in ihrer Feedbackgabe zu leiten und selbst als gutes Vorbild voranzugehen (Strauß und Mattke 2012).

**Selbstöffnung.** Die Selbstöffnung als Wirkfaktor kann in direktem Zusammenhang mit anderen Wirkfaktoren wie interpersonellem Feedback und der Kohäsion gestellt werden (AGPA 2007). Auch wenn sie ein essentielles Element für den therapeutischen Prozess einer Gruppe bildet, ist ihr Auftreten nicht immer nur förderlich für die Gruppe. Dabei spielen sowohl Zeitpunkt als auch Qualität und Quantität der Selbstöffnung eine entscheidende Rolle für die Auswirkung auf den Arbeitsprozess. Zusätzlich empfinden Patienten das eigene Öffnen in der Gruppe problematischer, als es vielleicht die Einzeltherapie birgt, in welcher der Leiter den Zeitpunkt und das Ausmaß besser beeinflussen kann (Strauß und Mattke 2012). Demnach kann der Selbstöffnung in der GPT eine besondere Bedeutung beigemessen werden, da die Hemmschwelle vor einer Gruppe deutlich höher liegt als vor nur einem Gegenüber. Die Inhalte der Selbstöffnung können sich sowohl auf die Vergangenheit des Teilnehmers beziehen – „vertikale Selbstöffnung“, als auch auf das Geschehen im Hier-und-Jetzt – „horizontale Selbstöffnung“. Besonders letztere kann den Fokus auf das aktuelle

Gruppengeschehen lenken und die einzelnen Mitglieder besser an die Gruppe binden (Leszcz und Malat 2001). Wie stark beide Formen der Selbstöffnung in der Sitzung vorkamen, soll hier vom Therapeuten bewertet werden. Weiterhin erfolgt eine Einschätzung über die Tendenz der Mitglieder, sich zu öffnen sowie eine Deutung der Funktionalität. So sind es Timing, Inhalt und Umfang, die maßgeblichen Einfluss auf den Behandlungseffekt nehmen und die ein Leiter sinnvoll lenken sollte.

**Kohäsion und Gruppenklima.** Diese beiden Elemente spielen für die therapeutischen Prozesse eine bedeutende Rolle. Von einigen Autoren werden sie zu den „wichtigsten therapeutischen Beziehungskonstrukten innerhalb der Gruppe“ (Bormann und Strauß 2012) gezählt. Sie nehmen positiven Einfluss auf die therapeutischen Entwicklungen innerhalb der Gruppe und sind mit anderen therapeutischen Faktoren eng umwoben. So kann ein Zusammenhang zwischen Gruppenkohäsion und Normen in der Gruppe gestellt werden. Dabei kann eine erhöhte Gruppenkohäsion sowohl mit eher hemmenden Konsensnormen aber auch mit produktiven Normen einhergehen. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass sich Feedback und Kohäsion wechselseitig positiv beeinflussen können (Strauß und Mattke 2012). Ebenfalls in Zusammenhang stehen Kohäsion und Selbstöffnung. Wobei in der früheren Literatur die Bestärkung der Selbstöffnung mit einer erhöhten Kohäsion betrachtet wurde, aktuellere Beiträge hingegen die Wechselwirkung und deren positiven Einfluss als gemäßigt ansehen (Strauß und Mattke 2012). Yalom zählt die Kohäsion nicht zu den therapeutischen Faktoren, sondern setzt sie für die Effektivität einer Gruppe voraus. Welche Bedeutsamkeit dem Konstrukt der Kohäsion beigemessen wird, macht die Literatur deutlich. Deshalb erfolgt hier eine Beurteilung dieser unter Betrachtung des Zusammengehörigkeitsgefühls der Gruppe. Das Gruppenklima als zweites Element ist ebenfalls empirisch gut untersucht. Der Group Climate Questionnaire (GCQ) stellt einen der bekanntesten Messinstrumente in Bezug auf das Gruppenklima dar (Bormann und Strauß 2012). Analog zur Kurzfassung des GCQ sollen in der Dokumentation die drei wesentlichen Aspekte des Gruppenklimas Engagement, Konflikt/Konfrontation und Vermeidung betrachtet werden. Das Klima spiegelt die Stimmung in der Gruppe und Verhaltensweise der Mitglieder wider und wirkt sich auf weitere Prozesse aus. Eine Studie auf den Daten des GCQ beruhend von Johnson et al. konnte aufzeigen, dass ein höheres Engagement sowie ein niedrigeres Konfliktpotenzial insgesamt zu besseren Ergebnissen für die Gesamtgruppe

geführt haben. Andere Studien, die sich mit dem Konfliktniveau auseinandersetzen, führten zu ambivalenten Ergebnissen und konnten sowohl positive als auch negative Auswirkungen von Konflikten auf den Therapieprozess ausmachen (Bormann und Strauß 2012). Liegt hingegen ein Vermeidungsverhalten der Teilnehmer vor, können Veränderungsprozesse nur erschwert in Gang gesetzt werden, was den Erfolg der Therapie ebenfalls behindern dürfte (Bormann und Strauß 2012).

**Therapeutische Faktoren** sind aus dem Bedürfnis heraus entstanden die Komplexität der Wirkung und der therapeutischen Veränderungen in der Gruppentherapie besser zu verstehen. Sie können als Teilprozesse des Gesamtgeschehens angesehen werden (Strauß und Mattke 2012, Yalom 2007). In der Literatur finden sich folgende therapeutische Faktoren als die gängigsten wieder: *Universalität des Leidens, Akzeptanz und Kohäsion, Altruismus, Zuversicht auf Heilung, Katharsis, Interpersonelles Lernen, Stellvertretendes Lernen, Anleitung durch Gleichgestellte, Rekapitulation familiärer Beziehungserfahrungen, Einsicht in Zusammenhänge von Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen*. Der Bogen greift diese in Form von Mehrfachantworten auf. Der Gruppenleiter soll sich vor Augen führen, welche der Faktoren in der Sitzung zur Geltung gekommen sind, um deren Wirksamkeit für den therapeutischen Prozess besser reflektieren und nachvollziehen zu können. Denn um an gegebener Stelle die Gruppe lenken und leiten zu können, sollte der Gruppentherapeut in der Lage sein, die greifenden Wirkmechanismen zu erkennen (Leszcz und Kobos 2012).

### 1.5.3 Gruppenleitung

Der letzte Abschnitt C des Dokumentationsbogens befasst sich mit dem Thema der Gruppenleitung. Hierbei soll Augenmerk auf Stil und Interventionstechniken des Leiters gelegt werden. Die Psychotherapieforschung hat gezeigt, dass verschiedene Therapeuten einen nicht unerheblichen Unterschied in den Therapieergebnissen ausmachen können. Dies kann zu einem gewissen Grad auch auf die Gruppentherapie übertragen werden. Gleichzeitig lässt sich ein Mangel in der evidenzbasierten Forschung zum Thema der Gruppenleitung feststellen (Strauß 2012). Umso wichtiger erscheinen das eigene Reflektieren sowie eine systematische Erfassung des therapeutischen Arbeitens. Als basale Kompetenzen jeden Gruppenleiters benennt Tschuschke (2010b) fünf Punkte: *psychotherapeutische Fachkompetenz, gruppenspezifische Kompetenz, gruppendynamische Kompetenz,*

*menschliche Kompetenz und Leitungskompetenz.* Die psychotherapeutische Kompetenz und die Leitungskompetenz nehmen dabei eine besonders wichtige Rolle für die GPT ein. Unter erstgenannter fallen die theoretischen Grundlagen bezogen auf das jeweilige Psychotherapieverfahren. Ein zusätzliches Merkmal der psychotherapeutischen Kompetenz ist die Fähigkeit des Gruppenleiters, ein therapeutisches Klima zu schaffen, um Veränderungsprozesse durch Interaktionen in Gang zu setzen (Strauß 2012). Neben basalen Aufgaben des Leiters wie die Gruppenzusammensetzung und -vorbereitung zählen zu der Leitungskompetenz der Führungsstil. Eine Studie von Burlingame et al. 2003 konnte gewisse Eigenschaften des Gruppenleiters zusammentragen sowie deren Auswirkungen auf das Therapieergebnis. Demnach sind „präsente, emotional zugewandte, insgesamt eher aktive und strukturierende Leiter“ mit einem positiven Ergebnis vergesellschaftet (Strauß 2012). Insgesamt sollte ein Leiter jedoch flexibel sein, angepasst an die jeweiligen Gegebenheiten der Gruppe. Schon 1969 Jahren wurde von Hersey und Blanchard im Bereich der Unternehmens- und Mitarbeiterführung ein Modell zur „situational leadership“ entworfen. In Abhängigkeit des Engagements und der Kompetenzen der Mitarbeiter ist ein unterschiedlicher Führungsstil gefragt. Angelehnt an das Modell soll in der Dokumentation eine Einschätzung des eigenen Leitungsstils in der Gruppe erfolgen. Dabei verläuft die Unterteilung wie im Modell in folgende vier Stile: *Unterstützung*, *Coaching*, *Delegation*, *Dirigieren*. Engagement und Kompetenz lassen sich im gruppenpsychotherapeutischen Kontext auf die Motivation und die Gruppenfähigkeit der Mitglieder übertragen. Je nach Leitungsform ergeben sich demnach supportivere oder direktivere Leitungsstile (Strauß 2012) (siehe Abb. 3).

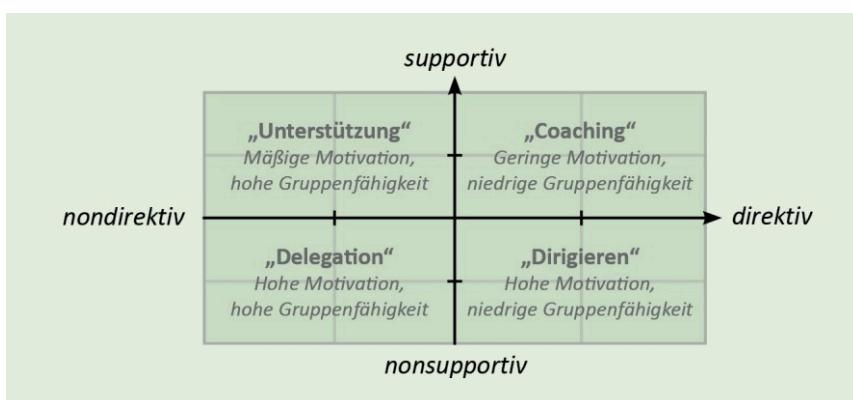


Abbildung 3: Leitungsstil nach dem Modell des „situational leadership“

Weitere Arbeiten, die sich mit der Thematik des Gruppenleiters beschäftigen, sind die von Lieberman et al. von 1973. Mit dem Verfahren der Faktorenanalyse konnten sie folgende essentiellen Funktionen aufzufindig machen, die eine erfolgreiche Gruppenleitung ausmachen: *exeektive Funktionen, Fürsorge, emotionale Stimulation und Bedeutungszuweisung* (AGPA 2007, Leszcz und Kobos 2012). Die exekutiven Funktionen beziehen sich vor allem auf administrative Aspekte, wie das Erstellen der Rahmenbedingungen und Definieren von Grenzen und Regeln. Unter dem Begriff der Fürsorge fallen die Aufgabe des Leiters, Empathie und Sorge zu zeigen sowie Vertrauen zu schaffen. Mit der emotionalen Stimulation soll der Therapeut die Gruppe dazu ermutigen, Interaktionen und Dialoge auf einer Gefühlsebene zu führen, um den Arbeitsprozess zu fördern. Unter der Bedeutungszuweisung versteht man die kognitiven Aspekte und die Fähigkeit der Mitglieder, sich selbst und ihre Umwelt sowie Veränderungen besser zu verstehen. Dabei ist es dem Therapeuten zugeteilt, seine Patienten mithilfe von therapeutischen Mitteln wie Feedback gezielt zu lenken. An dieser Stelle in der Dokumentation soll eine Einschätzung vorgenommen werden, inwiefern die jeweiligen Interventionen in der Sitzung vom Gruppenleiter umgesetzt wurden.

## 2. Ziele der Arbeit

Um dem Mangel im Rahmen der Ergebnis- und Prozessforschung im Bereich der Gruppentherapie nachzukommen, wurde in einem ersten Schritt ein standardisiertes Dokumentationsinstrument entwickelt. Die *Operationalisierte Basisdokumentation von Gruppenpsychotherapien* (OBG) soll eine Möglichkeit darstellen, verschiedene Gruppenprozesse objektiv zu dokumentieren und Gruppendynamiken im Verlauf zu beurteilen. Eine erste Vorstellung des Systems erfolgte im Rahmen einer Tagung des Arbeitskreises „Stationäre Gruppenpsychotherapie“ Aufgrund der positiven Resonanz von Seiten der Teilnehmer wurden diese gebeten, den Erstentwurf in ihren Kliniken praktisch zu erproben. In der nachfolgenden Untersuchung wird die erste Erprobung der OBG beschrieben. Die bei der Entwicklung des Instruments gesetzten Ziele sollten hierbei in einer ersten Anwendungsphase evaluiert werden. Dabei gilt es, zum einen die Praxistauglichkeit des Bogens sowie deren Inhalte zu prüfen. Ein weiteres Augenmerk sollte bei der Evaluation auf die Verständlichkeit der Inhalte gesetzt werden. Als weiteren Aspekt, den es zu überprüfen galt, ist der zeitliche Arbeitsaufwand des Bogens zu nennen. Die Bearbeitungsdauer sollte mit dem täglichen Berufsleben gut vereinbar sein, ohne eine zusätzliche Belastung darzustellen. Zusätzlich stellt sich die Frage nach der Eignung für die unterschiedlichen Anwendungsgebiete im teil-, stationären und ambulanten Sektor für die tägliche oder gelegentliche Anwendung sowie für Forschungs- und Ausbildungszwecke. Da der Gesetzgeber die Dokumentation in der Gruppentherapie vorschreibt, ist die Anforderung an die OBG, therapeutische Fortschritte und Erfolge so festzuhalten, dass Gruppenprozesse und -dynamiken evaluiert und validiert werden können. Um zusätzlich ein evidenzbasiertes Arbeiten zu gewährleisten, braucht es ein Dokumentationsinstrument, in welchem therapeutische Techniken festgehalten und in ihrer Validität geprüft werden können. In einem einheitlichen Dokumentationssystem ist zudem ein besserer Vergleich von Behandlungsergebnissen möglich, wodurch wiederum wissenschaftliche Grundlagen geschaffen und empirische Studien realisiert werden können (Strauß 1996). Zur Prüfung genannter Punkte sollen die verschiedenen Items in Form und Inhalt genauer beleuchtet werden. Dadurch soll auch hinterfragt werden, wie sinnvoll die einzelnen Items im Rahmen des Dokumentationsinstrumentes sind.

### 3. Publizierte Originalarbeit

#### **Operationalisierte Basisdokumentation von Gruppenpsychotherapien Ergebnisse einer ersten Erprobung**

Nora Degott, Tillman Schuber, Bernhard Strauß

Psychotherapeut 2017 · 62:537–546



# Operationalisierte Basisdokumentation von Gruppenpsychotherapien

## Ergebnisse einer ersten Erprobung

**Die Prozess- und Ergebnisforschung und damit die Dokumentation psychotherapeutischer Verfahren gewinnen mehr und mehr an Stellenwert. Nicht nur aufgrund gesetzlicher Vorgaben oder als Informationsgrundlage für andere mitwirkende Psychotherapeuten sollte der Dokumentation besondere Bedeutung zuteilwerden. Sie sichert ebenso den Erfolg einer Psychotherapie. Anhand verschiedener, bereits etablierter psychometrischer Instrumente können die jeweiligen Prozess- und Ergebnisaspekte von Gruppenpsychotherapien ermittelt werden. Als neue Alternative erfasst die Operationalisierte Basisdokumentation von Gruppenpsychotherapien (OBG) mehrere relevante Aspekte in komprimierter und vereinfachter Form und soll die regelmäßige Dokumentation von Gruppenprozessen vereinfachen.**

### Hintergrund und Fragestellung

Es ist gesundheitspolitisch gewollt, Gruppenpsychotherapien im ambulanten Sektor weiter zu fördern (Bundesregierung 2013), nachdem sie in (teil-)stationären Einrichtungen längst eine zentrale Rolle spielen. Forschungsbefunde belegen, dass Gruppenpsychotherapien bei einem breiten Störungsspektrum wirksam sind (Burlingame et al. 2013). Neuere Metaanalysen bestätigen dies und zeigen, dass Gruppentherapien ähnliche Effektstärken aufweisen wie Einzeltherapien, dass Gruppentherapien keineswegs häu-

figer zu Therapieabbrüchen führen als Einzeltherapien, und dass Patienten, die im jeweiligen Setting behandelt werden, dieses Setting letztlich ähnlich häufig akzeptieren (Burlingame et al. 2016).

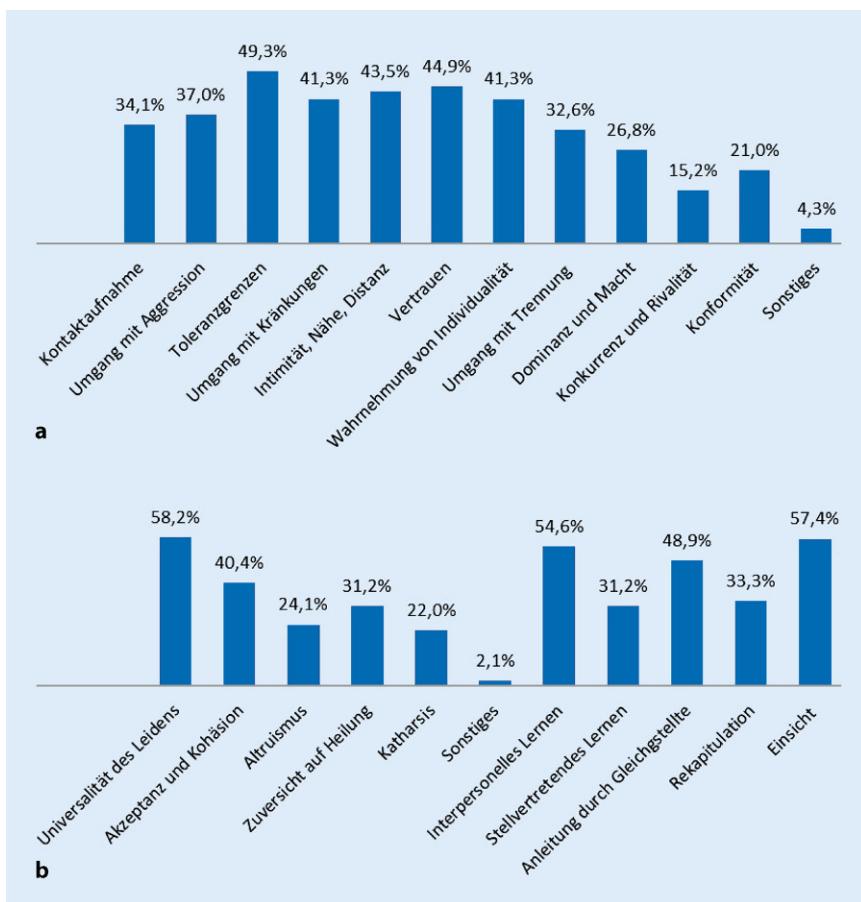
Damit wären eigentlich gute Voraussetzungen für die vermehrte Anwendung von Gruppenbehandlungen gegeben (Bundesregierung 2013; Burlingame et al. 2013, 2016). Es existiert allerdings nach wie vor eine Reihe von Barrieren. Speziell im ambulanten Feld wurden lange organisatorische Schwierigkeiten angeführt (Antragsverfahren, Schwierigkeiten bei der Zusammensetzung einer Gruppe, Überbrückung von Wartezeiten), die sich nach der aktuellen Änderung der Psychotherapierichtlinien möglicherweise reduzieren könnten. Mangelnde Bekanntheit und mangelndes Wissen über Gruppen sowie unzureichende Vorbereitung auf Seiten der Patienten und Überweiser stellen ebenso Hindernisse dar wie Mängel in der Gruppentherapieausbildung. In einer Befragung aktiver Gruppenpsychotherapeuten in unterschiedlichen Kliniken war beispielsweise „learning by doing“ die mit Abstand häufigste Antwort auf die Frage, wie die Befragten ihr gruppentherapeutisches Arbeiten erlernten (Strauß et al. 2012).

Aktuell stehen etliche Instrumenten und Materialien zur Verfügung, die Gruppentherapeuten darin unterstützen könnten, Patienten besser auf die Gruppenbehandlung vorzubereiten, Patienten für Gruppen auszuwählen sowie Gruppentherapieverläufe aus der Sicht von Patienten zu dokumentieren und zu

evaluieren. Die sog. CORE-Battery einer Task Force der American Group Psychotherapy Association (AGPA) enthält die genannten Materialien (z. B. Strauß et al. 2008). Die CORE-Battery ist aber noch lückenhaft. Es fehlen beispielsweise noch ein Instrument zur Erfassung des Gruppenleiterverhaltens, ebenso eine Methode zur Erfassung unerwünschter Wirkungen von Gruppentherapien. Für Gruppen in Kliniken und Institutionen, in denen Gruppentherapeuten gelegentlich wechseln und oftmals größere Teams über den Verlauf von Gruppentherapien informiert werden wollen, könnte ein standardisiertes Dokumentationssystem helfen, besser über Gruppen zu kommunizieren.

Als möglicherweise wertvolle Hilfe im Ausbildungskontext und als Mittel zur Verlaufsdocumentation von Gruppen im Klinikalltag sowie zu Forschungszwecken wurde das Dokumentationsinstrument „Operationalisierte Basisdokumentation von Gruppenpsychotherapien“ (OBG) entwickelt, das es Gruppentherapeuten erlauben soll, zentrale Aspekte einer Therapiegruppe zu beschreiben und zu dokumentieren (Schubert et al. 2016).

In der ersten Arbeitsphase wurde ein 5-seitiger Dokumentationsbogen ausgearbeitet, bestehend aus einer Stamminformation, die die wichtigsten Sitzungsmerkmale zusammenfasst, und einer Sitzungsdokumentation, die Verlaufsspekte erfasst. In einem Begleitmanual werden die einzelnen Items des Dokumentationsbogens und deren Hintergründe genauer erläutert. Ausgangs-



**Abb. 1 ▲ Mehrfachantworten zu den „wiederkehrenden Grundthemen“ (a) und „therapeutischen Faktoren“ (b)**

punkt des Dokumentationsschemas waren Überlegungen von Burlingame et al. (2004), das Ergebnis von Gruppentherapien auf 5 Faktoren zurückzuführen, i. e. strukturelle Merkmale, Gruppenleiter-, Patientenmerkmale, die „formale Veränderungstheorie“ und die Gruppendynamik. Letztere wiederum wurde in einem Modell von Burlingame et al. (2008) differenziert, das strukturelle Aspekte des Gruppenprozesses (die „Anatomie“ der Gruppe) und Veränderungsprozesse (die „Physiologie“ der Gruppe) unterscheidet. Der OBG liegen zudem Überlegungen zugrunde, die auf den *Practice Guidelines for Group Psychotherapy* der AGPA (2007; Leszcz und Kobos 2012) basieren. Die ausführliche Beschreibung des Dokumentationsinstruments und des Manuals findet sich bei Schubert et al. (2016).

Im Rahmen eines Arbeitskreises von Mitarbeitern psychotherapeutischer und psychosomatischer Institutionen, die

sich mit stationärer Gruppenpsychotherapie beschäftigen (Strauß 2011), wurde das erste Konzept des Dokumentationssystems vorgestellt. Angesichts positiver Resonanz wurden einige der Therapeuten gebeten, das OBG-System in ihren Kliniken und Gruppen zu erproben. Mit der zentralen Fragestellung nach der Praxistauglichkeit des Bogens und der Überprüfung der Verteilung einzelner Merkmale, die in dem System differenziert werden, wurde dieser in der zweiten Arbeitsphase von Psychotherapeuten in verschiedenen Kliniken getestet. Diese Testphase sollte der ersten Evaluierung des Systems dienen.

## Ablauf der Studie

Im Zeitraum von Januar bis September 2016 nahmen insgesamt 7 Kliniken an der Erprobung des Dokumentationssystems teil und wandten dieses in verschiedenen Psychotherapiegruppen an. Den Thera-

peuten stand es frei, wie oft sie das System nutzen. So wurden einige Gruppen nur ein- oder zweimal anhand des Bogens und andere über einen fortlaufenden Zeitraum dokumentiert. Die ausgefüllten Bogen wurden per Post von den Kliniken wieder an die Autoren des vorliegenden Beitrags zurückgesendet.

Zum besseren Verständnis soll im Folgende auf den Aufbau des Dokumentationsbogens und die jeweiligen Items detailliert eingegangen werden (für Details: Schubert et al. 2016). Das Dokumentationssystem besteht aus einer „Stamminformation“, in der einmalig gleichbleibende Merkmale (Teilnehmerzahl, Gruppenformat etc.) der Gruppe notiert werden. Die eigentlichen Strukturen und Prozesse der jeweiligen Gruppensitzung werden in der „Sitzungsdokumentation“ festgehalten.

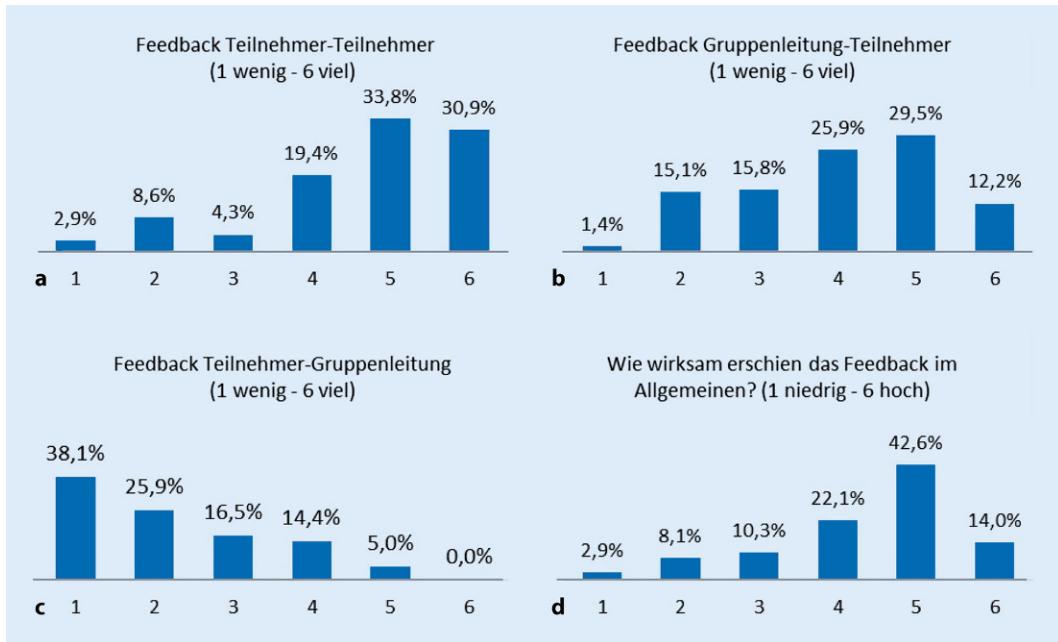
Der Dokumentationsbogen umfasst 47 Items. Der Großteil der Fragen soll auf Ordinalskalen eingeschätzt werden (Wertebereich von 1 bis 6). Diese 27 Items setzen sich aus unterschiedlichen Merkmalen zusammen, die sich an die jeweilige Fragestellung anpassen (z. B. 1: homogen, 6: heterogen; 1: schwach, 6: stark; 1: funktional, 6: dysfunktional). Weiterhin besteht bei 3 Items die Möglichkeit der Mehrfachantwort. So können z. B. unter dem Aspekt „wiederkehrende Grundthemen“ mehrere Antwortmöglichkeiten angekreuzt werden. Daneben finden sich 10 Freitextfelder, die je nach Bedarf ausgefüllt werden können. Bei einigen wenigen Fragen wurde als Antwortformat ein 2-dimensionales Koordinatensystem verwendet, in dem mehrere Aspekte eines Phänomens verknüpft werden sollten. Hierbei ergibt sich anhand von 2 Dimensionen eine Einteilung in 4 Felder. So kann z. B. unter dem Punkt „Konfliktmanagement“ der „Konfliktstil“ in einem Koordinatensystem, in dem die horizontale Achse als „Aggressionspotenzial“ und die vertikale Achse als „Konfliktthematisierung“ definiert ist, genauer eingeordnet werden. Darüber hinaus ergibt sich die Einteilung in die 4 Felder: „verbalisiert-sachlich“, „verbalisiert-aggressiv“, „nonverbalisiert-vermeidend“ und „nonverbalisiert-aggressiv“ (Abb. 4).

	Zusammenfassung · Abstract
<p>Mithilfe der gesammelten ausgefüllten Bogen konnten die erste Evaluierung und Validierung der einzelnen Items vorgenommen werden. Die Beurteilung der Items erfolgte anhand der Häufigkeitsverteilung und der Frage, ob und wie das jeweilige Item genutzt wurde. Dabei soll die Betrachtung der Häufigkeiten Aufschluss darüber geben, ob das Item in seiner vollen Bandbreite genutzt wurde und eine Variabilität sichtbar ist und ob diese eine sinnvolle Dokumentation der Gruppen zulässt.</p> <p>Die Therapeuten erhielten zudem einen kurzen Evaluationsbogen, in dem sie nach der Zahl der Anwendungen, der jeweils benötigten Zeit zum Ausfüllen des Bogens und in Form von Freitextfeldern nach Änderungsvorschlägen gefragt wurden. Auf Ordinalskalen sollten die Praktikabilität und die Praxistauglichkeit sowie die Sinnhaftigkeit der Anwendung des Bogens in den Bereichen der Ausbildung sowie des stationären und des ambulanten Arbeits eingeschätzt werden.</p> <p>In den 7 Kliniken wurden insgesamt 141 Sitzungsdokumentationen erstellt sowie 37 Stamminformationen und 23 Evaluationsbogen ausgefüllt. Die Anwendung fand sowohl in ambulanten als auch stationären Gruppen statt.</p>	<p>Psychotherapeut 2017 · 62:537–546 <a href="https://doi.org/10.1007/s00278-017-0241-5">https://doi.org/10.1007/s00278-017-0241-5</a>      © Springer Medizin Verlag GmbH 2017</p> <p><b>N. Degott · T. Schubert · B. Strauß</b></p> <p><b>Operationalisierte Basisdokumentation von Gruppenpsychotherapien. Ergebnisse einer ersten Erprobung</b></p> <p><b>Zusammenfassung</b></p> <p>Um im Rahmen der Prozess- und Ergebnisforschung von Gruppenpsychotherapien den Mangel eines standardisierten Dokumentationssystems auszugleichen, wurde die „Operationalisierte Basisdokumentation von Gruppenpsychotherapien“ (OBG) entwickelt. Das Instrument soll zur klinischen Dokumentation sowie zu Ausbildungs- und Forschungszwecken genutzt werden. Der Bogen beinhaltet verschiedene Aspekte der Gruppenstruktur, -prozesse und -dynamiken, die sich u. a. an den <i>Practice Guidelines for Group Psychotherapy</i> der American Group Psychotherapy Association orientieren. Für die erste Evaluation des Dokumentationsinstruments konnten in einer Anwendungsphase 141 Dokumentationsbogen aus insgesamt 7 sich an der Erprobung beteiligenden Kliniken gesammelt und ausgewertet werden. In seiner aktuellen Form scheint der Bogen besonders für Ausbildungszwecke geeignet zu sein. Weitere Überarbeitung und Optimierung des Instruments werden angestrebt.</p> <p><b>Schlüsselwörter</b></p> <p>Gruppentherapie · Gruppenprozesse · Prozess- und Ergebnisforschung · Datensammlung · Qualitätsverbesserung</p>
<p><b>Ergebnisse</b></p> <p><b>Stamminformation</b></p> <p>Es reflektieren 37 Stamminformationen folgende Daten zu den dokumentierten Gruppen: Die durchschnittliche Gruppengröße betrug 10,8 Teilnehmer, bei einer durchschnittlichen Frequenz von 1,8 Sitzungen/Woche, einer Dauer von 91,4 min/Sitzung und einer gesamten Behandlungsdauer in der Einrichtung von durchschnittlich 21 Sitzungen/Teilnehmer. Als Gruppenformat gaben 75 % der Therapeuten halboffen, 16,7 % offen und 8,3 % geschlossen an. Bei der Frage nach der Patientenklientel wurde für 65,7 % „störungsspezifisch“, für 31,4 % „störungsunspezifisch“ und für 2,9 % „Sonstiges“ angegeben. Von den untersuchten Gruppen hatten 94,6 % eine feste und 5,4 % eine variable Gruppenleitung. Die therapeutische Konzeption</p>	<p><b>Operationalized basic documentation of group psychotherapies. Results of a first application</b></p> <p><b>Abstract</b></p> <p>Within the context of process and outcome research of group psychotherapy a standardized documentation system was lacking; therefore, the “operationalized basic documentation of group psychotherapy” (OBG) was developed as a tool. This tool should be used for clinical documentation and for the purpose of education and training for psychotherapists. The questionnaire contains several aspects of group structure, processes and dynamics, which are adapted to the practice guidelines for group psychotherapy of the American Group Psychotherapy Association. The documentation system was tested by 7 clinics which participated in a first application phase. Thus, a total of 141 questionnaires could be collected and assessed. In its current form the questionnaire seems to be especially suitable for educational purposes. A revised and optimized version will be processed.</p> <p><b>Keywords</b></p> <p>Group therapy · Group process · Process and outcome research · Data collection · Quality improvement</p>
	<p>wurde mehrheitlich (mit 40,5 %) als tiefenpsychologisch fundiert beschrieben (Mehrachantworten möglich). Es gaben 8,1 % der Antwortenden als therapeutische Konzeption „psychoanalytisch orientiert“ sowie jeweils 5,4 % „verhaltenstherapeutisch“ und „systemisch“ an. „Sonstiges“ bzw. eine kombinierte therapeutische Konzeption kreuzten 40,5 % an.</p> <p><b>Sitzungsdokumentation</b></p> <p>Die Sitzungsdokumentation handelt inhaltlich verschiedene Aspekte von Gruppenstrukturen und -prozessen ab und setzt sich, wie bereits erwähnt, aus</p> <p>den 4 Itemformen Freitextfelder, Mehrfachantworten, Ordinalskalen und dem Antwortformat des Koordinatensystems zusammen. Für einen besseren Vergleich der Ergebnisse sind im Folgenden die Auswertungen der 141 Sitzungsdokumentationen entlang der verschiedenen Itemformate und anhand einiger ausgewählter Items dargestellt.</p> <p><b>Freitextfelder</b></p> <p>Von den insgesamt 10 Freitextfeldern wurden 5 zu über 40 % genutzt. Hierzu gehören im allgemeinen Teil die Freitextfelder „inhaltlicher Fokus“, zu dem mit 96,5 % am häufigsten Anga-</p>

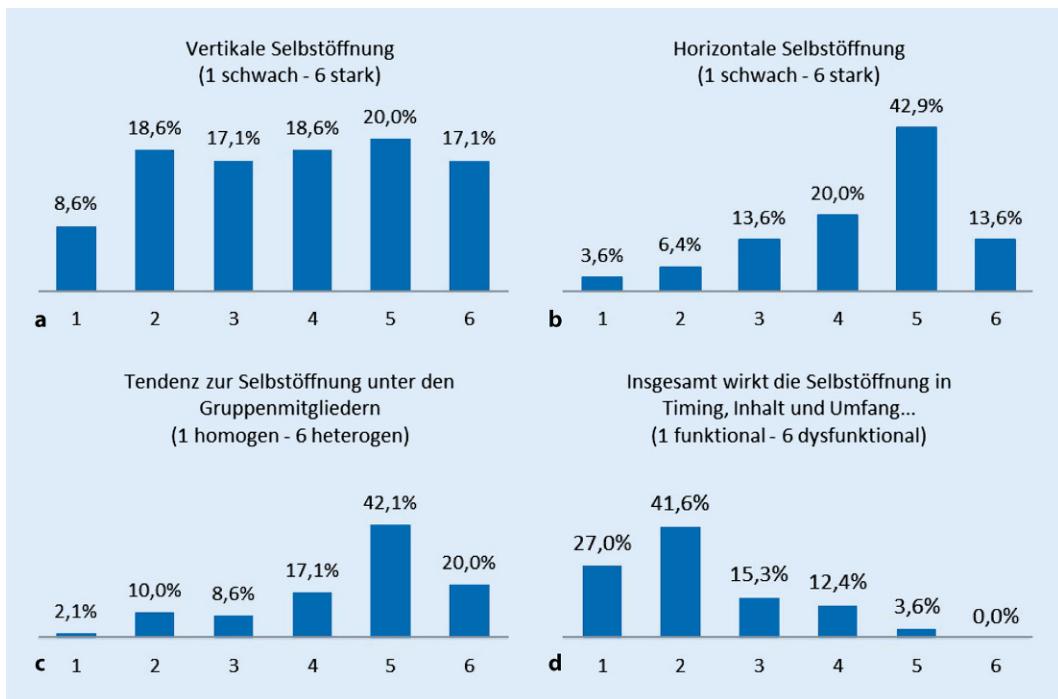
## Originalien

**Tab. 1** Mittelwerte und Standardabweichungen aller Ordinalskalen Items

Item	Ordinalskalenniveau	Mittelwert	Streuung
<b>Aktuelle Gruppenzusammensetzung</b>			
Symptomatik	1 (homogen) bis 6 (heterogen)	3,9	± 1,2
Psychisches Funktionsniveau	1 (homogen) bis 6 (heterogen)	3,6	± 1,1
Durchschnitt des psychischen Funktionsniveaus	1 (niedrig) bis 6 (hoch)	3,8	± 1,0
<b>Subgruppen</b>			
Wie sehr war die Ausbildung oder die Differenzierung von Subgruppen während der Sitzung zu beobachten?	1 (schwach) bis 6 (stark)	3,3	± 1,5
Wirkt die aktuelle Subgruppendifferenzierung eher förderlich für den therapeutischen Prozess oder wirkt sie dysfunktional?	1 (funktional) bis 6 (dysfunktional)	3,0	± 1,3
<b>Normen</b>			
Welche Auswirkungen hatten die innerhalb der Gruppe bestehenden sozialen Normen auf den therapeutischen Prozess?	1 (hemmend) bis 6 (produktiv)	3,7	± 1,2
Wie deutlich war ein normativer Druck, z.B. im Sinne von Konsensnormen oder Gruppendenken, zu erkennen?	1 (schwach) bis 6 (stark)	3,7	± 1,3
<b>Hierarchiebildung und Rollenverteilung</b>			
Wie ausgeprägt war eine hierarchische Struktur in den Gruppen erkennbar?	1 (schwach) bis 6 (stark)	3,3	± 1,2
Wie stabil bzw. instabil wirkt die aktuelle Gruppenhierarchie?	1 (stabil) bis 6 (instabil)	3,3	± 1,3
Reziproke Rollen: Wie frei war eine Fluktuation von Rollenmustern innerhalb der Gruppe möglich?	1 (kaum) bis 6 (uneingeschränkt)	3,5	± 1,3
<b>Konfliktmanagement</b>			
Wie präsent waren interpersonale Konflikte während der Sitzung?	1 (schwach) bis 6 (stark)	3,2	± 1,6
<b>Interpersonelles Feedback</b>			
Zwischen Teilnehmer und Teilnehmer?	1 (wenig) bis 6 (viel)	4,7	± 1,3
Zwischen Gruppenleitung und Teilnehmer?	1 (wenig) bis 6 (viel)	4,0	± 1,3
Zwischen Teilnehmer und Gruppenleitung?	1 (wenig) bis 6 (viel)	2,2	± 1,2
Wie wirksam und effektiv erschien das Feedback im Allgemeinen für individuelle Entwicklungen der Teilnehmer?	1 (niedrig) bis 6 (hoch)	4,4	± 1,3
<b>Selbstöffnung</b>			
Wie stark spielte die vertikale Selbstöffnung in der Sitzung eine Rolle?	1 (schwach) bis 6 (stark)	3,7	± 1,6
Wie stark spielte die horizontale Selbstöffnung in der Sitzung eine Rolle?	1 (schwach) bis 6 (stark)	4,3	± 1,3
Die Tendenz, sich selbst zu öffnen, ist unter den Gruppenmitgliedern aktuell ...	1 (homogen) bis 6 (heterogen)	4,5	± 1,3
Insgesamt wirkt die Selbstöffnung in Timing, Inhalt und Umfang ...	1 (funktional) bis 6 (dysfunktional)	2,2	± 1,1
<b>Kohäsion und Gruppenklima</b>			
Wie stark war während der Sitzung ein Gefühl von Zusammengehörigkeit innerhalb der Gruppe zu erkennen?	1 (schwach) bis 6 (stark)	4,0	± 1,2
Wie stark war der Aspekt „Engagement/positive Arbeitsatmosphäre“ spürbar?	1 (schwach) bis 6 (stark)	4,4	± 1,2
Wie stark war der Aspekt „Distanziertheit/Konfrontation/Spannung“ spürbar?	1 (schwach) bis 6 (stark)	3,2	± 1,5
Wie stark war der Aspekt „Vermeidung persönlicher Verantwortung“ spürbar?	1 (schwach) bis 6 (stark)	3,3	± 1,5
<b>Gruppenleitung – therapeutische Interventionen</b>			
Wie stark wurde die therapeutische Intervention „exeutive Funktion“ angestrebt?	1 (schwach) bis 6 (stark)	3,9	± 1,5
Wie stark wurde die therapeutische Intervention „Fürsorge“ angestrebt?	1 (schwach) bis 6 (stark)	3,9	± 1,3
Wie stark wurde die therapeutische Intervention „emotionale Stimulation“ angestrebt?	1 (schwach) bis 6 (stark)	3,7	± 1,3
Wie stark wurde die therapeutische Intervention „Bedeutungszuweisung“ angestrebt?	1 (schwach) bis 6 (stark)	3,9	± 1,2



**Abb. 2a-d** ▲ Ergebnisse zum Themenblock „interpersonelles Feedback“



**Abb. 3a-d** ▲ Verteilungen zum Thema „Selbstöffnung“

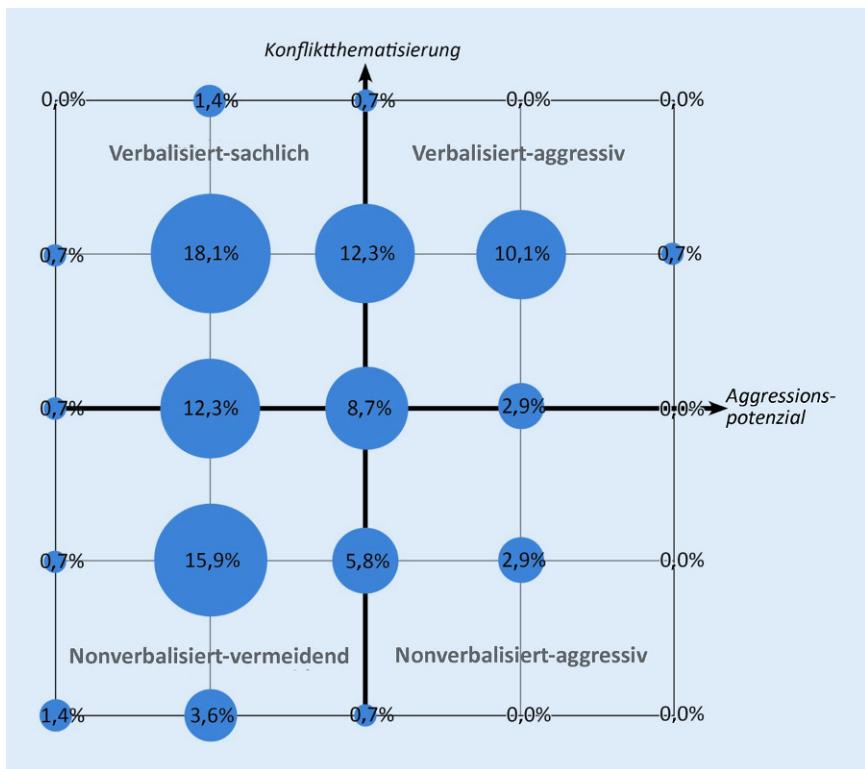
ben gemacht wurden, sowie die Items „Gruppenmethoden“ und „Besonderheiten/freie Anmerkungen zur Sitzung“, die mit jeweils 74,5 % und 40,4 % genutzt wurden. Außerdem machten im Teil „Gruppenstrukturen und -prozesse“ zu den Unterpunkten „Subgruppen“ und „Hierarchiebildung“ je 44,7 % und 42,6 % der Antwortenden Angaben. Die restlichen 5 Items zum Thema „Hausaufgaben“, „Normen“, „Rollenverteilung“,

„Konfliktmanagement“ und „Selbstöffnung“ wurden mit unter 40 % von den Therapeuten eher selten ausgefüllt.

### Mehrfachantworten

Die Möglichkeit der Mehrfachantwort wurde in dem Bogen 3-mal verwendet („wiederkehrende Grundthemen“, „Gruppenentwicklung“, und „therapeutische Faktoren“). Betrachtet man die

Verteilung der Häufigkeiten, zeigt sich zunächst, dass alle Antwortmöglichkeiten genutzt wurden. Bei der Beurteilung der „aktuellen Gruppenentwicklung“ wurde in die Phasen „forming“, „storming“, „norming“, „performing“, und „adjourning“ unterteilt, wobei die ersten 4 mit über 20 % am häufigsten genannt wurden und die letzte Phase mit 6,5 % eher selten angekreuzt wurde. Als „wiederkehrendes Grundthema“ tauchte am



**Abb. 4 ▲** Antwortverteilungen im Koordinatensystem zum Thema „Konfliktmanagement“

häufigsten „Toleranzgrenzen“ auf, gefolgt von „Vertrauen“ und „Intimität, Nähe, Distanz“. Die am häufigsten angekreuzten „therapeutischen Faktoren“ waren „Universalität des Leiden“, „Einsicht“ und „interpersonelles Lernen“. Die prozentualen Verteilungen der Häufigkeiten sind in **Abb. 1a, b** dargestellt.

## Items auf Ordinalskalenniveau

Im Teil „Gruppenstrukturen und -prozesse“ und im Teil „Gruppenleitung“ überwiegen Items mit Ordinalskalen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird im Folgenden beispielhaft auf einige Items genauer eingegangen; die Mittelwerte und Standardabweichungen aller Items sind nach Themen gruppiert in **Tab. 1** zusammengefasst. Von den insgesamt 27 Items wurden 21 in voller Bandbreite genutzt; dagegen wurde bei 6 Items die Skalierung nicht vollständig ausgeschöpft bzw. ein Wert nur mit <1 % angekreuzt. Bei 5 Items wurde in über 40 % der Fälle nur ein Wert angekreuzt, was ebenfalls zu einer schießen Verteilung führte. Die Items mit solch schießen Verteilungen fanden sich bei den

Themen „psychisches Funktionsniveau“, „reziproke Rollen“, „Gruppenklima“ sowie „interpersonelles Feedback“ und „Selbstöffnung“. Besonders die Itemgruppen zu den beiden letztgenannten Themen zeigten gehäuft eine einseitige Antwortverteilung, die die Notwendigkeit dieser Merkmale hinterfragen lässt.

Die Einschätzungen des „interpersonellen Feedbacks“, das auf verschiedenen Ebenen beurteilt werden sollte, zeigt □ Abb. 2a-d. Vergleicht man jeweils die Items, zeigen sich v. a. in der Verteilung der Items „Feedback zwischen Teilnehmer und Teilnehmer“ sowie „Feedback zwischen Teilnehmer und Gruppenleitung“ einseitige Häufungen. So fiel das Feedback zwischen den Teilnehmern überwiegend hoch aus, wohingegen die Teilnehmer der Gruppenleitung eher wenig Feedback gaben. Die Frage nach der Wirksamkeit des Feedbacks wurde mit 42,6 % als eher hoch eingestuft.

Unter dem Punkt „Selbstöffnung“ sollten die Therapeuten die Rolle der „vertikalen“ und der „horizontalen Selbstöffnung“ beurteilen sowie Angaben zu Tendenz und Funktion dieser Selbstöffnung machen (Abb. 3a-d). Bis

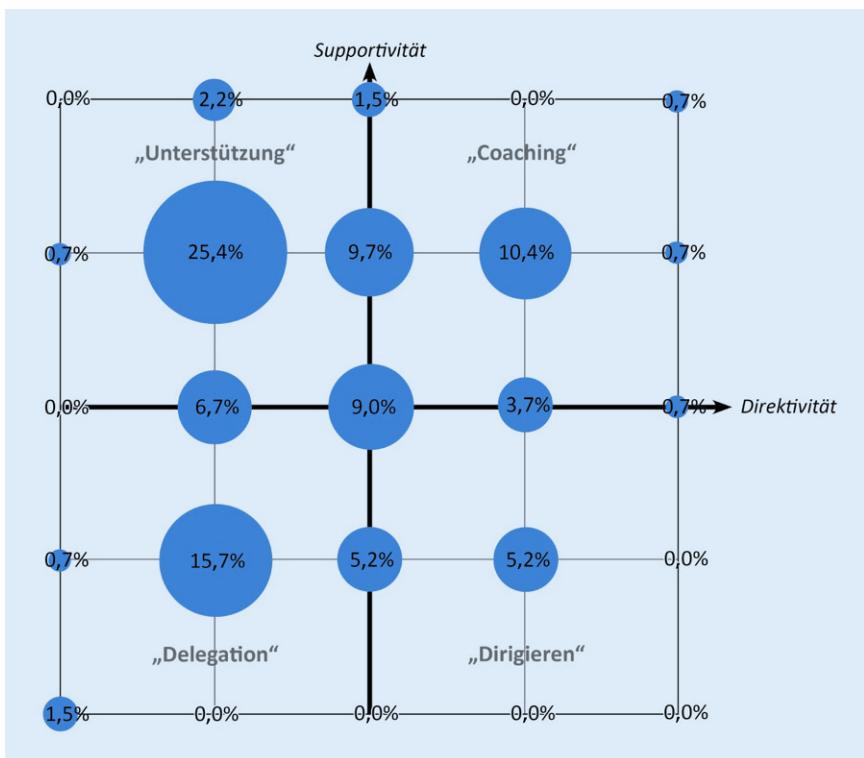
auf die „vertikale Selbstöffnung“ fielen die Ergebnisse mit jeweils über 40 % der Antworten auf einem Wertebereich sehr einseitig aus. Dabei schien die „vertikale Selbstöffnung“, also jene, die das Offenbaren von Informationen aus der Vergangenheit oder außerhalb der Gruppe beschreibt, sehr unterschiedliche Rollen in den Sitzungen zu spielen. Dagegen vermochte die „horizontale Selbstöffnung“ (Hier-und-Jetzt-Selbstöffnung) mehrheitlich einen größeren Einfluss auf das Sitzungsgeschehen zu nehmen. Die „Tendenz zur Selbstöffnung unter den Gruppenmitgliedern“ wurde größtenteils als eher heterogen beschrieben. In Bezug auf „Timing, Inhalt und Umfang“ wurde die Selbstöffnung wiederum als eher funktional eingeschätzt.

## Antwortformat: Koordinaten- system

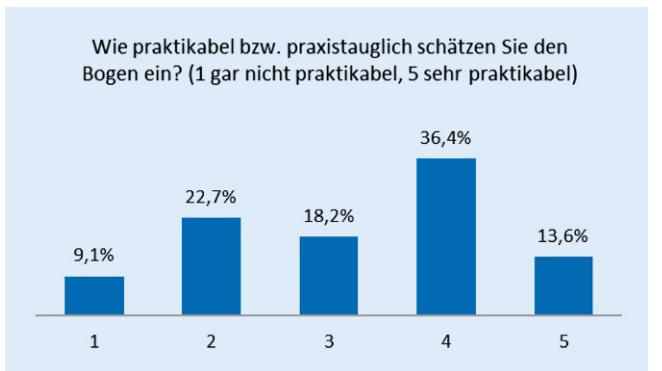
In dem gesamten Bogen wurden 2-mal Antwortformate vorgegeben, in denen Kategorisierung in 4 Felder ermöglicht wurde. Unter dem Punkt „Konfliktmanagement“ sollte der vorherrschende Konfliktstil beurteilt werden. Die Mehrheit ordnete diesen in die Bereiche „verbalisiert-sachlich“, „nonverbalisiert-vermeidend“ und „verbalisiert-aggressiv“ ein (Abb. 4). Im Teil „Gruppenleitung“ sollte der aktuelle Leitungsstil anhand von den Merkmalen „supportiv“, „direktiv“, „nonsupportiv“ und „nondirektiv“ in die Bereiche „Unterstützung“, „Coaching“, „Delegation“ und „Dirigieren“ eingeteilt werden. Hierbei wurde der Leitungsstil am häufigsten den Bereichen „Unterstützung“, „Delegation“ und „Coaching“ zugeordnet (Abb. 5).

## Evaluation des Systems

In dem oben beschriebenen Evaluationsbogen wurden die Therapeuten zunächst nach der Häufigkeit der Anwendung des OBG-Systems gefragt; dieses haben sie im Durchschnitt 4,2-mal angewandt. Die Spannweite lag zwischen minimal ein- und maximal 17-maliger Anwendung. Die durchschnittliche Zeit zum Ausfüllen des Bogens betrug 17,6 min, mit 5 min als minimale und 50 min als maximale Dauer. Betrachtet man die



**Abb. 5** ▲ Antwortverteilungen im Koordinatensystem zum Thema „Leitungsstil“



Angaben von je 2-mal 45 min und einmal 50 min als Ausreißer und lässt diese unbeachtet, resultiert eine durchschnittliche Zeit von 13 min. Weiterhin sollten die Therapeuten die Praktikabilität bzw. die Praxistauglichkeit des Bogens auf einer Ordinalskala beurteilen; hierbei waren 1 als „gar nicht praktikabel“ und 5 als „sehr praktikabel“ definiert. Hier wurde im Mittel 3,2 angegeben ( $SD \pm 1,2$ ; □ Abb. 6). In einer weiteren Antwort sollte angegeben werden, für wie sinnvoll der Bogen für die Bereiche der Ausbildung sowie des stationären und des ambulanten Arbeitens erachtet wird. Hierbei waren die Punkte der Ordinal-

skala mit 1 „gar nicht sinnvoll“ und 5 „sehr sinnvoll“ definiert. In absteigender Reihenfolge wurde die Sinnhaftigkeit für den Bereich der Ausbildung im Mittel mit 4,1, des ambulanten Arbeitens mit 2,9 und des stationären Arbeitens mit 2,7 bewertet (□ Abb. 7). Des Weiteren sollten die Therapeuten beantworten, ob sie sich vorstellen könnten, den Bogen in Zukunft anzuwenden: Die Frage bejahten der Antwortenden 52,2 %, wohingegen 39,1 % diese verneinten und 8,7 % der Teilnehmenden machten keine Angabe. Die Frage, ob mit dem Begleitmanual gearbeitet wurde, bestätigten 78,3 %,

17,4 % verneinten und 4,3 % machten auch hierzu keine Angabe.

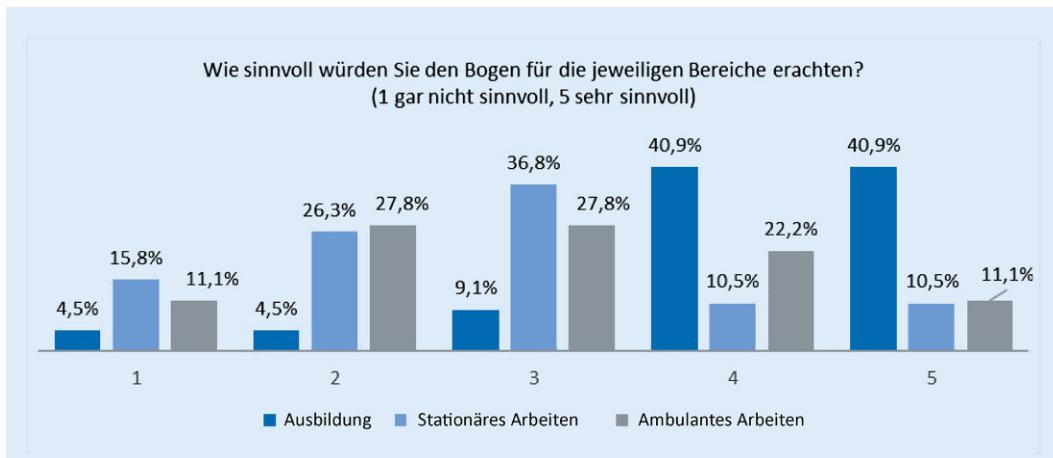
## Diskussion

### Interpretation der Studienergebnisse

In den Praxisleitlinien der AGPA (2007) für Gruppenpsychotherapien wird unter dem Aspekt „Reduktion negativer Ergebnisse“ u. a. die Dokumentation genannt. Nicht nur aufgrund gesetzlicher Vorgaben oder als Informationsgrundlage für andere mitwirkende Psychotherapeuten sollte der Dokumentation eine besondere Bedeutung beigemessen werden, sondern auch, um den Erfolg der Gruppentherapie zu gewährleisten. Anhand von schon zahlreich bestehenden psychometrischen Instrumenten können verschiedene Aspekte von Prozess und Ergebnis der Gruppenpsychotherapien erfasst werden, um das Therapieergebnis zu optimieren (Strauß et al. 2006, 2008). Die Anwendung dieser Instrumente birgt jedoch auch einen erheblichen Zeitaufwand. Als alternatives Instrument versucht die OBG, mehrere relevante Aspekte in komprimierter und vereinfachter Form zu erfassen und somit eine regelmäßige Dokumentation der Gruppenprozesse zu ermöglichen.

Als maximale Bearbeitungszeit für den Bogen wurden 10 min angestrebt. In der Evaluation des OBG-Systems wurde jedoch mehrfach der zu hohe zeitliche Aufwand bei der Anwendung kritisiert, bei einer aktuell durchschnittlichen Bearbeitungszeit von 13 min. Mit der ersten Erprobung sollte herausgefunden werden, ob das Instrument mit seinen Inhalten eine sinnvolle Dokumentationsform für die Praxis darstellt und wie es ggf. verbessert und gekürzt werden kann. Betrachtet man die Häufigkeiten und die prozentualen Verteilungen der Antworten der einzelnen Merkmale, können Rückschlüsse auf deren Bedeutung für die Dokumentation gezogen werden.

Bei 19 von insgesamt 27 Items auf Ordinalskalenniveau fand sich eine ausgewogene Verteilung, bei denen die maximale Häufung einen Wert geringer als 40 % einnahm oder die Bandbreit der Werte voll ausgeschöpft wurde. Die-



**Abb. 7** ▲ Einschätzungen der Therapeuten zur Anwendung des Bogens in verschiedenen Settings

se breite Verteilung lässt sich als hohe Antwortvariabilität deuten, die wiederum auf die Sinnhaftigkeit der jeweiligen Merkmale hinsichtlich der Dokumentation schließen lässt. Die Merkmale der anderen Antwortformate wie die Mehrfachantworten und das Koordinatensystem zeigten in den Ergebnissen ebenso eine breite Verteilung, die positiv für die Dokumentation interpretiert werden kann. Unter den Freitextfeldern konnten deutliche Unterschiede bezüglich deren Anwendung ausgemacht werden. Sie geben dem Therapeuten einen gewissen Spielraum zur individuellen Dokumentation und lassen Raum für eigene Kommentare. Der Bogen soll jedoch die freie Dokumentation nicht ersetzen, sondern anhand präziser Items zum Ankreuzen eine kurze und prägnante Dokumentation mit geringem Zeit- und Schreibaufwand ermöglichen. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen wider. So wurde lediglich die Hälfte der Freitextfelder zu über 40 % genutzt: im allgemeinen Teil der Sitzungsdokumentation jene zum Thema „inhaltlicher Fokus“, „angewandte Gruppenmethoden“ und „Besonderheiten der Sitzung“ und im spezifischen Teil zu den Gruppenstrukturen und -prozessen die Freitextfelder zum Thema „Subgruppen“ und „Hierarchiebildung“. Auf die restlichen Freitextfelder könnte man demnach verzichten, auch um dem Zeitmangel im therapeutischen Arbeitsalltag gerecht zu werden.

Acht Items auf Ordinalskalenniveau zeigten eine schiefe Verteilung, wovon sich 5 in den Themenblöcken „interper-

sonelles Feedback“ und „Selbstöffnung“ befanden. Das interpersonelle Feedback, das einen wesentlichen Wirkfaktor in Gruppentherapien ausmacht (Strauß und Mattke 2012; Yalom 2007), wird in dem Bogen in vereinfachter Form erfragt. Ein eher hohes oder sehr hohes Feedback zwischen den Teilnehmern sowie zwischen Gruppenleitung und Teilnehmern ist eher wahrscheinlich als eines, das von den Teilnehmern an die Gruppenleitung gegeben wird. Lediglich das Maß an Feedback, das der Gruppenleiter an seine Teilnehmer gab, zeigte eine höhere Variabilität. Auch dass die Wirksamkeit des Feedbacks fast ausschließlich als eher hoch eingestuft wurde, lässt den Nutzen des Items hinterfragen. Trotz der Ergebnisse sollte der Aspekt des „interpersonellen Feedbacks“ nicht vernachlässigt werden. Es liegt eine deutliche empirische Evidenz für die Relevanz des Feedbacks als „emergenter Gruppenprozess“ vor (Strauß und Mattke 2012). Die in dem Bogen sehr vereinfachten Fragen könnten durch ein spezifischeres Nachfragen hinsichtlich der Qualität des Feedbacks ersetzt und lediglich die Frage nach dem Feedback zwischen Gruppenleitung und Teilnehmer hinsichtlich der Eigenreflexion belassen werden.

Bei den aufgeführten Ergebnissen zum Thema Selbstöffnung ergeben sich ähnlich schiefen Verteilungen (Abb. 3a-d). Vergleicht man das Item zur „vertikalen Selbstöffnung“ mit den restlichen 3 Items des Themenblocks, scheint erstere eine deutlich höhere Variabilität aufzuweisen. Das Selbstöffnen

bezogen auf Ereignisse außerhalb der Gruppe scheint auf das Gruppengeschehen in differenzierterer Weise Einfluss zu nehmen, als es bei dem „Hier-und-Jetzt-Selbstöffnen“ bzw. dem „horizontalen Selbstöffnen“, „der Tendenz, sich selbst zu öffnen“ und der „Funktionalität der Selbstöffnung“ zu beobachten ist. Hier fand sich eine sehr einseitige Verteilung der Antworten, die bezogen auf den Gruppenprozess als geringe Variabilität interpretiert werden kann. Doch trotz der Homogenität, die sich bei diesen Merkmalen darstellt, sollten diese auf inhaltlicher Ebene nicht außer Acht gelassen werden. Der Prozess der Selbstöffnung wurde nicht nur in der Evaluation mehrfach unter „besonders wichtige Punkte“ genannt, sondern wird auch in der Literatur als wesentliche Variable bezeichnet, die beträchtlichen Einfluss auf den Ausgang einer Therapie nimmt (Hilgers 2010) sowie Voraussetzung für andere Prozesse wie interpersonelles Feedback darstellen kann (Tschuschnig 2003). Ebenfalls wird erwähnt, dass es die Aufgabe des Gruppenleiters sei, den Prozess der Selbstöffnung in Inhalt und Timing zu lenken, um den Behandlungseffekt positiv beeinflussen zu können (Dies 2001; Strauß und Mattke 2012). Umso wichtiger scheint es deshalb, diesen Prozess zu dokumentieren und zu evaluieren, weshalb bei dem Merkmal trotz einseitiger Verteilung von einer relevanten Aussagekraft gesprochen werden kann.

Die Auswertung der Merkmale „Konfliktmanagement“ und „Leitungsstil“ (Abb. 4 und 5) gestaltete sich insofern

eher problematisch, weil das Modell eine Skalierung ohne exakte Definition beinhaltet. Der Anwender konnte an einem beliebigen Punkt der in 4 Bereiche unterteilten Fläche des Koordinatensystems seine Einschätzungen vornehmen. Das Item könnte optimiert werden, indem die möglichen Bereiche genau definiert werden. Dies würde zu präzisieren Ergebnissen führen und die Auswertung für Studienzwecke vereinfachen. Bei beiden Items lässt sich durch die Einordnung der Merkmale eine Beurteilung des „Konfliktstils“ bzw. des „Leistungsstils“ treffen (Abb. 4 und 5). So kann bei dem Merkmal „Konfliktmanagement“ durch Angaben zum „Aggressionspotenzial“ und zur „Konfliktthematisierung“ direkt Rückschluss auf den Konfliktstil gezogen werden. Das gleiche Prinzip findet sich bei dem Merkmal „Leistungsstil“, der sich mithilfe der beiden Achsen „direktiv“ und „supportiv“ in 4 verschiedene Felder einteilen lässt. Bei beiden Punkten ist anhand der Ergebnisse ersichtlich, dass alle 4 Bereiche ausgeschöpft wurden und die Antworten eine breite Varianz aufweisen. Auf inhaltlicher Ebene scheinen sowohl das Thema „Konfliktmanagement“ als auch der „Leistungsstil“ für die Dokumentation von Nutzen zu sein. Welche Bedeutung beiden Themenpunkten zukommt, spiegelt sich sowohl in der Literatur als auch in den Ergebnissen der Evaluation wider. „Ein aktives Konfliktmanagement des Gruppenleiters“ kann u. a. zu einer erfolgreichen Gruppenbehandlung führen (Hilgers 2010). Ebenso können der Gruppenleiter selbst sowie der gewählte Leistungsstil maßgeblichen Einfluss auf die Therapieergebnisse nehmen (Strauß 2012; Wampold und Brown 2005). Im Evaluationsbogen wurden beide Themen unter den „besonders wichtigen Punkten“ mehrfach erwähnt.

Die Ergebnisse der Evaluationsbogen zeigen außerdem, dass das OBG-System in Verbindung mit dem Manual besonders in der Ausbildung von größerem Nutzen sein könnte. So befanden über 80 % den Bogen für Ausbildungszwecke als sinnvoll bzw. sehr sinnvoll. Inwieweit eine verkürzte und überarbeitete Form des Bogens in der täglichen Dokumentation Anwendung finden wird, lässt sich schwer vorhersagen. Immerhin 50 % der

Antwortenden bewerteten die Praktikabilität und die Praxistauglichkeit des Bogens auf der Fünfpunkteskala mit mehr als 4 Wertepunkten.

## Limitationen

Da es den Therapeuten freistand, wie oft sie das Instrument in einer Gruppe anwenden, wurden einige Gruppen im Verlauf dokumentiert; dagegen setzten andere den Bogen nur ein- oder 2-mal ein. Somit nehmen einige Gruppen einen größeren Anteil der gesammelten Bogen ein, wodurch Verzerrungen in den Ergebnissen nicht auszuschließen sind. Zu nennen sind außerdem die Heterogenität der therapeutischen Konzeptionen sowie das unterschiedliche Setting in ambulanten als auch in stationären Gruppen, was die untersuchten Gruppenstrukturen und -prozesse beeinflusst. Eine differenzierte Untersuchung der Validität und der Reliabilität müsste in künftigen Studien erfolgen, z. B. könnte man mehrere spezifische Gruppen mit unterschiedlichen Merkmalen, wie therapeutische Konzeptionen oder unterschiedlicher Struktur, über einen einheitlich festgelegten Zeitraum dokumentieren. Eine systematische Untersuchung der Beurteilerübereinstimmung sollte ebenfalls noch erfolgen. In der eigenen Einrichtung wurden Gruppensitzungen über einen längeren Zeitraum von 2 Studierenden im praktischen Jahr vorgenommen, die zu einer sehr hohen Übereinstimmung führte; dies wurde aber nicht systematisch analysiert.

## Fazit für die Praxis

**Der OBG mit seinem Begleitmanual scheint in seiner aktuellen Form für Ausbildungszwecke gut geeignet zu sein, in den Bereichen des ambulanten und des stationären Arbeitens aufgrund des relativ hohen Zeit- und Arbeitsaufwands hingegen weniger. Um die zum Ziel gesetzte Anwendungszeit von 10 min realisieren zu können und einer praxistauglichen Anwendung gerecht zu werden, wird derzeit eine gekürzte Version erarbeitet. Das unter Limitationen erwähnte Studiendesign stellt eine mögliche Option für eine zweite**

**Anwendungs- und Auswertungsrede dar.**

## Korrespondenzadresse

### Prof. Dr. B. Strauß

Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Jena  
Stoystr. 3, 07740 Jena, Deutschland  
bernhard.strauss@med.uni-jena.de

**Danksagung.** Wir danken den Kolleginnen und Kollegen der Rhein-Klinik Bad Honnef, der Klinik am Corso, Bad Oeynhausen, der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, des Instituts für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Jena, der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg sowie der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Harlaching (München).

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** N. Degott, T. Schubert und B. Strauß geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle im vorliegenden Manuskript beschriebenen Befragungen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethik-Kommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen Beteiligten liegt eine Einverständniserklärung vor.

## Literatur

- AGPA (2007) Practice guidelines for group psychotherapy. American Group Psychotherapy Association, New York
- Bundesregierung (2013) Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD, „Deutschlands Zukunft gestalten“
- Burlingame GM, Strauß B, MacKenzie KR (2004) Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In: Lambert MJ (Hrsg) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 5. Aufl. Wiley, New York, S647–696
- Burlingame GM, Stauss B, Joyce A (2013) Change mechanisms and effectiveness of small group treatment. In: Lambert MJ (Hrsg) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change, 6. Aufl. Wiley, New York, S640–689
- Burlingame GM, Seebek JD, Janis RA, Whitcomb KE, Barkowski S, Rosendahl J, Strauss B (2016) Outcome differences between individual and group formats when identical and nonidentical treatments, patients, and doses are compared: a 25-year meta-analytic perspective. Psychotherapy 53(4):446–461
- Burlingame MG, Strauß B, Johnson J (2008) Gibt es allgemeine Veränderungsmechanismen in Gruppenpsychotherapien? Eine Einführung in ein konzeptuelles Modell. Gruppenpsychotherapie 44(3):177–214

	Fachnachrichten	
<p>Dies RR (2001) Die Rolle des Therapeuten in der Gruppenpsychotherapie – Vorbereitung der Bedingungen für therapeutische Veränderung. In: Tschuschke V (Hrsg) Praxis der Gruppenpsychotherapie. Thieme, Stuttgart, S 88–93</p> <p>Hilgers M (2010) Gruppenprozess – Selbstöffnung und Schamangst in der Gruppe. In: Tschuschke V (Hrsg) Gruppenpsychotherapie: von der Indikation bis zu den Leitungstechniken. Thieme, Stuttgart, S 120</p> <p>Leszcz M, Kobos JC (2012) Wie wissenschaftliche Evidenz praktisch genutzt werden kann: Gruppenpsychotherapie und die „Leitlinien für die klinische Praxis“ der AGPA. In: Strauß B, Mattke D (Hrsg) Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis. Springer, Berlin, S 214–226</p> <p>Schubert T, Degott N, Strauß B (2016) Operationalisierte Basiskodokumentation von Gruppenpsychotherapien. Psychotherapeut 61(5):376–383. <a href="https://doi.org/10.1007/s00278-016-0122-3">https://doi.org/10.1007/s00278-016-0122-3</a></p> <p>Strauß B (2011) Gruppenpsychotherapie in der stationären psychotherapeutischen Behandlung: 20 Jahre Arbeitskreis „Stationäre Gruppenpsychotherapie“. Psychotherapeut 56(4):341–344</p> <p>Strauß B (2012) Formale Veränderungstheorien und Gruppenleitung. In: Strauß B, Mattke D (Hrsg) Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis. Springer, Berlin, S 183–190</p> <p>Strauß B, Mattke D (2012) Gruppentherapieprozesse: Eine klinische Forschungsperspektive. In: Strauß B, Mattke D (Hrsg) Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis. Springer, Berlin, S 37–57</p> <p>Strauß B, Burlingame GM, Joyce T, MacKenzie KR, MacNair-Semands R, Ogrodniczuk J, Taylor S (2006) Entwicklung eines Basismethodeninventars für die gruppenpsychotherapeutische Praxis und Forschung (CORE-R). Gruppenpsychother Gruppendify 42:207–229</p> <p>Strauß B, Burlingame GM, Bormann B (2008) Using the CORE battery-R in group psychotherapy. J Clin Psychol 64:1225–1237</p> <p>Strauß B, Schreiber-Willnow K, Kruse J, Schattenburg L, Seidler KP, Fischer T, Papenhausen R, Möller E, Dobersch J, Wünsch-Leiteritz W, Leiteritz A, Huber T, Kriebel R, Liebler A, Mattke D, Weber R, Bormann B (2012) Ausbildungshintergrund, Alltagspraxis und Weiterbildungsbedarf von Gruppenpsychotherapeuten in der stationären Psychotherapie – Ergebnisse einer Umfrage. Z Psychosom Med Psychother 58:394–408</p> <p>Tschuschke V (2003) Kurzgruppenpsychotherapie: Theorie und Praxis. Springer, Wien</p> <p>Wampold BE, Brown GS (2005) Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. J Consult Clin Psychol 73(5):914–923. <a href="https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914">https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.914</a></p> <p>Yalom ID (2007) Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch, 9. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart</p>	<p><b>Menopause ist nicht schuld an Depressionen</b></p> <p>Obwohl einige US-Studien in den letzten Jahren die Menopause für die Entstehung von Depressionen verantwortlich machen, war der Zusammenhang nie ganz geklärt. Nun zeigt eine Studie: Die Menopause hat keinen direkten Einfluss auf die psychische Gesundheit von Frauen.</p> <p>Oft wird die Menopause in Zusammenhang mit psychischen Problemen gebracht, allen voran mit Depressionen. Wulf Rössler und Jules Angst von der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) und Michael P. Hengartner von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) sind dieser Thematik nachgegangen und haben Daten aus einer Langzeitstudie untersucht. Dazu wurden 168 Frauen vom 20. bis zum 50. Lebensjahr im Zeitraum von 1979–2008 wiederholt zu psychischen Problemen befragt. Hengartner zieht folgendes Fazit: „Wir fanden bei Frauen in den Wechseljahren im Vergleich zur Zeit vor der Menopause kein erhöhtes Risiko für Depressionen oder andere psychische Störungen.“</p> <p>Psychische Probleme wie Angststörungen oder Depressionen traten in der Zeit während oder nach der Menopause nicht häufiger auf als in der Zeit vor der Menopause. Hingegen entdeckten die Forschenden, dass im Alter zwischen 41 und 50 Jahren gewisse Persönlichkeitseigenschaften sowie familiär, beruflich oder finanziell verursachter Stress psychische Störungen bewirken können. Diese treten jedoch unabhängig von der Menopause auf.</p> <p>Die Forschenden vermuteten, dass die Zusammenhänge von Menopause und Depressionen in den US-Studien aufgrund methodischer Mängel hergestellt wurden. Bei Anwendung der gleichen Methoden, stellten die Forscher auch in ihrer Studie einen vermeintlichen Zusammenhang zwischen Menopause und Depressionen fest.</p> <p>Literatur: W. Rössler et al. (2016) Does menopausal transition really influence mental health? Findings from the prospective long-term Zurich study. World Psychiatry 15 (2):146–154</p>	<p><b>Psychologen identifizieren Risikofaktoren Posttraumatischer Belastungsstörungen</b></p> <p>Die Konfrontation mit Extremsituationen kann Posttraumatische Belastungsstörungen oder Depressionen auslösen. Eine aktuelle Studie in „Psychological Medicine“ zeigt, dass bestimmte Denkmuster das Risiko erhöhen und damit mögliche Ansatzpunkte für gezielte Trainingsprogramme liefern. Das Team um die Psychologin Anke Ehlers begleitete 386 Notfallsanitäten während ihrer Ausbildung und untersuchte, wie diese mit belastenden Ereignissen umgingen.</p> <p>Die tägliche Erfahrung mit schweren Unfällen, Suizidversuchen oder lebensbedrohlichen Krankheiten steigern das Risiko, eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln. Aber nicht jeder Betroffene erkrankt in deren Folge. Es stellt sich daher die Frage, ob es Risikofaktoren gibt, die Hinweise geben, ob Notfallsanitäter im Berufsalltag beeinträchtigende psychische Reaktionen wie Depressionen oder Posttraumatische Belastungsstörungen entwickeln. Das Forscherteam identifizierte in der Studie eine Reihe von Faktoren. Unter anderem war für die Vorhersage der Grad an Selbstvertrauen in die eigene Fähigkeit, mit Belastungen fertig zu werden, besonders bedeutsam. Also weniger die belastenden Ereignisse an sich, sondern mehr der individuelle Umgang mit diesen Erfahrungen. Im nächsten Schritt wird nun untersucht, ob gefährdete Personen diesbezüglich schon während der Ausbildung unterstützt werden können.</p> <p>Literatur: Wild J, Smith K, Thompson E et al. (2016) A prospective study of pre-trauma risk factors for post-traumatic stress disorder and depression. Psychological Medicine, dx.doi.org/10.1017/S0033291716001367</p>

**Quelle:** Deutsche Gesellschaft für Psychologie e.V., [www.dgps.de](http://www.dgps.de)

## 4. Diskussion

### 4.1 Inhaltliche Diskussion

Mit der ersten Anwendungsphase zur Erprobung der OBG konnte vornehmlich überprüft werden, inwieweit sich der Bogen als Dokumentationsinstrument für die Gruppenpsychotherapie eignet. Die Frage nach der Praxistauglichkeit der OBG kann am ehesten aus den Daten der Evaluationsbogen beantwortet werden. Die an der Erprobung teilgenommenen Therapeuten sollten anhand einer Ordinalskala die Praktikabilität bzw. die Praxistauglichkeit des Instruments (1 = gar nicht praktikabel bis 5 = sehr praktikabel) beurteilen. Bei einem Mittelwert von 3,2 gaben 50% der Teilnehmer 4 oder mehr als Wertungsziffer an (siehe Abb. 6, Publikation). Für die Hälfte der Therapeuten könnte demnach ein praktisches Arbeiten mit dem Instrument in Frage kommen. Dies spiegelt sich auch in den 52,2% der Befragten, die angaben, sich eine zukünftige Anwendung der OBG vorstellen zu können. Betrachtet man diese Ergebnisse in Zusammenhang mit dem eher hohen Zeitaufwand von durchschnittlich 17,6 Minuten zur Bearbeitung des Bogens, weist dieser noch deutliches Potential zur Verbesserung auf. Als optimale Arbeitszeit wurden beim Entwurf etwa 10 Minuten angedacht. Der zeitliche Aufwand wurde in der Evaluation von Seiten der teilnehmenden Therapeuten mehrfach bemängelt. Die Dokumentation als solche wird von den meisten Therapeuten als bürokratische Belastung angesehen (Staats und Spitzer 2014). Ihr sollte jedoch nicht nur aufgrund der gesetzlichen Dokumentationspflicht Aufmerksamkeit gewidmet werden. Sie sollte als „Teil des Nachdenkens über Gruppen“ betrachtet werden (Staats und Spitzer 2014). Die Evaluation und Validierung von Gruppenprozessen und -dynamiken ist nur dann möglich, wenn diese auch festgehalten werden. Mithilfe eines standardisierten Bogens, wie es die OBG bildet, können Gruppentherapeuten vereinfacht auf Informationen zurückgreifen und diese für Dritte auf nachvollziehbare Weise zugänglich machen (Staats und Spitzer 2014). Da es sich bei der hier vorgestellten Version der OBG um einen Erstentwurf handelt, steht eine Optimierung bezüglich des zeitlichen Faktors außer Frage. Könnte bei einer verbesserten Version die Bearbeitungszeit auf 10 Minuten reduziert werden, dürfte der verbleibende Arbeitsaufwand als durchaus lohnenswert betrachtet werden. Der hohe zeitliche Aufwand könnte möglicherweise auch der initialen Nutzung des Manuals geschuldet sein. Bei erstmaliger

Anwendung des Instruments braucht es vermutlich zum besseren Verständnis das Manual als Hilfsmittel. Bei wiederholter Anwendung könnte sich dieses Phänomen jedoch erübrigen. Andererseits sollte auch die erste Anwendung der OBG für geübte Gruppentherapeuten keinen zu hohen Arbeitsaufwand darstellen.

Weiterhin erfolgte die Einschätzung darüber, wie sinnvoll der Bogen für die Bereiche der Ausbildung, des stationären und des ambulanten Arbeitens erachtet wird. Im Ausbildungsbereich verhielt sich die Verteilung auf der Ordinalskala (1 = gar nicht sinnvoll bis 5= sehr sinnvoll) mit jeweils 40,9% zu gleichen Anteilen auf den Werten 4 und 5 (siehe Abb. 7, Publikation). Über 80% der Befragten erachten demnach die OBG zu Ausbildungszwecken als sinnvoll. Vergleicht man den Mittelwert von 4,1 im Ausbildungssektor mit den Mittelwerten von 2,9 im ambulanten und 2,7 im stationären Sektor, lässt sich eine deutliche Tendenz für den erstgenannten Bereich ausmachen. In Verbindung mit dem 14-seitigen Manual, welches die inhaltlichen Aspekte und Hintergründe des Instruments genauer beleuchtet, könnte dem potentiellen Auszubildenden die Weiterbildung im Bereich der Gruppenpsychotherapie erleichtert werden. Während der Erprobung verwendete mit 78,3% eine deutliche Mehrheit der Therapeuten das Begleitmanual. Unverständlichkeiten im Manual wurden in der Evaluation nicht bemängelt. Mithilfe des Manuals scheint der Bogen somit in seinen Inhalten ausreichend verständlich.

Die erste Anwendung der OBG fand in unterschiedlichen Settings statt. Es wurden sowohl ambulant als auch stationär geführte, tagesklinische Gruppen sowie Gruppen unterschiedlicher therapeutischer Konzeption dokumentiert. Ziel der OGB ist es, als ein Therapieform- und Setting übergreifendes Instrument zu fungieren. Die Auswertung der Daten der gesammelten Dokumentationsbogen erfolgte unabhängig von den unterschiedlichen Settings. Eine Differenzierung der Ergebnisse je nach therapeutischer Konzeption wurde ebenfalls außer Acht gelassen. Demnach ist eine präzise Einschätzung der Praxistauglichkeit der OBG in den verschiedenen Anwendungsgebieten nur bedingt möglich. Es existieren bereits eine Vielzahl von Studien, die sich mit der Effektivität von Gruppentherapien in unterschiedlichen Settings auseinandersetzen und diese bestätigen. So konnte in der GRAS-Studie die erfolgreiche Behandlung von ambulanten Gruppen nachgewiesen werden (Strauß und Burlingame 2012). Die größere PAGE-Studie untersuchte im Verlauf ambulante tiefenpsychologisch fundierte sowie psychodramatische Gruppen und

konnte ebenfalls die Wirksamkeit von Therapieeffekten nachweisen (Strauß und Burlingame 2012). Auch im stationären Setting wurden von Burlingame et al. (2003) sowie Kösters und Strauß (2006) Metaanalysen durchgeführt, die sich mit den Effektstärken der Gruppentherapien auseinandersetzen, wobei letztere Studie die Wirksamkeit von stationären Gruppentherapien belegen konnte (Mattke et al. 2012). Möchte man jedoch die Effektivität in Abhängigkeit verschiedener Behandlungsmodelle überprüfen, weist die Studienlage Mängel auf (Strauß und Burlingame 2012). Eine Unterscheidung der Gruppentherapiemodelle (psychodynamische, behaviorale, psychoedukative Gruppen, etc.) ist im Stammdatenblatt des Erstentwurfes nicht vorgesehen. Um dem Mangel der Studienlage nachzukommen, könnte in der Folgeversion diese Unterscheidung in Form eines zusätzlichen Items noch vorgenommen werden, so dass in zukünftigen Untersuchungen die Erfassung der Daten nach Behandlungsmodell kategorisiert werden kann. Ein weiterer Sektor, in dem bislang nur wenige Studien vorliegen, bildet die tagesklinische Gruppentherapie (Strauß und Burlingame 2012). Auch hier könnte die OBG von Nutzen sein und durch systematische Dokumentation von Gruppenprozessen und -dynamiken einen Beitrag zur Wirksamkeitsforschung leisten. Bei der Auswertung der Evaluationsbogen erfolgte keine Zuordnung zum Setting, zur Behandlungs- oder Therapieform. Somit kann keine Aussage in Abhängigkeit genannter Variablen getroffen werden. Die Ergebnisse der Evaluation lassen sich nur allgemein auf die heterogene Stichprobe beziehen, ohne direkte Zusammenhänge zwischen bestimmten Faktoren wie Setting (ambulant/ stationär) oder Konzeptionsmodell (tiefenpsychologisch/ psychoanalytisch etc.) und den Ergebnissen (z.B. zur Praxistauglichkeit) stellen zu können. Um die zur zielgesetzten Therapieform- und Setting übergreifende Konzeption präzise nachzuweisen, könnte eine erneute Erprobung in verbessertem Studiendesign dienen. Hierbei wäre ein Dokumentationsverlauf über einen festgelegten Zeitraum sowohl in ähnlichen als auch heterogenen Settings und Behandlungsmodellen denkbar, um die Tauglichkeit in den jeweiligen Bereichen zu überprüfen.

Neben der Frage nach der Praxistauglichkeit, der Verständlichkeit und der Anwendung in verschiedenen Bereichen wurden die einzelnen Items des Bogens genauer beleuchtet, um deren Eignung in Funktion und Sinn nachweisen zu können. Dabei erfolgte die Auswertung auf drei Ebenen: Wie häufig wurden die einzelnen Items bzw. Itemformate genutzt? Wie

sieht die Häufigkeitsverteilung auf den einzelnen Variablen bzw. Ordnungsziffern der jeweiligen Items aus? Welche Rückschlüsse lassen sich damit aus Form und Inhalt ziehen?

In der Gesamtbetrachtung kann festgehalten werden, dass alle 47 Items mindestens einmal – jedoch zu unterschiedlichen Anteilen – genutzt wurden. Das Format der Freitextfelder, welches den Therapeuten zu bestimmten Themen die Möglichkeit zur freien Dokumentation bietet, wurde hierbei im Vergleich zu anderen Itemgruppen am häufigsten ausgelassen. Lediglich die Hälfte der Freitextfelder wurde mit über 40% genutzt. Davon finden sich drei im allgemeinen Teil der Dokumentation wieder und befassen sich mit dem „inhaltlichen Fokus der Sitzung“, den „Gruppenmethoden“ und „Besonderheiten zur Sitzung“. Bei den beiden erstgenannten überwiegt mit jeweils über 50% die Anwendung gegenüber der Nichtanwendung. Von den restlichen Freitextfelder im Teil B, die an bestimmte Items zu Gruppenprozessen wie Normen oder Subgruppen geknüpft sind, wurden nur jene zu „Subgruppen“ und zu „Hierarchiebildung“ mit über 40% in Gebrauch genommen. Demnach stellt sich die Frage, inwieweit das Format des Freitextfeldes überhaupt in das OBG-System eingebettet werden sollte. Schließlich ist es Ziel eine möglichst prägnante Dokumentation zu ermöglichen, ohne den Fokus auf ausführliche Deutungen zu legen. Bei einer Folgeversion könnten die Freitextfelder, die zu unter 40% ausgefüllt wurden, herausgekürzt werden, da deren Anwendung möglicherweise aus Zeitmangel zu gering ausfällt.

Als weiteres Format fand sich in den drei Items „Wiederkehrende Grundthemen“, „Phase der Gruppenentwicklung“ und „Therapeutische Faktoren“ die Möglichkeit zur Mehrfachantwort. Die Häufigkeitsverteilung aller Einzelfaktoren fiel relativ ausgeglichen aus, was als positiver Nutzen der Itemform gedeutet werden kann. Alle drei Themenpunkte spielen für die Dokumentation der Therapiesitzung eine nicht unerhebliche Rolle. In dem sich der Therapeut vor Augen führt, welche wiederkehrende Grundthemen die Gruppensitzungen dominieren, kann er Lösungsansätze für damit verbundene Probleme finden, die Thematiken aufgreifen und ggf. intervenieren (Streeck 2010). Die Phasen der Gruppenentwicklung werden auch von den Praxisleitlinien der AGPA aufgegriffen. Es gilt die Annahme, dass die Gruppenentwicklung als ein epigenetischer Prozess verstanden werden kann, wobei die Entwicklungsstufen aufeinander aufbauen (Leszcz und Kobos 2012). Demnach ist es für den Therapeuten nicht unerheblich sich die jeweilige Entwicklungsphase seiner Gruppe vor Augen zu führen. Die sogenannten therapeutischen Faktoren beschreiben

bestimmte Wirkfaktoren, die Veränderungsmechanismen in der Gruppenpsychotherapie in Gang setzen können (Strauß und Mattke 2012). Um die Gruppe effektiv leiten zu können, sollte der Gruppentherapeut diese Faktoren kennen und in der Lage sein sie zu erkennen (Leszcz und Kobos 2012).

Der mehrheitliche Teil der insgesamt 47 Items ist auf Ordinalskalenniveau aufgeführt (Skalierung 1 bis 6). Bei 141 Gesamtanwendungen wurde diese Itemform im Mittel 138,78-mal verwendet, dabei lagen die minimale Anwendung bei 134 und die maximale bei 141. Das Format der Items auf Ordinalskalenniveau wurde demnach gut angenommen und lediglich bei vereinzelten Anwendungen ausgelassen. Betrachtet man die Häufigkeitsverteilung der jeweiligen Antwortmöglichkeiten, wurde die Skalierung bei 21 von den 27 Ordinalskalenitems vollständig ausgenutzt. Rückschließend kann davon ausgegangen werden, dass das Format durchaus geeignet zu sein scheint. Wurde die Skalierung ganzheitlich ausgeschöpft und findet sich zudem eine ausgeglichene Verteilung der Antworthäufigkeiten, kann auch auf inhaltlicher Ebene auf den Nutzen des Items geschlossen werden. Diese Verteilung, bei der die prozentuale Häufigkeit auf einem Wert weder unter 1% noch über 40% lag, fand sich bei 18 Items. Bei fünf Ordinalskalenitems lag die Antworthäufung mit über 40% auf nur einer Rangzahl. Diese einseitige Verteilung findet sich bspw. bei den Items zum Themenkomplex „Interpersonelles Feedback“ (siehe Abb. 2a-d, Publikation) sowie „Selbstöffnung“ (siehe Abb. 3a-d, Publikation). Die Verteilungen beider Themenblöcke lassen die Frage nach dem inhaltlichen Nutzen der einzelnen Items aufkommen. Dabei kann diskutiert werden, ob diese Antworthäufung den Inhalten des Items oder den dokumentierten Gruppen geschuldet ist. Betrachtet man bspw. die Häufigkeiten des Themenblocks „Interpersonelles Feedback“, fallen bei drei der vier Items Häufungen in einem Wertebereich auf („Feedback Teilnehmer-Teilnehmer“, „Feedback Teilnehmer-Gruppenleitung“, „Wirksamkeit des Feedbacks im Allgemeinen“, vgl. Abb. 2a, c, d, Publikation). Wohingegen bei dem Item „Feedback Gruppenleitung-Teilnehmer“ die Antworthäufigkeiten ausgeglichener erscheinen (vgl. Abb. 2b, Publikation). In Anbetracht der Studienlage zur empirischen Evidenz bezogen auf den Prozess des Feedbacks, sollte dieser im Dokumentationsbogen dennoch nicht vernachlässigt werden. In metaanalytischen Studien konnte der empirische Beleg dafür festgestellt werden, dass ein Zusammenhang zwischen Feedback und Faktoren wie der Kohäsion besteht, die für den Erfolg der Gruppe

maßgeblich sind (Strauß und Mattke 2012). Damit Feedback einen wirksamen Effekt auf die Gruppentherapie ausüben kann, gilt es für den Therapeuten gewisse Prinzipien wie den Zeitpunkt, die Balance zwischen positivem und korrigierendem Feedback oder die Empfängerbereitschaft zu beachten und den Prozess zu lenken (Strauß und Mattke 2012). Das Feedback als Gruppenprozess sollte im Dokumentationsbogen auch weiterhin aufgeführt werden, jedoch ist die aktuelle Form nach Betrachtung der Antworthäufigkeiten zu hinterfragen. Der Schwerpunkt könnte vermehrt auf die Frage nach der Qualität als auf die Quantität des Feedbacks gelegt werden, um den Therapeuten eine bessere Reflexion des Prozesses zu ermöglichen.

Ähnlich verhält es sich bei den Items, welche die Thematik der „Selbstöffnung“ abhandeln. Bei den drei Items zur „horizontalen Selbstöffnung“, der „Tendenz zur Selbstöffnung unter den Gruppenmitgliedern“ und zur „Funktionalität der Selbstöffnung“ liegt die Antworthäufung mit jeweils über 40% auf einer Rangordnung. Lediglich bei der „vertikalen Selbstöffnung“ kann von einer breiten Verteilung der Häufigkeiten gesprochen werden (siehe Abb. 3a-d, Publikation). Demnach gilt es hier Struktur und Inhalt der Itemgruppe zu überdenken. Eine für den Therapieeffekt wirksame Selbstöffnung definiert sich eher durch Qualität als durch Quantität (Strauß und Mattke 2012). Somit sollte das Augenmerk in der Dokumentation eher auf die qualitativen Hintergründe der Selbstöffnung gelegt werden. Diese wird in den Items zur vertikalen und horizontalen Selbstöffnung und zu deren Funktionalität abgehandelt. Das Item zur „Tendenz der Selbstöffnung“ könnte in der Folgeversion herausgekürzt werden. Eine Überarbeitung des Themenblocks in einer Zweitversion, in welcher die wichtigen Gesichtspunkte für eine gelungene Selbstöffnung weiterhin aufgeführt werden, wäre sinnvoll.

Das vierte Format, das Koordinatensystem, was die Themen Konflikt- und Leistungsstil abhandelt, wurde mit je 140 und 136 Anwendungen bei 141 gesammelten Bogen gut angenommen. Die mögliche Fläche innerhalb der Koordinatensysteme wurde bis auf einige Randbereiche nahezu komplett ausgeschöpft (siehe Abb. 4 und 5, Publikation). Auf inhaltlicher Ebene können beide Items somit als sinnvoll erachtet werden. Beide Items bieten die Möglichkeit anhand zweier Variablen (Konfliktthematisierung-Aggressionspotential; supportiv-direktiv) Rückschluss auf den Konfliktstil bzw. den Leistungsstil zu ziehen. Die Angaben konnten hierbei nur näherungsweise ausgewertet

werden, da in den Koordinatensystemen keine konkreten Punkte definiert sind, die von den Therapeuten angekreuzt werden können. Für die präzisere Auswertung könnte das Format optimiert werden, indem die Flächen durch vorgegebene Punkte ersetzt werden.

#### 4.2. Methodische Diskussion

Anhand dieser ersten Anwendungsstudie zum OBG-System galt es herauszufinden, ob sich der Erstentwurf als Dokumentationsinstrument eignet. Die Rahmenbedingungen der Erprobung wurden relativ offengehalten. Die Anzahl der Anwendungen im Allgemeinen sowie in Bezug auf eine Gruppe war nicht vorbestimmt. Den Teilnehmern war es selbst überlassen, wie oft sie den Bogen in Gebrauch nahmen. Dabei wandten einige Therapeuten diesen nur einmal, andere mehrfach an. Somit wurden einige Gruppen im Verlauf von einem Therapeuten dokumentiert und könnten in der Gesamtauswertung vermehrt ins Gewicht gefallen sein. Verzerrungen bei den Ergebnissen können demnach nicht ausgeschlossen werden. Weiterhin kann bezüglich der Rahmenbedingungen erwähnt werden, dass als Voraussetzung bspw. kein bestimmtes Gruppenformat oder Gruppensetting gewählt wurde. Für eine präzisere Auswertung der Ergebnisse wäre eine zweite Studie mit bestimmten Rahmenbedingungen, wie festgelegte Anzahl der Anwendungen oder vorbestimmtes Gruppenformat und -setting denkbar.

Da es bei dieser ersten Erprobung mit 37 Stamminformationen (entspricht 37 untersuchten Gruppen) und 141 Sitzungsbogen um eine eher kleine Datenerhebung von heterogenen Gruppen handelt, wurde bei der Auswertung der Ergebnisse keine Verknüpfung der Stammdateninformationen mit den Ergebnissen der Sitzungsdokumentation vorgenommen. Folglich konnte nicht beleuchtet werden, ob es zu signifikanten Unterschieden der Ergebnisse in Abhängigkeit bestimmter therapeutischer Konzeptionen oder Variablen wie Gruppengröße und Gruppenformat kam. Es erfolgte ebenfalls keine Auswertung der Ergebnisse des Evaluationsbogens in Zusammenhang mit etwaigen gesammelten Sitzungsbogen. Die Auswertung der Sitzungsbogen wurde somit im Ganzen unabhängig von bestimmten Variablen vorgenommen. Für eine erneute Datenerhebung wäre die Beleuchtung der Ergebnisse in Abhängigkeit genannter Aspekte durchaus sinnvoll, um die Eignung des OBG-Systems unter verschiedenen Gesichtspunkten erproben zu können.

## 5. Schlussfolgerungen

Die Operationalisierte Basisdokumentation von Gruppenpsychotherapien erscheint nach der ersten Erprobung als Dokumentationsinstrument geeignet zu sein. Für den täglichen Gebrauch ist die OBG in ihrer aktuellen Form jedoch zu aufwendig. Optimierungen und Kürzungen auf formaler und inhaltlicher Ebene des Bogens sollten vorgenommen werden. Für den Weiterbildungssektor bildet die OBG in Zusammenhang mit dem dazugehörigen Manual ein geeignetes Instrument, um Neulingen im Bereich der Gruppentherapie zur Seite zu stehen. Die hier aufgezeigte Studie weist in ihrer Durchführung Potential zur Verbesserung auf. Die eher kleine Anzahl der an Erprobung teilgenommenen Therapeuten bei heterogener Zusammenstellung der Gruppen und unterschiedlicher Anwendungsfolge des Bogens lassen nur bedingt Aussagen zur Evaluation der OBG zu. Präzise Ergebnisse in Abhängigkeit bestimmter Variablen wie Setting oder Therapieform können demnach nicht getroffen werden. Zur Optimierung und Validierung der OBG sollten weitere Studien veranlasst werden. Dabei könnte anhand eines verbesserten Studiendesigns besonders die zum Ziel gesetzten Aspekte, mit der OBG ein Therapieform- und Setting übergreifendes Instrument zu entwickeln, überprüft werden. Trotz des Verbesserungspotential und der Mängel der ersten Erprobung, könnte die OBG im Bereich der Prozess- und Ergebnisforschung als zusätzliches Instrument durchaus eine Bereicherung darstellen. Durch vergleichende Studien in unterschiedlichen Settings oder unterschiedlicher Behandlungsformen könnten Gruppenprozesse genauer beleuchtet und etwaige Unterschiede ausgemacht werden. Die wichtigsten Gruppenprozesse zusammenfassend bildet die OBG ein vereinfachtes Dokumentationssystem zur Komplementierung bereits bestehender Instrumente im Bereich der empirischen Forschung von Gruppenpsychotherapien.

## 6. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Agazarian YM. 2001. Systemzentrierte Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V, Hrsg. Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart, New York: Thieme, 384-389.
- AGPA. 2007. Practice Guidelines for Group Psychotherapy. American Group Psychotherapy Association, New York.
- Bormann B, Strauß B. 2012. Therapeutische Beziehungen in Gruppen. In: Strauß B, Mattke D, Hrsg. Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis. Berlin [u.a.]: Springer, 69-84.
- Braaten LJ. 1989. Predicting positive goal attainment and symptom reduction from early group climate dimensions. *Int J Group Psychother*, 39 (3):377-387.
- Burlingame GM, Baldwin S. 2012. Eine kleine Geschichte der Gruppentherapie. In: Strauß Bernhard, Dankwart M, Hrsg. Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis. Berlin: Springer, 9-18.
- Burlingame GM, Strauß B, MacKenzie KR. 2004. Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In: Lambert MJ, Hrsg. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th Aufl. New York: Wiley, 647-696.
- Burlingame GM, Strauß B, Joyce A. 2013. Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In: Lambert MJ, Hrsg. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6th Aufl. New York: Wiley, 640-689.
- Burlingame GM, Fuhriman, A., Mosier, J. 2003. The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic review. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7:3-12.
- Burlingame GM, Strauß, B. & Joyce, A. 2013. Change mechanisms and effectiveness of small group treatment. In: Lambert MJ, Hrsg. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6th Aufl. New York: Wiley, 640-689.
- Dies RR. 2001. Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie. In: Tschuschke V, Hrsg. Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart [u.a.]: Thieme, 273-279.
- Dorsch F, Häcker HO, Staph K-H, Becker-Carus C. 2009. Dorsch psychologisches Wörterbuch [15000 Stichwörter, 800 Testnachweise]. 15., überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber.
- Eckert J, Biermann-Ratjen E-M. 1985. Stationäre Gruppenpsychotherapie: Prozesse, Effekte, Vergleiche. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer.
- Eichenberg C. 2008. Recherche zur Gruppenpsychotherapie: Identifizierungen, Feedback und Motivierung. *Dtsch Arztebl International*, 7 (1):-36-.
- Hersey P, Blanchard KH. 1969. Management of organizational behavior; utilizing human resources. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

- Janis IL. 1972. Victims of Groupthink: A Psychological Study of Foreign-Policy Decisions and Fiascoes. Boston: Houghton Mifflin.
- Johnson JE, Burlingame GM, Olsen JA, Davies DR, Gleave RL. 2005. Group climate, cohesion, alliance, and empathy in group psychotherapy: Multilevel structural equation models. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (3):310-321.
- Kaul T, Bednar R. 1994. Pretraining and structure: Parallel lines yet to meet. In: Fuhriman A, Burlingame GM, Hrsg. *Handbook of group psychotherapy*. New York: Wiley, 83-113.
- Kennedy JL, MacKenzie KR. 1986. Dominance hierarchies in psychotherapy groups. *Br J Psychiatry*, 148:625-631.
- König O. 2012. Gruppendynamische Grundlagen. In: Strauß B, Mattke D, Hrsg. *Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis*. Berlin [u.a.]: Springer, 21-36.
- Kösters M, Burlingame, G. M., Nachtigall, C., Strauß, B. 2006. A meta-analytic review of the effectiveness of inpatient group psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 10:146-163.
- Leszcz M, Malat J. 2001. Interpersonale Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V, Hrsg. *Praxis der Gruppenpsychotherapie*. Stuttgart [u.a.]: Thieme, 355-369.
- Leszcz M, Kobos JC. 2012. Wie wissenschaftliche Evidenz praktisch genutzt werden kann: Gruppenpsychotherapie und die "Leitlinien für die klinische Praxis" der AGPA. In: Strauß B, Mattke D, Hrsg. *Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis*. Berlin [u.a.]: Springer, 214-226.
- Leszcz M, Malat, J. 2010. Interpersonale Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V, Hrsg. *Gruppenpsychotherapie Von der Indikation bis zu Leitungstechniken*. Stuttgart: Thieme, 296-306.
- Lieberman MA, Yalom ID, Miles MB. 1973. Encounter groups: first facts. New York,: Basic Books.
- MacKenzie KR. 1996. Der Gruppenklima-Fragebogen (Group Climate Questionnaire, GCQ-S). In: Strauß B, Eckert J, Tschuschke V, Hrsg. *Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung*. Wiesbaden: Springer Medizin, 172-196.
- Mattke D, Zeeck A, Strauß B. 2012. Stationäre und teilstationäre Gruppenpsychotherapie. In: Strauß Bernhard MD, Hrsg. *Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis*. Stuttgart: Springer, 406-415.
- McCallum M, Piper WE, Ograniczuk JS, Joyce AS. 2002. Early process and dropping out from short-term group therapy for complicated grief. *Group Dynamics-Theory Research and Practice*, 6 (3):243-254.

- Moreno JL. 1993. Gruppenpsychotherapie und Psychodrama: Einleitung in die Theorie und Praxis. 4., unveränd. Aufl. Stuttgart u.a.: Thieme.
- Morran DK, Stockton R, Cline RJ, Teed C. 1998. Facilitating feedback exchange in groups: Leader interventions. *The Journal for Specialists in Group Work*, 23 (3):257-268.
- Schubert T, Degott N, Strauß B. 2016. Operationalisierte Basisdokumentation von Gruppenpsychotherapien. *Der Psychotherapeut*, 61 (5):376–383.
- Schubert T, Degott, N. & Strauß, B. . 2016. Operationalisierte Basisdokumentation von Gruppenpsychotherapien. *Der Psychotherapeut*, 61 (5):376–383.
- Staats H, Spitzer C. 2014. Dokumentation und Evaluation. In: Staats H, Dolly A, Bolm T, Hrsg. Gruppenpsychotherapie und Gruppenanalyse: ein Lehr- und Lernbuch für Klinik und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 283-293.
- Strauß B. 1996. Ergebnisforschung in der Gruppenpsychotherapie. In: Strauß B, Eckert J, Tschuschke V, Hrsg. Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung: ein Handbuch. Opladen: Westdt. Verl., 30-51.
- Strauß B. 2010. Behandlungseffekte: stationäre Behandlung. In: Tschuschke V, Hrsg. Gruppenpsychotherapie Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart: Thieme, 132-137.
- Strauß B. 2012. Formale Veränderungstheorien und Gruppenleitung. In: Strauß B, Mattke D, Hrsg. Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis. Berlin [u.a.]: Springer, 183-190.
- Strauß B, Burgmeier-Lohse M. 1994. Stationäre Langzeitgruppenpsychotherapie. Heidelberg: Asanger.
- Strauß B, Mattke D. 2012. Gruppentherapieprozesse: Eine klinische Forschungsperspektive. In: Strauß B, Mattke D, Hrsg. Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis. Berlin [u.a.]: Springer, 37-57.
- Strauß B, Burlingame GM. 2012. Gruppenpsychotherapieforschung und Wirksamkeitsnachweise von Gruppenbehandlungen. In: Strauß B, Mattke D, Hrsg. Gruppenpsychotherapie: Lehrbuch für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 193-211.
- Strauß B, Eckert J, Tschuschke V. 1996. Einführung: Die Gruppe - ein Stiefkind der Psychotherapieforschung? In: Strauß B, Hrsg. Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung: ein Handbuch. Opladen: Westdt. Verl.
- Strauß B, Barkowski S, Schwartze D, Rosendahl J. 2016. Aktueller Stand der Gruppenpsychotherapieforschung. *Psychotherapeut*, 61 (5):364-375.

- Streeck U. 2010. Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie. In: Tschuschke V, Hrsg. Gruppenpsychotherapie von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart [u.a.]: Thieme, 273-279.
- Tschuschke V. 2003. Kurzgruppenpsychotherapie: Theorie und Praxis. Wien: Springer.
- Tschuschke V. 2010a. Gruppenrollen und Gruppenentwicklung. In: Tschuschke V, Hrsg. Gruppenpsychotherapie Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart: Thieme, S. 18 - 22.
- Tschuschke V. 2010b. Rolle und Bedeutung der Gruppenleitung. In: Tschuschke V, Hrsg. Gruppenpsychotherapie Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart: Thieme, 66-70.
- Tschuschke V. 2010c. Gruppenzusammensetzung: homogen - heterogen, störungsspezifisch - störungsunspezifisch. In: Tschuschke V, Hrsg. Gruppenpsychotherapie von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart [u.a.]: Thieme, 150-151.
- Tschuschke V. 2010d. Gruppen- versus Einzeltherapie - Setting und Wirkfaktoren. In: Tschuschke V, Hrsg. Gruppenpsychotherapie Von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart: Thieme, 13-17.
- Vinogradov S, Yalom ID. 1990. Self-Disclosure in Group Psychotherapy. In: Stricker G, Fisher M, Hrsg. Self-Disclosure in the Therapeutic Relationship. New York: Plenum, 191-204.
- Von Ameln F, Kramer J. 2005. Psychodrama. Heidelberg: Springer.
- Yalom ID. 2007. Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch. 9., völlig überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

## **7. Anhang**

### **7.1 Operationalisierte Basisdokumentation für Gruppenpsychotherapien**

7.1.1	OBG: Deckblatt	S. 50
7.1.2	OBG: Stammdatenbogen	S. 51
7.1.3	OBG: Sitzungsbogen	S. 52
7.2	Begleitmanual	S. 56
7.3	Evaluationsbogen	S. 72
7.4	Lebenslauf	S. 73
7.5	Ehrenwörtliche Erklärung	S. 74

# O B G

Operationalisierte  
Basisdokumentation  
für Gruppenpsychotherapien

- Entwurf 1.1 -  
01.06.2016

Tillman Schubert, Nora Degott

## I) Stamminformationen

(nur einmalig sowie bei Änderungen auszufüllen)

Gruppengröße: \_\_\_\_\_ Teilnehmer (TN)

Gruppenfrequenz: \_\_\_\_\_ Sitzungen/Woche

Sitzungsdauer: \_\_\_\_\_ Min.

Behandlungsdauer pro TN: \_\_\_\_\_ Sitzungen /  individuell: im Durchschnitt \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Sitzungen

Gruppenformat:  geschlossen  
 halboffen/slow-open  
 offen

Patientenklientel:  störungsspezifisch  
 störungsunspezifisch  
 \_\_\_\_\_

Maßnahmen zur Patientenauswahl: \_\_\_\_\_

Maßnahmen zur Patientenvorbereitung: \_\_\_\_\_

Gruppenleitung:  feste Gruppenleitung  
 variable Gruppenleitung: \_\_\_\_\_

Therapeutische Konzeption:  psychoanalytisch orientiert  
 tiefenpsychologisch fundiert  
 verhaltenstherapeutisch orientiert  
 systemisch-therapeutisch orientiert  
 gesprächspsychotherapeutisch orientiert  
 \_\_\_\_\_

Anmerkungen:

## II) Sitzungsdokumentation

(für jede Gruppensitzung auszufüllen)

Datum: \_\_\_\_\_ Gruppe: \_\_\_\_\_

### A) Allgemeiner Teil

Anzahl der Teilnehmer: \_\_\_\_\_ TN

Sitzungsleitung: \_\_\_\_\_

KotherapeutIn: \_\_\_\_\_

Inhaltlicher Fokus der Sitzung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wiederkehrende Grundthemen:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kontaktaufnahme       | <input type="checkbox"/> Intimität, Nähe und Distanz      | <input type="checkbox"/> Dominanz und Macht       |
| <input type="checkbox"/> Umgang mit Aggression | <input type="checkbox"/> Vertrauen                        | <input type="checkbox"/> Konkurrenz und Rivalität |
| <input type="checkbox"/> Toleranzgrenzen       | <input type="checkbox"/> Wahrnehmen von Individualität    | <input type="checkbox"/> Konformität              |
| <input type="checkbox"/> Umgang mit Kränkungen | <input type="checkbox"/> Umgang mit Trennung und Abschied | <input type="checkbox"/> _____                    |

Angewandte Gruppenmethoden: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besprochene oder aufgegebene „Hausaufgaben“: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Besonderheiten / freie Anmerkungen zur Sitzung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### B) Gruppenstrukturen und -prozesse

Vorgegebene Struktur

#### Aktuelle Gruppenzusammensetzung:

- störungsspezifisch
- störungunspezifisch

Symptomatik	homogen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	heterogen
Psychisches Funktionsniveau	homogen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	heterogen
Ø des psych. Funktionsniveaus	niedrig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	hoch

Emergente Struktur

#### Gruppenentwicklung

Die aktuelle Gruppenentwicklung entspricht am ehesten einer Phase des...

- Formings (Zusammenkommen und Finden)
- Stormings (Differenz und Konflikt)
- Normings (Übereinkommen und Intimität)
- Performings (Arbeitsfähigkeit und Leistung)
- Adjournings (Trennung oder Auflösung)

### **Subgruppen:**

Wie sehr war die Ausbildung oder Differenzierung von Subgruppen während der Sitzung zu beobachten?

*schwach*      *stark*

Wirkt die aktuelle Subgruppendifferenzierung eher förderlich für den therapeutischen Prozess oder wirkt sie dysfunktional?

*funktional*      *dysfunktional*

Haben sich besondere bzw. besonders auffällige Subgruppen gebildet?

---

---

### **Normen:**

Welche Auswirkungen hatten die innerhalb der Gruppe bestehenden sozialen Normen auf den therapeutischen Prozess?

*hemmend*      *produktiv*

---

Wie deutlich war ein normativer Druck, z.B. im Sinne von Konsensnormen o. Gruppendenken zu erkennen?

*schwach*      *stark*

Gab es im Hinblick auf die Herausbildung von Normen und deren Umsetzung Besonderheiten?

---

---

Grundlegende sozialpsychologische Prozesse

### **Hierarchiebildung und Rollenverteilung:**

Wie ausgeprägt war eine hierarchische Struktur in der Gruppe erkennbar? *schwach*      *stark*

Wie stabil bzw. instabil wirkt die aktuelle Gruppenhierarchie? *stabil*      *instabil*

Welche Tendenzen, bestehende Hierarchiestrukturen zu verändern, waren zu beobachten?  
(z.B. durch Änderung der Gruppenzusammensetzung, Machtkämpfe oder sonstigen Veränderungen des Gruppensettings)

---

---

Reziproke Rollen - wie frei war eine Fluktuation von Rollenmustern innerhalb der Gruppe möglich?

*kaum*      *uneingeschränkt*      Besonderheiten in der Rollenverteilung: \_\_\_\_\_

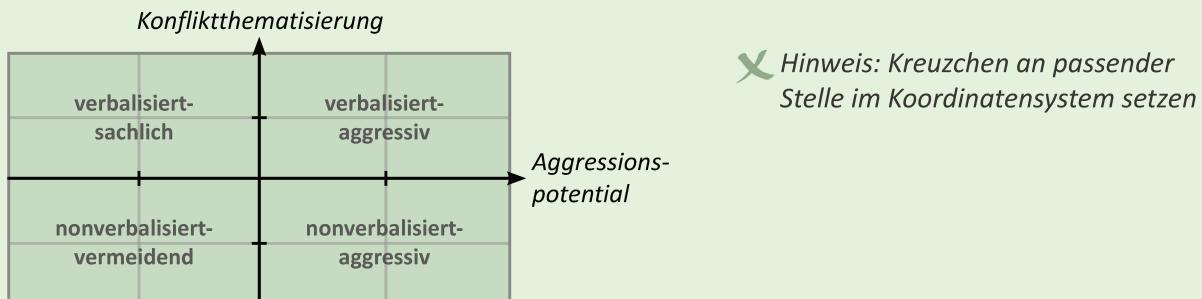
---

---

## Konfliktmanagement:

Wie präsent waren interpersonale Konflikte während der Sitzung? schwach      stark

Der aktuell vorherrschende Konfliktstil innerhalb der Gruppe lässt sich am ehesten beschreiben als:



Besonderheiten im Konfliktgefüge/Konfliktmanagement: \_\_\_\_\_

Emergente Gruppenprozesse

## Interpersonales Feedback:

Wie viel interpersonelles Feedback gaben sich die Gruppenmitglieder während der Sitzung?

Feedback Teilnehmer-Teilnehmer      wenig     viel

Feedback Gruppenleitung-Teilnehmer      wenig     viel

Feedback Teilnehmer-Gruppenleitung      wenig     viel

Wie wirksam und effektiv erschien das Feedback im Allgemeinen für individuelle Entwicklungen der TN?

niedrig     hoch

→ Bei niedrigen Werten:

Zum mangelnden Nutzen des Feedbacks führte vorrangig...

schlechter Zeitpunkt / Nichtbeachtung der Empfängerbereitschaft

wertende oder interpretierende Aussagen statt Beschreibung persönlichen Empfindens

zu abstraktes Feedback / fehlende Konkretheit bzw. Beispielsituationen

Imbalance zwischen positivem und negativem Feedback

\_\_\_\_\_

## Selbstöffnung:

Wie stark spielte Selbstöffnung in der Sitzung eine Rolle?

„Vertikale Selbstöffnung“ (z.B. Vergangenheit eines Teilnehmers) schwach     stark

„Horizontale Selbstöffnung“ (Hier-und-Jetzt-Selbstöffnung) schwach    stark

Die Tendenz, sich selbst zu öffnen, ist unter den Gruppenmitgliedern aktuell...

homogen    heterogen ...verteilt.

Insgesamt wirkt die Selbstöffnung in Timing, Inhalt und Umfang... funktional    dysfunktional

Kommentar: \_\_\_\_\_

## Kohäsion und Gruppenklima:

Kohäsion - Wie stark war während der Sitzung ein Gefühl von Zusammengehörigkeit innerhalb der Gruppe zu erkennen? schwach      stark

Wie stark waren folgende Aspekte des Gruppenklimas spürbar?

Engagement / positive Arbeitsatmosphäre	schwach							stark
Distanziertheit / Konfrontation / Spannung	schwach							stark
Vermeidung persönlicher Verantwortung	schwach							stark

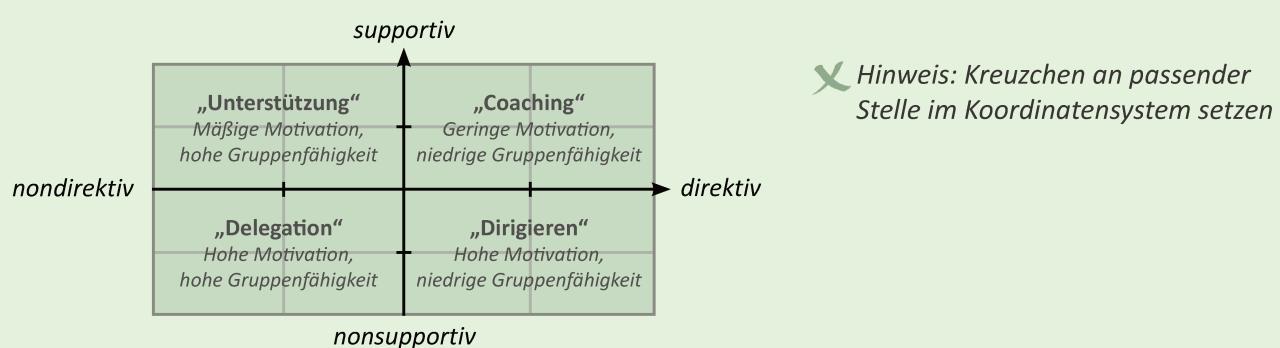
## Therapeutische Faktoren:

Welche der folgenden therap. Wirkprinzipien könnten in der Sitzung besonders zur Geltung gekommen sein?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Universalität des Leidens | <input type="checkbox"/> Interpersonelles Lernen   |
| <input type="checkbox"/> Akzeptanz & Kohäsion      | <input type="checkbox"/> Stellvertretendes Lernen  |
| <input type="checkbox"/> Altruismus                | <input type="checkbox"/> Anleitung durch Gleichgestellte                                       |
| <input type="checkbox"/> Zuversicht auf Heilung    | <input type="checkbox"/> Rekapitulation familiärer Beziehungserfahrungen                       |
| <input type="checkbox"/> Katharsis                 | <input type="checkbox"/> Einsicht in Zusammenhänge von Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen |
| <input type="checkbox"/> _____                     |  |

## C) Gruppenleitung: Stil und Interventionen

Der aktuell verfolgte Leitungsstil lässt sich im Sinne des „Situational Leadership“-Modells beschreiben als:



Wie stark wurden folgende therapeutische Interventionen angestrebt? (Unterteilung nach Liebermann)

- |                               |  |   |
|-------------------------------|--|---|
| <b>Exekutive Funktionen</b>   | schwach <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stark | Administrative Organisation, Rahmenbedingungen steuern                |
| <b>Fürsorge</b>               | schwach <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stark | Vermitteln von Sicherheit und Vertrauen                               |
| <b>Emotionale Stimulation</b> | schwach <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stark | Mitglieder affektiv involvieren und konfrontieren                     |
| <b>Bedeutungszuweisung</b>    | schwach <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stark | Förderung kognitiver Aspekte, Erfahrungen in Sinnzusammenhang stellen |

# Begleitmanual

Tillman Schubert, Nora Degott, Bernhard Strauß

## Operationalisierte Basisdokumentation für Gruppenpsychotherapien

Ziel der vorliegenden Basisdokumentation für Gruppenpsychotherapien ist es, Sitzungsleitern ein Dokumentationssystem an die Hand zu geben, mit dem sich ein umfassendes und dennoch übersichtliches Bild der Therapiegruppe mit ihren Eigenschaften, Strukturen, Prozessen und Leitungsaspekten abbilden lässt.

In Kombination mit diesem Manual, welches Inhalte und Hintergründe der einzelnen Items erläutert, ergibt sich ein Arbeitsinstrument, mit dem gerade auch weniger erfahrene Therapeuten bzw. Ausbildungsteilnehmer eine Gruppentherapiesitzung unter besonderer Berücksichtigung von Gruppenstruktur und -dynamik nachvollziehen und festhalten können. Selbstverständlich soll mit der Operationalisierten Basisdokumentation keinesfalls der freie, persönliche Austausch über Therapieprozesse und Gruppeneigenschaften ersetzt werden - vielmehr bietet das System eine standardisierte Basis für den Informationsaustausch im Therapeutenteam an.

Aufbau und Inhalte der vorliegenden Operationalisierten Basisdokumentation für Gruppenpsychotherapien orientieren sich an einem Modell nach Burlingame et al., das auf empirischer Grundlage fünf für das Outcome von Gruppenpsychotherapie bedeutende Faktorenkategorien benennt (Burlingame et al. 2004) (siehe Abbildung 1).

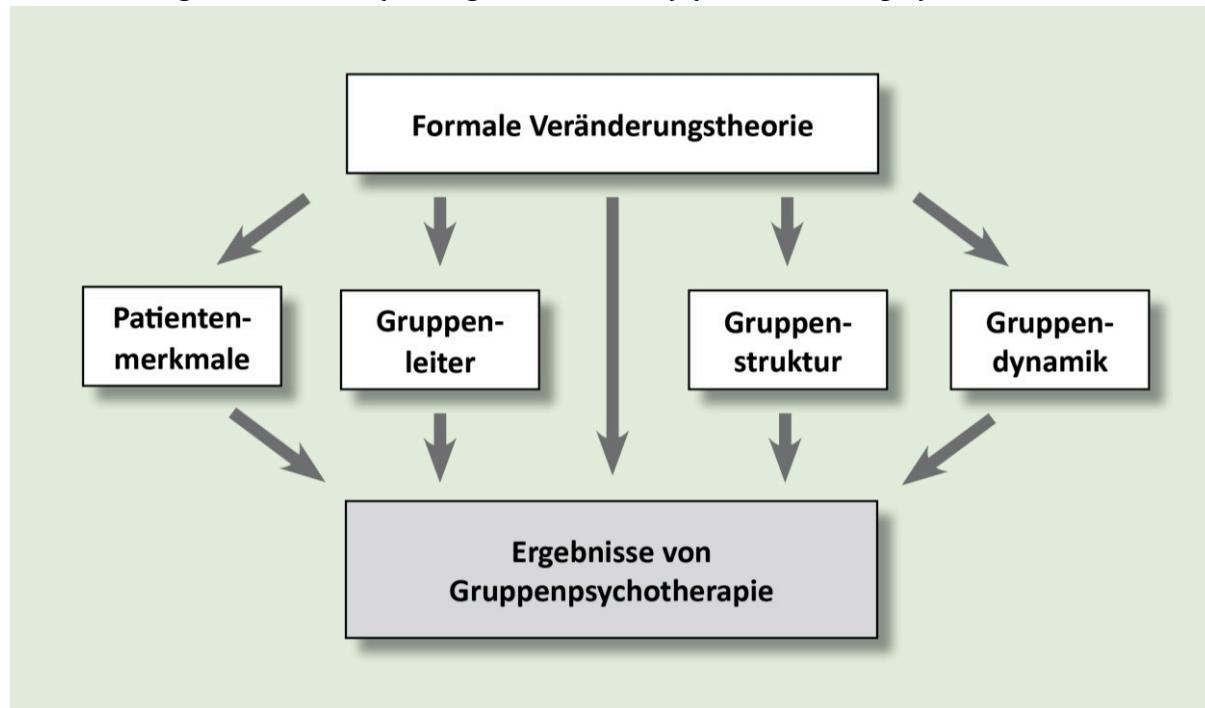


Abbildung 2: Faktorenkategorien im Hinblick auf Ergebnisse von Gruppenpsychotherapien nach Burlingame et al.

Zur Erfassung der vielschichtigen und komplexen Thematik der Gruppenstruktur und der Gruppendynamik orientiert sich das Dokumentationssystem im Abschnitt B) am Modell der "Anatomie und Physiologie der Gruppe" nach Burlingame et al. (2013) (siehe Abbildung 2.).

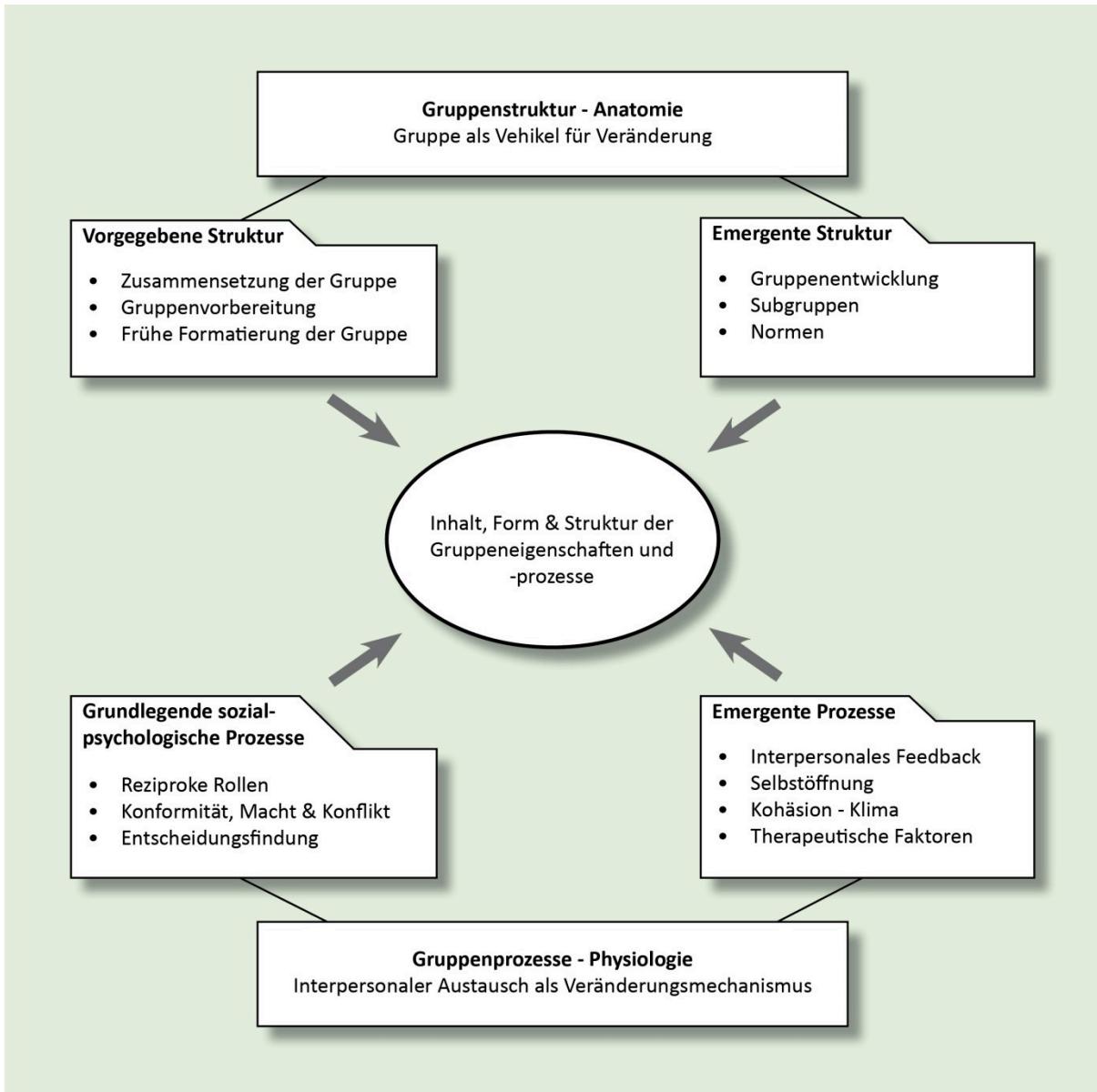


Abbildung 3: Modell der Anatomie und Physiologie der Gruppe nach Burlingame et al.

Dieses Modell unterteilt die Gruppeneigenschaften in vorgegebene und emergente Strukturen ("Anatomie der Gruppe"), sowie grundlegende und emergente Gruppenprozesse ("Physiologie der Gruppe"). Hintergrund dieser Gliederung ist Eric Bernes Aussage, wonach ein Gruppenleiter mit den Grundsätzen der Gruppendynamik ebenso vertraut sein sollte, wie ein Mediziner mit der Physiologie des menschlichen Körpers (Strauß und Mattke 2012). Um die Gruppe als Vehikel für Veränderungen ganzheitlich zu verstehen, ist es jedoch auch vonnöten, die Anatomie - also die Struktur der Gruppe - zu betrachten. Beiden Bestandteilen soll durch das

Dokumentationssystem explizit Aufmerksamkeit geschenkt werden, sodass ein möglichst umfassendes Abbild der Gruppe und ihrer Eigenschaften generiert werden kann.

Das Dokumentationssystem besteht zum einen aus dem **Stamminformationsblatt** (*roséfarbener Bogen*), anhand dessen jene Daten erfasst werden sollen, die sich während der Lebenszeit einer Therapiegruppe nicht oder selten ändern. Deshalb ist dieser Bogen nur einmalig bei Formierung einer neuen Gruppe auszufüllen. Eventuelle Änderungen können im Nachhinein auf diesem Bogen vermerkt werden.

Zum anderen beinhaltet das System einen vierseitigen **Sitzungsbogen** (*lindgrüner Bogen*), der nach jeder Gruppensitzung ausgefüllt werden soll. Hier werden Aspekte und Inhalte dokumentiert, die von Sitzung zu Sitzung variieren können.

Der Sitzungsbogen gliedert sich in drei Abschnitte:

- A) Allgemeiner Teil
- B) Gruppenstrukturen und -prozesse
- C) Gruppenleitung: Stil und Interventionen

Im Folgenden sollen die Inhalte und Hintergründe der einzelnen Items des **Sitzungsbogens** erläutert werden, um jedem Sitzungsleiter eine präzise und valide Dokumentation zu ermöglichen.

## *Sitzungsbogen*

### **A) Allgemeiner Teil**

Im ersten Teil des Dokumentationsbogens werden allgemeine Rahmeninformationen über die Sitzung gesammelt. Neben Anzahl der Teilnehmer und Name des/der durchführenden TherapeutInnen soll auch der inhaltliche Fokus der Sitzung kurz zusammengefasst werden.

Außerdem steht eine Zusammenstellung an grundlegenden Themen zur Auswahl, die in Gruppentherapiesitzungen erfahrungsgemäß häufig eine Rolle spielen (Streeck 2010). Es sollen die Themen markiert werden, die explizit oder unterschwellig Gegenstand der aktuellen Sitzung waren.

Welche allgemeinen Gruppenmethoden die Gruppenleitung in der Sitzung gewählt hat, kann ebenso wie ggf. besprochene oder neu aufgegebene therapeutische „Hausaufgaben“ in Freitextfeldern vermerkt werden.

### **B) Gruppenstrukturen und -prozesse**

Der zweite Teil konzentriert sich auf die Dynamik der Gruppe während der Sitzung. Die Gliederung orientiert sich dabei wie erwähnt am initial vorgestellten Modell der Gruppenstrukturen und -prozesse.

## Vorgegebene Struktur

### Aktuelle Gruppenzusammensetzung

Es soll angegeben werden, ob die Gruppe sich aktuell aus Teilnehmern mit dem gleichen Störungsbild („störungsspezifisch“) oder mit unterschiedlichen Störungsbildern („störungsunspezifisch“) zusammensetzt.

Außerdem soll beurteilt werden, ob die aktuell zu Tage tretende Symptomatik der Teilnehmer sich stark ähnelt (Symptomatik homogen) oder grundverschieden ist (Symptomatik heterogen). Analog soll die Homogenität des psychischen Funktionsniveaus der Teilnehmer eingeschätzt werden. Hierbei bezeichnet der Begriff „psychisches Funktionsniveau“ die Fähigkeit der Teilnehmer zur Selbst- und Fremdreflexion psychischer Prozesse und die Kompetenzen, daraus Schlussfolgerungen in Kognition und Verhalten abzuleiten.

Die Betrachtung dieser Eigenschaften kann für den Therapeuten von Interesse sein, da es Hinweise darauf gibt, dass Gruppen mit weitgehend homogenem psychischem Funktionsniveau einige gruppenspezifische Prozesse schneller für sich nutzen können (Tschuschke 2010c).

Abschließend soll angegeben werden, wie hoch das psychische Funktionsniveau der Teilnehmer im Durchschnitt einzuschätzen ist.

## Emergente Struktur

### Gruppenentwicklung

Die aktuell in der Gruppe stattfindenden Entwicklungsschritte und Interaktionsmuster sollen im Sinne eines Phasenmodells einer definierten Stufe der Gruppenentwicklung zugeordnet werden. Die aktuellen Praxisrichtlinien der American Group Psychotherapy Association führen fünf Stadien der Gruppenentwicklung auf, die auf dem bekannten Phasenmodell nach Tuckman basieren (AGPA 2007):

#### *Forming - Zusammenkommen und Finden*

In dieser Phase der Beziehungsaufnahme bestimmt Unsicherheit im Hinblick auf Zugehörigkeit und Abhängigkeit das Gruppengeschehen. Die Gruppe beginnt, ihren Arbeitsauftrag zu erfassen und gemeinsam zu definieren.

#### *Storming - Differenz und Konflikt*

Nach der Formierung der Gruppe folgt häufig eine Phase der Konfrontation: die Frage nach Machtverhältnissen und Kontrolle steht im Raum, Unterschiede zwischen Gruppenmitgliedern finden Betonung. Die Sicherheit der Gruppe und die Autorität des Gruppenleiters können in Frage gestellt werden.

#### *Norming - Übereinkommen und Intimität*

Die Gruppe beginnt, einen Konsens hinsichtlich Arbeitsweisen und Umgangsformen zu finden. Es kann sich wieder Vertrauen und eine feste Struktur entwickeln, die die Bereitschaft zur Selbstöffnung und Kooperation fördert.

### *Performing - Arbeitsfähigkeit und Leistung*

In dieser „Reifephase“ der Gruppe erreicht sie ihre maximale Produktivität. Persönliches Engagement und ein offener Austausch von Feedback sind möglich, individuelle Unterschiede zwischen den Mitgliedern werden akzeptiert und als gewinnbringend erkannt.

Das Bewusstwerden von Limitationen und Endlichkeit der Gruppe kann jedoch auch Gefühle der Ernüchterung und Enttäuschung hervorrufen.

### *Adjourning - Trennung oder Auflösung*

Die Gruppe wird vor Themen des Abschiedes und der Auflösung gestellt - ob durch das Ausscheiden von Mitgliedern oder die tatsächliche Auflösung der gesamten Gruppe. Die Balance zwischen Wertschätzung des gemeinsam Erlebten und der bisherigen Gruppenarbeit auf der einen, sowie schmerzhaften Trennungsgefühlen auf der anderen Seite wird ausgelotet. Die scheidenden Mitglieder müssen sich auf die bevorstehende Unabhängigkeit von der Gruppe vorbereiten.

Auch wenn die Entwicklung einer Gruppe häufig nicht idealtypischen Stufenfolgen gehorcht, sondern ein vielschichtiger, nicht-linearer Prozess ist, erlaubt eine Einschätzung gemäß diesem Modell eine sinnvolle Einordnung der aktuellen Interaktionsmuster einer Gruppe.

## **Subgruppen**

Die Bildung von Subgruppen findet nicht nur in der Gruppenpsychotherapie, sondern in jeglichen sozialen Kreisen statt. Für die Gruppenpsychotherapie können solche Untergruppen einen großen Einfluss auf Therapieprozesse ausüben, sowohl im negativen als auch im positiven Sinne. Subgruppen können sich dabei aufgrund unterschiedlichster Merkmale ausbilden, wie z.B. demografischen Merkmalen, gemeinsamen Interessen oder aufgrund von Konflikten in der Gruppe. Nach Yalom (2007) ist eine Untergruppe dann von therapeutischem Nutzen, wenn Untergruppe und Gesamtgruppe dieselben Ziele verfolgen. Eine Subgruppe, die sich außerhalb des therapeutischen Rahmens bildet und sich dem Gruppengeschehen entzieht, kann unter Umständen die Gruppenarbeit behindern. Wird jedoch das Verhalten einer solchen Subgruppe im Gruppengespräch analysiert, kann dies einen starken therapeutischen Effekt entfalten. Yvonne Agazarian unterscheidet im Rahmen des Konzepts systemkonzentrierter Gruppenpsychotherapie stereotypische von funktionellen Subgruppen. Erstere bilden sich aufgrund von offensichtlichen Unterschieden aus (z.B. unterschiedliches Geschlecht), wohingegen letztere aufgrund von tiefer greifenden Gemeinsamkeiten wie gemeinsamen Erfahrungen basieren. Nach ihrem Modell sollen Gruppenleiter die Ausbildung funktioneller Subgruppen fördern und mit ihnen arbeiten (Agazarian 2001).

Aufgabe des Therapeuten ist es in jedem Falle, herauszufinden, welche Subgruppen sich gebildet haben und welchen Nutzen sie für die Therapie bringen können bzw. inwieweit sie den Gruppenprozess hindern. Die Dokumentation einzelner Subgruppen würde den Rahmen des Bogens sprengen, weshalb hier nur eine grobe Einschätzung erfolgen soll: Wie stark bzw. schwach war eine Ausbildung von Subgruppen zu erkennen und welchen Einfluss nimmt sie auf das Therapiegeschehen in der Gruppe (hier im Sinne von „funktional“ bzw. „dysfunktional“). Auffälligkeiten in der Subgruppenbildung können darüber hinaus in einem Freitextfeld dokumentiert werden.

## **Normen**

Auch soziale Normen spielen eine wesentliche Rolle im Therapieprozess der Gruppenpsychotherapie und können diesen ebenfalls sowohl fördern als auch hemmen. Normen können als Verhaltensregeln angesehen werden, die festlegen, was in einem sozialen Gefüge in bestimmten und sich wiederholenden Situationen geboten oder verboten ist. Dabei werden diese Regeln keineswegs immer explizit kommuniziert, sondern zeichnen sich häufig indirekt durch ein bestimmtes Verhalten der Gruppenmitglieder aus.

Für den Therapeuten kann es von wesentlicher Bedeutung sein, die geltenden Normen einer Therapiegruppe zu erkennen und ggf. infrage zu stellen. So kann eine in der Gruppe geltende Konsensnorm, wie die bedingungslose Aufrechterhaltung von Harmonie, die Entwicklung des Therapieprozesses deutlich einschränken (Streeck 2010). Im Gegensatz dazu können produktive Normen dazu beitragen, geordnete Rahmenbedingungen für therapeutisches Arbeiten herzustellen und zu sichern.

Einige Autoren konnten in Forschungsarbeiten einen Zusammenhang zwischen starren Normen und entstehendem „Gruppendenken“ erkennen (Strauß und Mattke 2012). Das sozialpsychologische Konstrukt des Gruppendenkens bezeichnet den Antrieb einer Gruppe, unter allen Umständen einen Konsens zu erreichen – oft durch das Eingehen von behindernden Kompromissen (Janis 1972). Ein so entstehender Konformitätsdruck hat zweifellos die Hemmung unkonventioneller individueller Beiträge zur Folge, was für die gesamte Gruppe eine Verarmung an Input bedeuten kann.

Ob und wie stark ein normativer Druck innerhalb der Gruppe zu erkennen ist, soll anhand einer Skala eingeschätzt werden.

Anschließend soll beurteilt werden, ob die bestehenden sozialen Normen im Hinblick auf die therapeutische Arbeit eher hinderlich wirken oder ob sie dieser zuträglich sind und die Gruppenentwicklung fördern.

## **Grundlegende sozialpsychologische Prozesse**

### **Hierarchiebildung und Rollenverteilung**

#### ***Hierarchiebildung***

Die Entwicklung von hierarchischen Strukturen, wie sie in wohl jedem sozialen Gefüge stattfindet, kann der Gruppe eine dynamische Balance zwischen den beiden Polen Gruppenkohäsion und zwischenmenschlicher Konfrontation ermöglichen.

Eine etablierte Rangordnung vermindert so die ständige Notwendigkeit, Entscheidungen und Arbeitsprozesse durch zeit- und kraftraubende Konflikte zu lösen. Bei Anwesenheit von sehr ausgeprägten oder ausgesprochen starren Dominanzverhältnissen ist jedoch kritisch zu hinterfragen, inwieweit diese die individuelle Entwicklung einzelner Teilnehmer und letztlich auch die der gesamten Gruppe behindern könnten (Kennedy und MacKenzie 1986).

Auf einer Skala soll zunächst eingeschätzt werden, wie deutlich während der Sitzung eine hierarchische Gliederung der Gruppe zu erkennen war.

Störungen dieser Hierarchie, zum Beispiel in Form von Veränderungen der Gruppenzusammensetzung, bedeuten immer eine Forderung nach Überprüfung und Neugestaltung der Machtstruktur und können zum plötzlichen Ausbruch von Aggression in einer

bisher harmonisch-friedlichen Gruppe führen. Andererseits kann eine Herausforderung bestehender Dominanzstrukturen verständlicherweise auch wichtige Entwicklungsprozesse innerhalb der Gruppe in Gang setzen (Kennedy und MacKenzie 1986). Auch die Stabilität bzw. Instabilität der Gruppenhierarchie kann also eine entscheidende Rolle im Therapiegeschehen spielen und soll deshalb anhand einer Skala beurteilt werden.

Im Freitextfeld kann darüber hinaus angegeben werden, welche Bestrebungen der Gruppe oder einzelner Mitglieder erkennbar waren, bestehende Hierarchiestrukturen in Frage zu stellen oder zu verändern.

### *Rollenverteilung*

Ein Geflecht aufeinander bezogener Rollen ist ein notwendiger Bestandteil jedes Gruppenprozesses, der sich aus der Dynamik der jeweiligen Gruppe ergibt (König 2012).

Gerade für therapeutische Gruppen wird in der Literatur die Bedeutung der „reziproken Rollen“ betont. Dieses Konzept beinhaltet beispielsweise, dass Gruppenmitglieder im Rahmen der Sitzungen die Möglichkeit haben, sowohl in der Rolle des Helfers als auch in der des Hilfesuchenden zu agieren. Es wird angenommen, dass solche Erfahrungen zu einer Verbesserung des Selbstwertgefühls beitragen können, indem die Teilnehmer erkennen, dass sie nicht nur selbst von den Ressourcen anderer Gruppenmitglieder profitieren, sondern ebenfalls zum „Mehrwert“ der Gruppe beitragen (Yalom 2007).

Auch eine tiefere Einsicht in eigene Verhaltensmuster und in die des Gegenübers kann durch eine Reziprozität der Rollen gefördert werden.

Für den Erfolg des therapeutischen Prozesses ist es also von wesentlicher Bedeutung, Bedingungen zu schaffen, unter denen Rollen zwischen den Mitgliedern fluktuieren können (König 2012).

Wie weit dies während der aktuellen Sitzung gelungen ist, soll anhand einer Skala eingeschätzt werden. Außerdem steht ein Freitextfeld für den Vermerk besonderer Auffälligkeiten in der Rollenverteilung zur Verfügung.

### **Konfliktmanagement**

Zwischenmenschliche Konflikte sind ebenfalls integraler Bestandteil sozialer Interaktionen in Gruppen. Dabei kommt vor allem aus gruppentherapeutischer Sicht nicht nur dem Inhalt der Auseinandersetzungen Bedeutung zu, sondern vor allem auch der Art des Umgangs mit Konflikten.

Der während der aktuellen Sitzung in der Gruppe vorherrschende Stil der Konfliktaustragung soll orientierend erfasst werden. Hierzu können zwei Grundsatzfragen dienen:

- 1) Werden aufkommende Konflikte zwischen den Teilnehmern von der Gruppe offen thematisiert bzw. verbalisiert oder bleiben Konfrontationen unterschwellig?
- 2) Wie hoch ist das zutage tretende Aggressionspotential bei interpersonalen Spannungen?

Aus der Kombination dieser beiden Aspekte ergeben sich vier mögliche Kategorien des Konfliktmanagements:

*Verbalisiert-sachlich:*

Konflikte werden in der Regel offen thematisiert, Differenzen werden überwiegend sachlich dargelegt und verhandelt

<i>Verbalisiert-aggressiv:</i>	Konflikte werden offen thematisiert, die Konfliktparteien agieren dabei emotional-aggressiv oder feindselig
<i>Nonverbalisiert-vermeidend:</i>	Konflikte werden in der Regel nicht konkret thematisiert, die Konfliktparteien nehmen eine vermeidende, ignorierende oder ächtende Haltung gegenüber anderen Positionen ein.
<i>Nonverbalisiert-aggressiv:</i>	Das Konfliktthema wird nicht offen kommuniziert, Konfrontationen werden unterschwellig ausgetragen. Die Konfliktparteien agieren jedoch aktiv aggressiv oder feindselig.

Zur Dokumentation steht ein Koordinatensystem mit den Achsen "Konfliktthematisierung" und "Aggressionspotential" zur Verfügung. An der Stelle, die diese beiden Aspekte des Konfliktverhaltens am besten wiedergibt, soll ein Kreuzchen eingetragen werden.

## Emergente Gruppenprozesse

### Interpersonales Feedback

Mit diesen Items soll versucht werden, die Feedback-Kultur der Gruppe zu objektivieren. Interpersonelles Feedback kann definiert werden als Interaktion zwischen mindestens zwei Kommunikationspartnern, bei der persönliche Antworten und Reaktionen auf Verhaltensweisen oder Äußerungen ausgetauscht werden (Strauß und Mattke 2012).

Feedback gilt in der Gruppentherapie schon seit langem als wichtiger therapeutischer Faktor, der mehrere positive Effekte auf Erleben und Erfolg in einem Gruppensetting haben kann (Kaul und Bednar 1994), (Morran et al. 1998).

Der Prozess des Feedbackaustausches setzt ein gewisses Maß an Selbstöffnung voraus, sowohl vom Sender als auch vom Empfänger. Dies ist besonders bei der Wahl des Zeitpunktes der Feedbackgabe zu beachten (Tschuschke 2003).

Zunächst soll anhand einer Skala angegeben werden, wie viel Feedback sich die Gruppenmitglieder während der Sitzung gaben.

Hierbei sollte aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen zwischen Feedback unter Teilnehmern sowie Feedback zwischen Gruppenleitung und Teilnehmern unterschieden werden.

Es ist davon auszugehen, dass Feedback je nach Beschaffenheit und Situation unterschiedlich wertvoll für den therapeutischen Arbeitsprozess sein kann. So sollte der Feedbackaustausch eine Einladung sein, konstruktive Veränderung zu fördern, diese jedoch auf keinen Fall erzwingen.

Anhand empirisch basierter Kriterien soll zunächst die Gesamtqualität des gruppeninternen Feedbacks eingeschätzt werden:

- Die persönliche Bereitschaft des Empfängers sollte bei der Feedbackgabe berücksichtigt werden, der Zeitpunkt sollte gut gewählt sein.

- Feedback sollte das persönliche Erleben in nicht-wertender Art und Weise wiedergeben
- Feedback sollte sich möglichst an konkreten und beobachtbaren Situationen und Verhaltensweisen orientieren, es sollte auf das Hier und Jetzt bezogen sein.
- Die Balance zwischen positivem und korrigierendem Feedback sollte angemessen sein.

(Morran et al. 1998)

Bei niedriger Bewertung der Nützlichkeit des Feedbacks soll aufgeschlüsselt werden, welche der oben genannten Kriterien ggf. missachtet wurden. Dadurch kann die Ursache der niedrigen Feedbackqualität konkretisiert werden.

## **Selbstöffnung**

Selbstöffnung kann im gruppentherapeutischen Kontext definiert werden als das Preisgeben persönlicher, intimer Informationen, Gefühle oder Wertungen und das Explorieren dieser vor und mit der Gruppe.

Sie gilt ebenfalls seit langem als bedeutender therapeutischer Faktor der Gruppenpsychotherapie und als unabdingbare Grundlage vieler weiterer förderlicher Prozesse wie interpersonellem Lernen oder dem ebengenannten Feedback (Tschuschke 2003).

Zunächst soll eingeschätzt werden, inwieweit während der aktuellen Sitzung überhaupt Selbstöffnung stattgefunden hat bzw. wie stark dies die Sitzung beeinflusst hat.

Dabei unterteilen einige Autoren den Prozess der Selbstöffnung in „*vertikale Selbstöffnung*“, d.h. das Preisgeben persönlichen Materials *aus der Vergangenheit* oder aus dem *Leben außerhalb der Gruppe*, sowie „*horizontale*“ oder „*Hier-und-Jetzt-Selbstöffnung*“, also die Offenbarung des persönlichen Erlebens, der Gedanken und Gefühle *während der Interaktionen innerhalb der Gruppe* (Vinogradov und Yalom 1990).

Für beide Formen der Selbstöffnung soll auf einer Skala eingeschätzt werden, inwieweit diese während der aktuellen Sitzung aufgetreten sind.

Anschließend soll die Verteilung von Selbstöffnungstendenzen innerhalb der Gruppe während der aktuellen Sitzung beurteilt werden. Für die therapeutische Nutzbarkeit von Selbstöffnungsprozessen ist eine ausreichende Reziprozität erforderlich (Vinogradov und Yalom 1990). Anhand einer Skala (heterogen - homogen) soll differenziert werden, ob sich lediglich eine Einzelperson, einige wenige Teilnehmer oder die gesamte Gruppe am Prozess der Selbstoffenbarung beteiligte(n).

Da das Setting der Selbstöffnung bzw. die Beziehung zwischen Empfänger und sich öffnender Person für den therapeutischen Nutzen sehr entscheidend sind, soll anschließend zusammenfassend beurteilt werden, ob die von den Teilnehmern ausgehende Selbstöffnung gewinnbringend für den therapeutischen Prozess war oder eher unangemessen bzw. dysfunktional wirkte. Hierzu können folgende Aspekte betrachtet werden:

### *Inhalt:*

War der Inhalt der Selbstöffnung dem aktuellen gruppentherapeutischen Rahmen und inhaltlichen Kontext angemessen?

### *Timing:*

War der Zeitpunkt der Selbstöffnung gut gewählt? Viele Autoren schätzen eine umfassende Selbstöffnung zu einem sehr frühen Zeitpunkt, an dem noch kein tragfähiges Ausmaß an Nähe und Vertrautheit innerhalb der Gruppe besteht, als eher hinderlich für den therapeutischen Prozess ein. Es könnte durch Abschreckung sogar zum vorzeitigen Ausscheiden von Gruppenmitgliedern kommen. Auch unangekündigte, überfallartige Preisgabe von intimem Material kann zu Ablehnung und Distanzierung der anderen Gruppenmitglieder führen (Dies 2001), (Strauß und Mattke 2012).

### *Umfang:*

War der Umfang bzw. die Tiefe der Selbstöffnung angemessen? Eine übermäßige bzw. zu tiefgreifende Selbstoffenbarung, insbesondere in einem den Rahmen der gegenseitigen Vertrautheit überforderndem Maße, wird ebenfalls kritisch bewertet.

Strauß und Mattke fassen das Problem zusammen: „Zu viel Selbstöffnung kann für die Therapie in der Gruppe ebenso nachteilig sein, wie zu wenig.“ ((Strauß und Mattke 2012), S. 52)

## **Kohäsion und Gruppenklima:**

Der Begriff Kohäsion bezieht sich auf ein sozialpsychologisches Konstrukt, das ein Gefühl der Zugehörigkeit und „Esprit de Corps“ innerhalb einer Gruppe beschreibt (Johnson et al. 2005). Kohäsion kann auch definiert werden als Summer aller Kräfte, die eine Gruppe zusammenhält (Bormann und Strauß 2012).

Als zentrales Bindeglied, welches Zusammengehörigkeit, Akzeptanz und Wertschätzung der Gruppenmitglieder untereinander, gegenüber dem Therapeuten und gegenüber der „Gruppe als Ganzem“ ausdrückt, gilt Kohäsion gemeinhin als Grundvoraussetzung therapeutischer Arbeit und gleichzeitig selbst als wirksamer therapeutischer Faktor (McCallum et al. 2002, Leszcz und Malat 2001).

Es wurde eine Vielzahl an umfangreichen Instrumenten entwickelt, um das Konstrukt Kohäsion zu erfassen. Hier soll eine orientierende Einschätzung des Gruppenleiters genügen, wohl wissend, dass die Wahrnehmung von Gruppenkohäsion je nach Perspektive (Leiter, Teilnehmer, Beobachter) differieren kann.

Anhand einer Skala soll also beurteilt werden, wie ausgeprägt eine Gruppenkohäsion während der aktuellen Sitzung spürbar war.

Orientierend soll im Anschluss das Gruppenklima eingeschätzt werden.

Das Konstrukt des Gruppenklimas bezeichnet im psychotherapeutischen Kontext die von den Teilnehmern oder von Außenstehenden empfundene Wahrnehmung von Konstruktivität bzw. Tragfähigkeit der gesamten interpersonellen Beziehungen in der Gruppe (Johnson et al. 2005).

Das Gruppenklima wird als wichtiges Element der therapeutischen Allianz der Gruppe aufgefasst, es besteht ein direkter Zusammenhang mit Therapiefortschritten und -ergebnissen (Braaten 1989).

In Analogie zu den Hauptskalen des Group Climate Questionnaire (GCQ-S) nach MacKenzie (1996) stehen drei Faktoren zur Beurteilung:

#### *Engagement / positive Arbeitsatmosphäre:*

In diese Skala fließen das Maß an Gruppenkohäsion, an Selbstöffnung und Anteilnahme der Mitglieder, sowie an gegenseitiger (positiver) Herausforderung ein

#### *Konflikt / Spannungen:*

Diese Skala umfasst das Ausmaß an Ärger, Distanziertheit, Konfrontation und Misstrauen in den Umgangsformen der Gruppe

#### *Vermeidung persönlicher Verantwortung:*

Diese Skala reflektiert die Vermeidung der Thematisierung wichtiger interpersoneller Aspekte, Verweigerung konstruktiver Beteiligung an der Gruppenarbeit und indifferente Abhängigkeit von der Gruppenleitung

### **Therapeutische Faktoren**

Mit der Untersuchung der therapeutischen Faktoren versuchten einige Autoren die Frage nach den Wirkmechanismen der Gruppenpsychotherapie zu beantworten. Laut Yalom kann der Therapeut durch das genauere Betrachten und Verstehen der einzelnen Wirkfaktoren das Gruppengeschehen positiv beeinflussen (Yalom 2007).

Die angegebenen Prinzipien der therapeutischen Gruppenarbeit stellen eine Übersicht dar, die auf Vorschlägen von Yalom und MacKenzie basieren. Die Frage danach, welche der Faktoren während der Sitzung besonders wirksam geworden sein könnten, eröffnet dem Sitzungsleiter die Möglichkeit, den therapeutischen Prozess zu reflektieren und zumindest in Teilen nachzuvollziehen.

Im Folgenden werden die einzelnen Faktoren genauer erläutert (Absatz zitiert aus Strauß und Mattke (2012)):

**Universalität des Leidens:** Mitglieder finden schnell heraus, dass andere Gruppenmitglieder ähnliche Erfahrungen gemacht haben und sie nicht alleine mit ihren Problemen sind. Das resultierende Gemeinschaftsgefühl stärkt die Gruppe und kann bei Spannungen das Gefühl der Zugehörigkeit stützen.

**Akzeptanz/ Kohäsion** ist eine beeindruckende Erfahrung für eine Person, der Leid widerfahren ist. Sie fördert das Selbstwertgefühl.

**Altruismus:** Es ist für viele Gruppenmitglieder eine hilfreiche Erfahrung, anderen helfen zu können. Dies stärkt das Selbstbewusstsein und fördert das Selbstwertgefühl.

**Zuversicht auf Veränderung / Hoffnung** motiviert die Patienten, die Therapie fortzusetzen und gibt Zuversicht, dass eine Verbesserung der Situation möglich ist.

**Selbstöffnung:** Das Beschreiben kritischer Lebensereignisse, das Darlegen aktueller Probleme und das Preisgeben verborgener Gedanken tragen zu einer bedachteren und objektiveren Bewertung bei.

**Katharsis** beinhaltet den Ausdruck tiefer Emotionen, besonders von Gefühlen, die normalerweise nicht offengelegt werden. Das Äußern dieser Gefühle geht mit Erleichterung einher und begünstigt das Gefühl, eine Sache meistern zu können.

**Interpersonelles Lernen:** Innerhalb der Gruppe haben Mitglieder die Möglichkeit, typisches zwischenmenschliches Verhalten zu zeigen, Feedback von anderen Mitgliedern zu erhalten und neue Strategien auszuprobieren.

**Stellverstretdes Lernen** ist verbunden mit dem Lernen am Modell; Gruppenmitglieder erleben, wie andere eine Situation handhaben und nutzen diese Erfahrung, um über eigene Themen nachzudenken.

**Anleitung durch Gleichgestellte:** Über den gesamten Verlauf der Gruppe bieten Mitglieder kontinuierlich Raschläge an. Nicht unbedingt der Inhalt des Rats ist von wesentlicher Bedeutung, sondern der Prozess des Ratgebens, da er Anteilnahme und Interesse erkennen lässt.

**Rekapitulation familiärer Beziehungserfahrungen:** Aspekte oder Personen aus dem Gruppenkontext weisen Parallelen zu Mitgliedern der Herkunftsfamilie auf und können somit Einblick in die Familiendynamik verschaffen.

**Einsicht** ist ein interner Bestandteil des interpersonellen Lernprozesses und beinhaltet, eine Verbindung zwischen Gefühlen, Gedanken sowie Verhaltensweisen und aktuellen oder früheren zwischenmenschlichen Geschehnissen herzustellen.

### C) Gruppenleitung: Stil und Interventionen

Der dritte Teil der Sitzungsdokumentation richtet den Fokus auf die Gruppenleitung. Leistungsstil und besondere Interventionen sollen erfasst und so gleichzeitig eine Reflexion des eigenen Handelns angestoßen werden.

#### Leiterstil: "situational leadership - situatives Führen"

Angelehnt an das Modell des „situational leadership“ von Hersey und Blanchard ((1969)), welches ursprünglich für den Bereich der Unternehmens- und Mitarbeiterführung erstellt wurde, soll hier eine Einschätzung getroffen werden, welcher Leiterstil am ehesten in der jeweiligen Sitzung zur Anwendung kam. Laut dem Modell sollte der Leiter je nach Kompetenz und Engagement der Mitarbeiter bzw. übertragen auf die Gruppe je nach Motivation und Gruppenfähigkeit seinen Führungs- bzw. Leiterstil anpassen. Da sich eine Gruppe in einem ständigen Entwicklungsprozess befindet und in verschiedenen Phasen auf unterschiedliche Unterstützung bzw. Leitung angewiesen ist, soll der Leistungsstil nach jeder Sitzung neu evaluiert werden.

Hierzu können zwei Grundsatzfragen dienen:

- 1) Wie supportiv verhielt sich die Gruppenleitung, d.h. wie sehr *unterstützte* sie die Gruppe und deren Mitglieder, um deren *mangelnde Eigeninitiative auszugleichen* und eine Arbeit in der Gruppe überhaupt anzustoßen.
- 2) Wie direktiv verhielt sich die Gruppenleitung, d.h. wie sehr *lenkte* sie die Aktionen der Gruppe bzw. ihrer Mitglieder, um deren *mangelnde Gruppenfähigkeit auszugleichen* und eine *sinnvolle, funktionale* Gruppenarbeit zu ermöglichen.

Aus dem Modell ergeben sich vier mögliche Kategorien der Gruppenführung:

- Unterstützung:* Mitglieder zeigen hohe Gruppenfähigkeit bei jedoch mäßiger Eigeninitiative bzgl. therapeutischer Arbeit. Gruppenleitung unterstützt/motiviert die Gruppe dahingehend, die vorhandene Gruppenfähigkeit zu nutzen.
- Coaching:* Mitglieder zeigen wenig Gruppenfähigkeit und mäßige Eigeninitiative bzgl. therapeutischer Arbeit. Gruppenleitung unterstützt Gruppe in ihrem Antrieb und lenkt den Gruppenprozess gleichzeitig in eine funktionale Richtung, in die dieser sich sonst nicht entwickeln würde.
- Delegation:* Mitglieder zeigen hohe Gruppenfähigkeit bei hoher Motivation zur therapeutischen Arbeit. Die Gruppenleitung unterstützt und lenkt verhältnismäßig wenig, der Gruppenprozess entwickelt sich trotzdem funktional.
- Dirigieren:* Mitglieder zeigen niedrige Gruppenfähigkeit bei hoher Motivation zur therapeutischen Arbeit. Um die Bestrebungen in eine funktionale Richtung zu lenken, dirigiert die Gruppenleitung die Initiativen der Gruppe.

Zur Dokumentation steht ein Koordinatensystem mit den Achsen "Supportivität" und "Direktivität" zur Verfügung. An der Stelle, die diese beiden Aspekte des Leitungsstils am besten wiedergibt, soll ein Kreuzchen eingetragen werden.

## Therapeutische Interventionen

Auch nach über 40 Jahren stellen die klassischen Arbeiten von Lieberman et. al. (1973) zu therapeutischen Interventionen ein nützliches Schema dar, an welchem sich auch die Praxisleitlinien der American Group Psychotherapy Association orientieren. Nach diesem Schema werden vier wesentliche Faktoren der therapeutischen Intervention berücksichtigt, die im Folgenden jeweils kurz erläutert werden. Anhand einer Skala soll eingeschätzt werden in welchem Ausmaß die jeweiligen Interventionen in der Sitzung verwirklicht wurden (vgl. (AGPA 2007)).

**Exekutive Funktionen:** Hierbei ist vor allem die administrative Funktion des Gruppenleiters gemeint, welche die Vorbereitung und die Zusammensetzung der Gruppe, sowie das Erstellen der Rahmenbedingungen (Ort, Zeit, etc.) beinhaltet. Von besonderer Bedeutung ist das Definieren von Grenzen und Regeln sowie die Sicherstellung, dass diese jederzeit eingehalten werden. So sollte der Therapeut stets wachsam sein und gegebenenfalls einschreiten, auch wenn die Gruppe gut arbeitet.

Unter **Fürsorge** versteht man das Vermitteln von Sorge und Empathie für die Gruppe. Die Gruppe als solche sollte den Mitgliedern Sicherheit geben und deren Vertrauen fördern. Auch wenn Konflikte auftreten oder Mitglieder unterschiedlicher Meinung sind, ist es Aufgabe des Gruppenleiters, der Gruppe das Gefühl zu geben, sich gegenseitig stützen und Hilfe geben zu

können. Ein positives therapeutisches Bündnis zwischen den Mitgliedern trägt in wesentlichem Maße zu einem erfolgreichen therapeutischen Gruppengeschehen bei.

**Emotionale Stimulation:** Es ist Aufgabe des Therapeuten die Gruppe zu ermutigen, ihre Gefühle, Werte und persönliche Haltungen aufzudecken und diese zum Ausdruck zu bringen. Gegebenenfalls kann der Therapeut eine "Emotionalisierung" des Gruppengeschehens anstoßen. Als optimal wird hierbei angesehen, wenn ein therapeutischer Dialog emotional geladen ist, jedoch nur in dem Maße, als dass es den Gruppenmitgliedern noch möglich ist, ihre Erlebnisse selbst zu reflektieren.

Die Intervention der **Bedeutungszuweisung** bezieht sich auf die kognitiven Aspekte einer Gruppenbehandlung und beinhaltet, dass die Mitglieder durch Förderung des Therapeuten sich selbst und ihre Mitmenschen innerhalb und außerhalb der Gruppe verstehen lernen. Zunächst belastende oder verwirrende Umstände können so besser gedeutet und in einen Sinnzusammenhang gestellt werden. Dies könnte der Therapeut z.B. erreichen, indem er gezielt die Gabe von Feedback oder die Metakommunikation in der Gruppe fördert.

## Literaturverzeichnis

- Agazarian YM. 2001. Systemzentrierte Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V, Hrsg. Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart, New York: Thieme, 384-389.
- AGPA. 2007. Practice Guidelines for Group Psychotherapy. American Group Psychotherapy Association, New York.
- Bormann B, Strauß B. 2012. Therapeutische Beziehungen in Gruppen. In: Strauß B, Mattke D, Hrsg. Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis. Berlin [u.a.]: Springer, 69-84.
- Braaten LJ. 1989. Predicting positive goal attainment and symptom reduction from early group climate dimensions. *Int J Group Psychother*, 39 (3):377-387.
- Burlingame GM, Strauß B, MacKenzie KR. 2004. Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In: Lambert MJ, Hrsg. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 5th Aufl. New York: Wiley, 647-696.
- Burlingame GM, Strauß B, Joyce A. 2013. Change mechanisms and effectiveness of small group treatments. In: Lambert MJ, Hrsg. Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. 6th Aufl. New York: Wiley, 640-689.
- Dies RR. 2001. Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie. In: Tschuschke V, Hrsg. Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart [u.a.]: Thieme, 273-279.
- Hersey P, Blanchard KH. 1969. Management of organizational behavior; utilizing human resources. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Janis IL. 1972. Victims of Groupthink: A Psychological Study of Foreign-Policy Decisions and Fiascoes. Boston: Houghton Mifflin.
- Johnson JE, Burlingame GM, Olsen JA, Davies DR, Gleave RL. 2005. Group climate, cohesion, alliance, and empathy in group psychotherapy: Multilevel structural equation models. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (3):310-321.
- Kaul T, Bednar R. 1994. Pretraining and structure: Parallel lines yet to meet. In: Fuhriman A, Burlingame GM, Hrsg. Handbook of group psychotherapy. New York: Wiley, 83-113.
- Kennedy JL, MacKenzie KR. 1986. Dominance hierarchies in psychotherapy groups. *Br J Psychiatry*, 148:625-631.
- König O. 2012. Gruppendynamische Grundlagen. In: Strauß B, Mattke D, Hrsg. Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis. Berlin [u.a.]: Springer, 21-36.
- Leszcz M, Malat J. 2001. Interpersonale Gruppenpsychotherapie. In: Tschuschke V, Hrsg. Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart [u.a.]: Thieme, 355-369.
- Lieberman MA, Yalom ID, Miles MB. 1973. Encounter groups: first facts. New York,: Basic Books.

- MacKenzie KR. 1996. Der Gruppenklima-Fragebogen (Group Climate Questionnaire, GCQ-S). In: Strauß B, Eckert J, Tschuschke V, Hrsg. Methoden der empirischen Gruppentherapieforschung. Wiesbaden: Springer Medizin, 172-196.
- McCallum M, Piper WE, Ograniczuk JS, Joyce AS. 2002. Early process and dropping out from short-term group therapy for complicated grief. Group Dynamics-Theory Research and Practice, 6 (3):243-254.
- Morran DK, Stockton R, Cline RJ, Teed C. 1998. Facilitating feedback exchange in groups: Leader interventions. The Journal for Specialists in Group Work, 23 (3):257-268.
- Strauß B, Mattke D. 2012. Gruppentherapieprozesse: Eine klinische Forschungsperspektive. In: Strauß B, Mattke D, Hrsg. Gruppenpsychotherapie Lehrbuch für die Praxis. Berlin [u.a.]: Springer, 37-57.
- Streeck U. 2010. Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie. In: Tschuschke V, Hrsg. Gruppenpsychotherapie von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart [u.a.]: Thieme, 273-279.
- Tschuschke V. 2003. Kurzgruppenpsychotherapie: Theorie und Praxis. Wien: Springer.
- Tschuschke V. 2010. Gruppenzusammensetzung: homogen - heterogen, störungsspezifisch - störungsunspezifisch. In: Tschuschke V, Hrsg. Gruppenpsychotherapie von der Indikation bis zu Leitungstechniken. Stuttgart [u.a.]: Thieme, 150-151.
- Vinogradov S, Yalom ID. 1990. Self-Disclosure in Group Psychotherapy. In: Stricker G, Fisher M, Hrsg. Self-Disclosure in the Therapeutic Relationship. New York: Plenum, 191-204.
- Yalom ID. 2007. Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie: Ein Lehrbuch. 9., völlig überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.

## 7.3 Evaluationsbogen

### Evaluationsbogen zur OBG

Im Rahmen unserer Doktorarbeit haben wir einen Dokumentationsbogen für Gruppenpsychotherapiesitzungen erstellt, der eine operationalisierte Dokumentation der einzelnen Sitzungen ermöglichen soll. Der Bogen soll möglichst umfassend aber gleichzeitig praxistauglich sein, verbunden mit möglichst geringem Zeitaufwand. Das Begleitmanual, sollte etwaige Fragen zum Bogen klären aber zum Beispiel auch zu Ausbildungszwecken genutzt werden können. Um die Praxistauglichkeit des Bogens zu überprüfen und diesen zu optimieren, würden wir Sie bitten, sich kurz die Zeit zu nehmen und folgende Fragen zu beantworten.

**Wie oft haben Sie den Bogen angewandt?** \_\_\_\_\_

**Wieviel Zeit haben Sie (durchschnittlich) zum Ausfüllen des Bogens benötigt? (Zeit in Minuten angeben)** \_\_\_\_\_

**Wie praktikabel bzw. praxistauglich schätzen Sie den Bogen ein?**

(1 gar nicht praktikabel, 5 sehr praktikabel)

1  2  3  4  5

**Wie sinnvoll würden Sie den Bogen für die jeweiligen Bereiche erachten? (1 gar nicht sinnvoll, 5 sehr sinnvoll)**

- **Ausbildung**

1  2  3  4  5

- **Stationäres Arbeiten**

1  2  3  4  5

- **Ambulantes**

1  2  3  4  5

**Können Sie sich vorstellen den Bogen in Zukunft anzuwenden?**

Ja  Nein

**Was würden Sie ergänzen oder haben Sie konkrete Änderungsvorschläge für den Bogen? (Freitext)**

**Was ist Ihrer Meinung nach überflüssig? (Freitext)**

**Welche Punkte empfinden Sie als besonders wichtig? (Freitext)**

**Haben Sie mit dem Manual gearbeitet?**

Ja  Nein

**Gibt es im Manual Unverständlichkeiten oder haben Sie konkrete Änderungsvorschläge? (Freitext)**

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung und freuen uns auf Ihre Rückmeldung!

Nora Degott & Tillman Schubert

#### 7.4 Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich,

dass mir die Promotionsordnung der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität bekannt ist,

ich die Dissertation selbst angefertigt habe und alle von mir benutzten Hilfsmittel, persönlichen Mitteilungen und Quellen in meiner Arbeit angegeben sind,

mich folgende Personen bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskripts unterstützt haben:

Herr Tillman Schubert, Herr Prof. Dr. Bernhard Strauß,

die Hilfe eines Promotionsberaters nicht in Anspruch genommen wurde und dass Dritte weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen von mir für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen,

dass ich die Dissertation noch nicht als Prüfungsarbeit für eine staatliche oder andere wissenschaftliche Prüfung eingereicht habe und

dass ich die gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung nicht bei einer anderen Hochschule als Dissertation eingereicht habe.

Ort, Datum

Nora Degott