

Eine kleine Geschichte der Gruppentherapie

Gary M. Burlingame und Scott Baldwin

- 2.1 Die Gründerjahre: 1900 bis 1930 – 10
 - 2.2 Ausweitung gruppentherapeutischer Modelle und
gruppentherapeutischer Praxis: 1940 bis 1970 – 11
 - 2.3 Spezifische Gruppen für spezifische Populationen: 1980 bis
2010 – 16
 - 2.4 Zukünftige Entwicklungen – 17
- Literatur – 18

In diesem Kapitel fassen wir einige historische Marksteine, Ereignisse und damit verbundene Themen der Gruppentherapie zusammen, geordnet nach drei Epochen (1900 bis 1930, 1940 bis 1970 und 1980 bis zur Gegenwart). In vielen historischen Übersichten zur Gruppentherapie fällt auf, dass es in manchen Zeiten einzigartige Themen gab; andere Themen kehren in der Geschichte immer wieder. Wir beginnen unseren Überblick mit einer Definition von Gruppentherapie und grenzen diese damit von der bloßen Teilnahme an irgendeiner Gruppe ab. Der Überblick endet mit einigen Hinweisen für die Praxis.

Hinweis Dieser Text erschien ursprünglich in englischer Sprache als Kapitel unter dem Titel »Group Therapy« in dem von J. C. Norcross, G. R. Vandenbos und D. K. Freedheim herausgegebenen Buch *History of Psychotherapy – Continuity and Change* (2. Aufl.), Copyright © 2011 by the American Psychological Association (APA), Washington. Übersetzt und adaptiert mit Genehmigung der APA durch B. Strauß. Die APA ist nicht verantwortlich für die Korrektheit der Übersetzung. Die Übersetzung darf ohne schriftliche Genehmigung durch die APA nicht reproduziert und verbreitet werden.

Gruppentherapie

Man kann Gruppenpsychotherapie definieren als die Behandlung einer emotionalen oder psychischen Störung oder eines Anpassungsproblems mithilfe des Mediums Gruppe. Dabei wird darauf fokussiert, auf einer interpersonellen (sozialen), einer intrapersonellen (intrapsychischen) oder Verhaltensebene Veränderungen bei den teilnehmenden Klienten oder Gruppenmitgliedern zu induzieren.

In zeitgemäßen Definitionen von Gruppenbehandlungen sind auch solche Gruppen subsumiert, die eher dem persönlichen Wachstum dienen, die psychoedukativ oder unterstützend/supportiv sind. Diese Art von Gruppen würden wir aber nach unserer Definition nicht als Gruppenpsychotherapien im engeren Sinne bezeichnen, weswegen wir sie

auch in diesem Überblick ausklammern und auf entsprechende andere Übersichten verweisen.

2.1 Die Gründerjahre: 1900 bis 1930

Die meisten Historiker sehen in Joseph Pratt den ersten Praktiker der Gruppentherapie. Joseph Pratt begann bereits 1905, Tuberkulosepatienten in Gruppen zu behandeln. Seine »Klassen zur Gedankenkontrolle« waren ursprünglich als zeitsparendes Mittel gedacht, um die Patienten über ihre Behandlungspläne zu informieren und sie auf diese zu verpflichten, da dies für die Heilung der Krankheit essenziell war. Noch 1900 war die Tuberkulose die zweithäufigste Todesursache, deshalb brauchte Pratt eine kostengünstige Methode, um eine große Zahl von Patienten effektiv zu behandeln. Er konnte damals schon eindeutig Faktoren identifizieren, die »erfolgreichere Klassen« charakterisierten, dazu gehörte beispielsweise die Fähigkeit der Patienten, sich mit anderen zu identifizieren oder überhaupt Hoffnung auf eine Genesung bzw. Vertrauen in die Gruppe zu entwickeln. Nach der Veröffentlichung seiner ersten grundlegenden Arbeit im Jahr 1907 begann Pratt seine »Klassen« langsam in formale Therapiegruppen umzuwandeln. Dieses Unternehmen mündete dann in der Veröffentlichung einer Arbeit im Jahr 1945, in der die Behandlung psychosomatischer Krankheiten in Therapiegruppen beschrieben wurde.

Trotz sich verändernder Sichtweisen bezüglich der Gruppe waren dies gewissermaßen bereits Vorläufer der Themen, die im weiteren Verlauf des letzten Jahrhunderts immer wieder diskutiert wurden, nämlich die Kosteneffektivität von Gruppentherapien, ihre einzigartigen therapeutischen Wirkmechanismen sowie ihr Erfolg bei spezifischen Störungen, wie – im Falle von Pratt – die psychosomatischen Krankheiten.

In den zwei Jahrzehnten nach Pratts ersten Gehversuchen wurden Gruppen sehr viel häufiger genutzt, um psychiatrische Patienten zu behandeln. Lazell (1921) begann 1919, hospitalisierte Schizophrenie zu behandeln, indem er in Gruppen psychoedukative Interventionen anwandte. Ähnlich wie Pratt begann er bereits damals Merkmale erfolgreicher »Klassen« zu dokumentieren, so etwa die

Fähigkeit der Patienten, ihre Erfahrungen mit anderen zu teilen, gegenseitige Unterstützung und Hoffnung zu entwickeln. Lazell erwähnte auch, dass nach der Anwendung von Gruppen vonseiten des Pflegepersonals berichtet wurde, dass die Patienten einen deutlich geringeren Bedarf an Schlafmitteln und Sedativa äußerten.

Trigant Burrow (1928) gilt als der Urheber der *Gruppenanalyse*. Er begann im Jahr 1920 neurotische Patienten in Gruppen zu behandeln. Ein Motiv für Burrow war seine Befürchtung, dass in der zeitgemäßen psychoanalytischen Behandlungspraxis zu sehr die individuelle Patientendynamik fokussiert würde und dadurch Beziehungsfaktoren und soziale Kräfte im Leben des Patienten vernachlässigt würden. Er sah in der Selbstöffnung, im Austausch von Gruppenmitgliedern über bestimmte Themen (konsensuelle Validierung) und in der konkreten Diskussion von Interaktionen im Hier und Jetzt die wesentlichen Heilfaktoren. Ende der 1920er-Jahre äußerte Hans Syz (1928) die Auffassung, dass Gruppen Eigenschaften hätten, durch die die Lebenswelten der Patienten außerhalb der Gruppe gespiegelt würden. Er war der Auffassung, dass Interventionen im Hier und Jetzt die wesentliche Stärke der gruppentherapeutischen Methode ausmachten. Ferner glaubte er, dass sich durch die Fokussierung auf den Austausch im Hier und Jetzt innerhalb der Gruppe dysfunktionale Beziehungsmuster infolge von Einsicht bzw. als Folge des Erwerbs neuer Fertigkeiten verändern würden und damit das Leben der Patienten außerhalb der Gruppe nachhaltig positiv beeinflusst würde.

➤ Die 1930er-Jahre sind gekennzeichnet durch eine Reifung der Gruppe, die insbesondere mit dem Namen Jacob Moreno in Verbindung steht, der schon seit 1908 mit dem Psychodrama experimentiert und 1932 bei einer Tagung der American Psychiatric Association in Philadelphia den Begriff *Gruppentherapie* geprägt haben soll.

Im Jahr 1932 publizierte Moreno ein Buch, in dem er die theoretischen Grundlagen der Gruppenpsychotherapie beschrieb und auch gruppendynamische Beobachtungen integrierte, die verschiedene Autoren zuvor beschrieben hatten (Moreno u. Whitin 1932). Dreikurs (1959) – der Protégé

von Alfred Adler – beschrieb die positive Kraft von Gruppen als Mittel zur Veränderung und als Spiegel der Ursprungsfamilie eines Patienten. Dreikurs wird die Durchführung der ersten *privaten Therapiegruppen* in den 1930er-Jahren zugeschrieben, während Slavson (1943) im selben Zeitraum damit begann, gestörte Kinder in »Aktivitätsgruppentherapien« zu behandeln. Marsh (1931, 1933) wird die Entwicklung der *Milieuthérapie* zugeschrieben, in deren Rahmen *Großgruppen* genutzt werden, um Patienten emotional und im Hinblick auf ihre Involvierung in die Behandlung zu stimulieren. Von ihm stammt der oft zitierte Satz: »By the crowd they have been broken, by the crowd they shall be healed.« Marsh war der Auffassung, dass eine Heilung in Gruppen auf die interpersonellen Interaktionen zwischen den Gruppenmitgliedern zurückzuführen sei.

Innerhalb eines Zeitraums von 25 Jahren wurde die Gruppentherapie in dieser Gründerphase also zu einem kosteneffektiven Behandlungsformat entwickelt; sie wurde integriert in die damals dominierenden Behandlungsansätze (d. h. primär in die Psychoanalyse) und zu einem Behandlungsmodell weiterentwickelt, dem spezifische therapeutische Wirkungen zugeschrieben wurden. Diese drei Perspektiven auf die Gruppentherapie waren auch in den darauffolgenden Dekaden prominente Themen, wobei diese durchaus auch kontrovers diskutiert wurden.

2.2 Ausweitung gruppentherapeutischer Modelle und gruppentherapeutischer Praxis: 1940 bis 1970

Um die Entwicklung der Gruppentherapie in den nächsten vier Jahrzehnten (1940 bis 1970; eine Übersicht gibt [Tab. 2.1](#)) zu verstehen, sind verschiedene Kontextfaktoren bedeutsam:

- Einer dieser Faktoren ist die Multiplikation verschiedener psychoanalytischer Gruppenmodelle, die sich vor allem darin unterscheiden, inwieweit sie das Individuum bzw. die Gruppendynamik fokussieren.
- Ein zweiter kontextueller Faktor ist die Entwicklung alternativer Psychotherapien, wie beispielsweise der Gestalttherapie,

■ Tab. 2.1 Meilensteine in der Entwicklung von Gruppentherapien, 1940 bis 1970

| Jahr | Person/Ereignis | Spezifikation |
|--------|-----------------------------------|---|
| 1942 | Erste professionelle Vereinigung | Moreno gründet die American Society for Group Psychotherapy & Psychodrama (ASGPP) |
| 1943 | Zweite professionelle Vereinigung | Slavson gründet die American Group Psychotherapy Association (AGPA) |
| 1946 | Rogers | Rogers beginnt in Chicago den Einsatz von Gruppen für die Supervision von Ausbildungsteilnehmern zu explorieren |
| 1946 | Lewin und Kollegen | Geburt der Trainings- oder T-Gruppen |
| 1946 | Moreno | Das Psychodrama wird in einem Buch über Gruppen zum Studium interpersoneller Beziehungen weiterentwickelt |
| 1948 | Foulkes | Veröffentlichungen zur Gruppenanalyse mit der Auffassung, dass die »Gruppe mehr ist als die Summe ihrer Einzelteile« |
| 1949 | Wolf | Psychoanalyse der Gruppen reift durch seine Schriften |
| 1950 | Slavson | Analytische Gruppentherapie mit einem Fokus auf dem Einzelnen statt auf der Gruppe |
| 1951 | Rogers | Klientenzentrierte Therapie wird in Gruppen angewandt |
| 1951 | Lewin | Einführung der sozialpsychologischen Feldtheorie als eine Möglichkeit, Gruppendynamik zu verstehen |
| 1951 | Perls u. Kollegen | Entwicklung der Gestalttherapie mit Einfluss auf die Gruppentherapie |
| 1955/7 | Corsini u. Rosenberg | Zusammenfassung der Literatur zu therapeutischen Faktoren und Buch zu Gruppenmethoden |
| 1961 | Lazarus | Anwendung der systematischen Desensibilisierung in Gruppen |
| 1961 | Bion | »Erfahrungen in Gruppen«, Integration von Konzepten der Gruppenarbeit und Zuständen der Gruppe (Grundannahmen) |
| 1964 | Whitaker u. Lieberman | Fokalkonflikt der Gruppe als Phänomen der Gruppe als Ganzes |
| 1968 | Parloff | Aufruf zur Integration der Literatur zu erfahrungsorientierten und therapeutischen Gruppen |
| 1969 | Perls | Gestalttherapie und Transaktionsanalyse werden – insbesondere im Esalen Institute – vermehrt eingesetzt |
| 1970 | Yalom | Erste Ausgabe des Klassikers Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie |
| 1970 | Rogers | Buch über Encounter-Gruppen mit klientenzentrierten Elementen |
| 1973 | Lieberman, Yalom u. Miles | Publikation der wohl meistzitierten Studie zu Encounter-Gruppen |
| 1974 | Meichenbaum | Grundlegung der kognitiven Verhaltenstherapie |
| 1976 | Beck | Entwicklung der kognitiven Therapie (anfangs der Depression) |
| 1977 | Rose | Veröffentlichung eines Buches zur Verhaltenstherapie in Gruppen mit Diskussion der therapeutischen Eigenschaften der Gruppe |
| 1977 | Meichenbaum u. Genest | Anwendung kognitiv-behavioraler Techniken bei der Behandlung von Angstpatienten in Gruppen |

humanistischer Ansätze, der Verhaltens-therapie, interpersoneller und kognitiver Therapiemethoden. Das Gruppenformat wurde von diesen verschiedenen Ansätzen in unterschiedlichem Ausmaß als kosteneffektive Behandlung mit spezifischem therapeutischem Potenzial inkorporiert.

- Der dritte Faktor schließlich ist verbunden mit der sozialpsychologischen Untersuchung von Kleingruppen, aus der eine ganze Reihe von Gruppenmodellen entstanden, die zunächst nichtklinische Populationen betrafen, z. B. die Teilnehmer von sog. T(rainings)-Gruppen, Sensitivity-Gruppen oder Encounter-Gruppen.
- Schließlich erfuhr die Gruppentherapie einen deutlichen Schub in Bezug auf die klinische Praxis, der insbesondere durch bestehende, oft extern verursachte Mängel innerhalb des Gesundheitssystems entstand. Ein Beispiel hierfür ist der immense Behandlungsbedarf von Veteranen des Zweiten Weltkriegs während der 1940er-Jahre (Kline u. Dreyfus 1948), aber auch der Bedarf an Gruppen, der in den 1970er-Jahren infolge der öffentlichen Finanzierung von Behandlungsangeboten für psychisch Kranke entstand. Diese Behandlungsangebote waren häufig gruppenbasiert (in den USA beispielsweise in State Hospitals oder in psychiatrischen Gemeindezentren).

■ Psychoanalytische Gruppenmodelle

Eine nützliche, wenngleich wahrscheinlich zu einfache Art und Weise, psychoanalytische Gruppen in der Zeit zwischen 1940 und 1970 zu differenzieren, orientiert sich an deren Fokus auf dem Individuum bzw. auf der Gruppendynamik. Slavson (1950, 1964), der Gründer der American Group Psychotherapy Association (AGPA, 1943) war ein psychoanalytischer Autodidakt, der in seinen Gruppentherapien sehr viel mehr das Individuum im Vergleich zur Gruppendynamik beachtete. Wenngleich er möglicherweise sogar den Begriff »Gruppendynamik« geprägt hat, war er der Auffassung, dass gruppendynamische Phänomene die individuelle Analyse in der Gruppe eher störten und dazu beitragen, dass sich die Intensität der Übertragung aufgrund von Einflussfaktoren der Gruppe reduziert. Alexander Wolf (1949) war ebenfalls ein Vertreter der Psychoanalyse,

der die Bedeutung der *individuellen Therapie innerhalb der Gruppe* unter Verwendung von Übertragungsdeutungen, Arbeit mit Träumen und Verbindungen zwischen der Vergangenheit und der Gegenwart eines einzelnen Gruppenmitglieds propagierte. Anders als Slavson war er aber der Auffassung, dass eine vertiefte Analyse durch die Gruppenumgebung aufgrund der multiplen Übertragungen, die durch die Gegenwart anderer Gruppenmitglieder gefordert wird, eher unterstützt würde. Wolf sah dennoch die primäre Aufgabe des Gruppenanalytikers darin, die individuellen Ich-Stärken des Einzelnen zu fördern und weniger auf die Entwicklung der Gruppe zu achten.

Eine ganze Reihe anderer psychoanalytischer Autoren sahen die interaktiven Eigenschaften der *Gruppe als Ganzes* als die kritische Komponente eines Behandlungsprozesses. H. S. Foulkes (1949) arbeitete mit Veteranen des Zweiten Weltkriegs und orientierte sich an der gestaltpsychologischen Position, der zufolge die Gruppe mehr als die Summe ihrer Einzelteile (d. h. die individuellen Mitglieder) darstellt. Er glaubte, dass Gruppenmitglieder nicht wirklich verstanden werden können, wenn man ihre Interaktionen miteinander nicht in Betracht zieht. Beispielsweise war Foulkes der Meinung, dass die Störung des Einzelnen die Figur oder den Fokus, während die Gruppeninteraktion den Hintergrund oder Kontext darstelle. Bion (1961), der mit ähnlichen Gruppen arbeitete, weitete die Auffassung von der Gruppe als Ganzes sogar noch aus, indem er vermutete, dass das Aushandeln von einzelnen Schritten in der Gruppe ganz entscheidend für Veränderungen bei einzelnen Mitgliedern zu sehen sei. Er glaubte, dass alle Gruppen drei unbewusste »Grundannahmen« aufwiesen (Abhängigkeit, Kampf und Flucht sowie Paarbildung) und dass nur deren Auflösung der Gruppe den Weg ebnete würde, sowohl auf gruppen- wie auch auf individueller Ebene therapeutische Veränderungen zu erreichen. Whitaker u. Lieberman (1964) beriefen sich auf Bion und beschrieben fokale Gruppenkonflikte sowie die Tendenz innerhalb einer Gruppe, das Gros der Aktivitäten der Gruppenmitglieder auf die Lösung dieser Konflikte auszurichten. Ähnlich wie Bion waren die Autoren der Auffassung, dass eine erfolgreiche Lösung des Fokalkonflikts der Gruppe die wesentliche Voraussetzung für die Veränderung des Einzelnen darstelle.

■ Neue Gruppenmodelle

Die zweite Epoche, die in diesem historischen Überblick betrachtet wird, sah auch die Entwicklung einer ganzen Reihe neuer therapeutischer Ansätze, die typischerweise zunächst als Einzeltherapie entwickelt, dann aber auch in einem Gruppenformat angewandt wurden.

Diese Zeitspanne war auch durch die Gründung zweier professioneller Vereinigungen von Gruppentherapeuten charakterisiert, von denen die eine eher dafür eintrat, Einzelpersonen *in der Gruppe* zu behandeln, während die zweite Vereinigung die Bedeutung der *Gruppe als Ganzes* hervorhob. Tatsächlich könnte man diese Zweiteilung (Betonung des Einzelnen vs. Betonung der Gruppe) als Basis dafür verwenden, Gruppentherapiemodelle der folgenden 70 Jahre zu definieren und zu differenzieren.

Die American Society for Group Psychotherapy and Psychodrama (ASGPP), gegründet 1942 von J. Moreno, war wahrscheinlich die erste professionelle Vereinigung von Gruppentherapeuten. Psychodrama – im Zentrum der ASGPP stehend – sollte die emotionale Belastung einer einzelnen Person reduzieren, indem diese Person problematische Beziehungen mit den anderen Gruppenmitgliedern, die symbolisch für bedeutsame andere Menschen stehen, gewissermaßen in Szene setzt oder reinszeniert (Moreno 1946). Als Kurzgruppentherapie war diese Methode ganz auf Aktivität, Spontaneität und Kreativität ausgerichtet. Die eher formelle Rolle des Therapeuten in psychoanalytischen Gruppen wird im Psychodrama dadurch ersetzt, dass der Therapeut mehr zum Regisseur wird und darauf achtet, dass die von Patienten dramatisch inszenierten Rollen in Bezug gesetzt werden zu den Herausforderungen, die sie im Leben durcharbeiten müssen. Ein Jahr nachdem Moreno die ASGPP gegründet hatte, organisierte Slavson die Gründung der American Group Psychotherapy Association (AGPA). Die Ursprünge der AGPA sind eindeutig psychoanalytisch und darauf bezogen, Einzelpersonen in einer Gruppe zu behandeln. Die AGPA versucht immer noch, ihre psychodynamische Tradition aufrechtzuerhalten, hat sich mittlerweile aber zu einer multidisziplinären Gesellschaft weiterentwickelt, in der ein breites Spektrum von gruppentherapeutischen Ansätzen Platz findet.

Während der 1940er- und 1950er-Jahre entwickelten sich zwei therapeutische Ansätze, die

ebenfalls stark zur Entwicklung der Gruppentherapie bzw. zur Encounter-Bewegung der 1960er- und 1970er-Jahre beitrugen. Fritz Perls und seine Kollegen (Perls et al. 1951) begannen mit der Entwicklung der Gestalttherapie, die einige Ähnlichkeiten zum Psychodrama aufweist. Beispielsweise werden auch in der Gestalttherapie Patientenrollen in Verbindung gebracht mit bestimmten Aufgaben der Gruppenmitglieder, die eigentlich gesunde Menschen sind, aber gerade bestimmte Lebensprobleme zu bewältigen haben. Der Therapeut wiederum wird als eine Person gesehen, die den Gruppenmitgliedern dabei beisteht, bestimmte Blockierungen zu lösen oder vermiedene Themen anzugehen. Ähnlich wie das Psychodrama ist die Gestalttherapie als Kurzzeitintervention konzipiert, in deren Rahmen der Therapeut nach und nach mit einzelnen Mitgliedern arbeitet, die für eine derartige »Arbeit« bereit sind. Die übrigen Gruppenmitglieder bilden gewissermaßen einen empathisch unterstützenden Hintergrund. Mitglieder auf einem »heißen Stuhl« bekommen in der Regel einen gewissen Anteil an der Gruppensitzung, was dazu führt, dass meistens drei bis sechs Mitglieder innerhalb einer Sitzung im Zentrum des Gruppenkreises arbeiten können. Die Popularität der Gestaltgruppen wurde deutlich gesteigert, nachdem Perls in das Esalen Institute in Kalifornien umgezogen war, wo er in den 1960er-Jahren wirkte (Perls 1969).

Etwa zur gleichen Zeit entwickelte Carl Rogers (1951) die klientenzentrierte Therapie. Bereits in den frühen 1950er-Jahren wurde Rogers' Methode als Gruppentherapie integriert und erfolgreich bei verschiedenen medizinischen Populationen angewandt (ältere Patienten, stationäre Patienten, behinderte Kinder). Die therapeutische Beziehung in diesen Gruppen war sehr permissiv, der Fokus lag klar auf dem persönlichen Bezugssystem des Klienten. Rogers vertraute sehr stark auf die organische Fähigkeit einer Gruppe, sich in einer therapeutischen Richtung zu bewegen. Klientenzentrierte Gruppen waren für die Weiterentwicklung der klinischen Gruppentherapie sehr einflussreich, gleichermaßen beeinflusste Rogers aber auch die Forschung zu Encounter-Gruppen.

Arnold Lazarus (1961) war einer der Ersten, der Verhaltenstherapie in Gruppen (speziell systematische Desensibilisierung) anwandte, um Gruppenmitglieder mit ähnlichen Ängsten simultan zu

behandeln. Aufbauend auf der Beobachtung einer Ungleichverteilung von Behandlungsangeboten im Bereich der psychischen Gesundheit, sah Lazarus gewissermaßen eine »doppelte Ökonomie« in der Kombination der Kurzzeitverhaltenstherapie mit der zeiteffektiven Gruppenbehandlung. Eine seiner ersten Gruppenstudien bezog sich auf 35 Angehörige der südafrikanischen Mittelschicht, die an phobischen Ängsten litten und randomisiert entweder Desensibilisierungsgruppen, »interpretativen« oder Entspannungsgruppen zugeordnet wurden. Durch einen In-vivo-Test zur Stresstoleranz stellte Lazarus fest, dass die Patienten in den VT-Gruppen besser abschnitten. Fünf Jahre später erweiterten Paul u. Shannon (1966) die Forschung von Lazarus, indem sie drei Einzeltherapieansätze (systematische Desensibilisierung, einsichtsorientierte Therapie sowie eine Aufmerksamkeitsplacebobedingung) mit der Desensibilisierung in Gruppen verglichen. Die Desensibilisierungsgruppe umfasste vier Sitzungen mit dem Fokus auf einer Reedukation, in deren Rahmen der Gruppenleiter durch »eine Generalisierung der Bemerkungen eines Klienten auf die anderen intervenierte, durch die Betonung von Ähnlichkeiten zwischen den Problemen, Erfahrungen und Emotionen der Gruppenmitglieder und dadurch, dass er Fragen an die Gruppe richtete« (S. 128; Übers. B. Strauß). Die Autoren fanden, dass die kombinierte VT-Gruppenbedingung im Hinblick auf die Behandlung sozialer Angst im Vergleich zu den anderen Behandlungsbedingungen deutlich überlegen war und dass die positiven Veränderungen bis zu zwei Jahre stabil blieben.

➤ **Die 1970er-Jahre brachten zwei Therapieformen hervor, die in der Folgezeit von großem Einfluss waren: zum einen Irvin Yaloms interpersonelle Gruppenpsychotherapie, zum anderen die kognitiv-behavioralen Modelle von Ellis, Beck und Meichenbaum.**

1970 publizierte Irvin Yalom erstmalig den bis heute klassischen Text über Gruppentherapie: *The theory and practice of group psychotherapy* (dt.: *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*). Aufbauend auf einer Ausbildung in der interpersonellen Tradition von H. S. Sullivan, sah Yalom damals schon die Interaktion zwischen den Mitgliedern als Schlüssel zur

Veränderung in Gruppen. Yalom entwickelte ältere Konzepte im Hinblick auf die Frage weiter, wie Interventionen im Hier und Jetzt interpersonelle Muster und Wahrnehmungsverzerrungen maladaptiver Natur verändern können. Interpersonelles Feedback, konsensuelle Validierung und Selbstbeobachtung wurden von ihm als Schlüsselprozesse definiert, die Gruppenmitgliedern dabei helfen sollten, jene Wahrnehmungsverzerrungen zu verändern, die maladaptive interpersonelle Muster aufrechterhalten.

Yaloms Text, mittlerweile in der fünften Auflage, bleibt nach wie vor einer der populärsten und am häufigsten zitierten Arbeiten zur Gruppenpsychotherapie (gemäß <http://scholar.google>, aufgesucht am 12. Mai 2009, 3.598 Zitierungen). Im Gegensatz zu Yalom entwickelten Aaron Beck (1976), Donald Meichenbaum (Meichenbaum u. Genest 1977) und Albert Ellis (1962, 1992) in ihren Arbeiten ein kognitives Modell: Demzufolge ist eine psychische Störung über die Art und Weise erklärbar, in der ein Mensch über Lebensereignisse und Lebensumstände nachdenkt. Beginnend in den späten 1970er-Jahren wurden kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppen routinemäßig zur Behandlung von Angst angewandt (z. B. Meichenbaum u. Genest 1977; Meichenbaum et al. 1971).

■ **Sozialpsychologische Gruppen**

Eine wichtige Entwicklung für die Gruppentherapie ist Kurt Lewin zu verdanken, einem der Väter der Sozialpsychologie. Lewin und drei seiner Kollegen (Bradford, Lippitt und Benne) wandten gruppendynamische Prinzipien an, um soziale Veränderungen anzustoßen, und gingen davon aus, dass jedes Individuum innerhalb seiner sozialen Umwelt verstanden werden müsse. Darauf bezogen, entwickelten sie in den 1940er-Jahren die Bewegung des Nationalen Trainingslabors. Lewins Gruppen wurden bekannt als Trainings- oder T-Gruppen und trugen maßgeblich zur Entwicklung von Lewins Feldtheorie der Gruppendynamik (1951) bei. In den 1950er-Jahren wechselte der Fokus der T-Gruppen dann von der sozialen Veränderung zum persönlichen Wachstum, was zu einer Umbenennung der Gruppen in Sensitivity- oder Encounter-Gruppen beitrug. Ziele dieser Gruppen waren, Mitgliedern dabei zu helfen, Sensitivität und Bewusstsein für die eigenen Gefühle und Reaktionen zu entwickeln, das Verständnis für Gruppeninteraktionen zu fördern und schließlich das

eigene Verhalten modifizieren zu lernen. Der Fokus auf Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen in einem spezifischen Moment war durchaus vergleichbar mit den Hier-und-Jetzt-Interventionen innerhalb der Gruppenpsychotherapie.

In den 1960er- und 1970er-Jahren kam es zu einer regelrechten Explosion des Angebots an diesen erfahrungsorientierten Gruppen in der Forschung und in der Praxis, die auch Publikationen über Gruppen stark beeinflusste und deren Anzahl massiv steigerte. Teilweise wurden gruppentherapeutische Ansätze mit den erfahrungsorientierten Gruppen verschmolzen. Viele bekannte Therapeuten, wie beispielsweise Carl Rogers (1970), schlossen sich der Encounter-Bewegung an (Schutz 1967). Wie schon erwähnt, gewann die Gestalttherapie von Fritz Perls an Popularität, als er in das Esalen Institute in Kalifornien umzog, ein Ausbildungszentrum für Encounter- und Sensitivity-Gruppen in den 1960er-Jahren.

Theoretische Konstrukte, mit denen effektive Gruppen erklärt wurden, wurden zunächst von Sozialpsychologen beschrieben und dann von Psychologen in Encounter-, Sensitivitäts- und Therapiegruppen erprobt. Zum damaligen Zeitpunkt wurden in Übersichtsarbeiten zur Gruppenpsychotherapie Befunde aus der Therapie bzw. der Encounter-Gruppen-Forschung vermischt, als wären sie schlicht austauschbar (z. B. Bednar u. Lawlis 1971; Bednar u. Kaul 1978). Die späten 1960er- und frühen 1970er-Jahre wurden dadurch rückblickend zu einer etwas verwirrenden Epoche, wobei die Fusion erfahrungsorientierter und therapieorientierter Gruppen zu einer partiellen Identitätskrise von Gruppen beitrug.

Sicher gab es in den verschiedenen Epochen der Entwicklung von Gruppentherapien deutliche Ähnlichkeiten bzw. vergleichbare Themen, wie beispielsweise die Kosteneffektivität oder die Integration der Gruppe in existierende Therapiemodelle. Es gab aber auch Unterschiede. So ist die zweite hier dargestellte Epoche zumindest zum Ende hin dadurch gekennzeichnet, dass sich so etwas wie theoretische und empirische Klarheit bezüglich gruppentherapeutischer Veränderungsmechanismen entwickelte, und zwar sowohl in Bezug auf die klinische Literatur (z. B. Corsini u. Rosenberg 1955) als auch in Bezug auf die Literatur zu erfahrungsorientierten Gruppen (z. B. Lieberman et al. 1973). Darüber hinaus war bereits

zu beobachten, dass sich spezifische Behandlungen für spezifische Störungen zu entwickeln begannen, insbesondere im Bereich der Verhaltenstherapie und der kognitiven Therapie, und dass die Forschungsansätze zur Gruppentherapie methodisch sehr viel anspruchsvoller wurden. Diese Veränderungen bildeten gewissermaßen die Grundlage für die Entwicklung der letzten 30 Jahre – sowohl in der Forschung als auch in der Praxis.

2.3 Spezifische Gruppen für spezifische Populationen: 1980 bis 2010

Bis in die frühen 1980er-Jahre war die Identität der meisten Gruppentherapien letztlich um eine theoretische Orientierung organisiert, d. h. entweder humanistisch, erlebnisorientiert, interpersonell, prozessorientiert oder psychodynamisch. Dies führte zu Schlussfolgerungen bezüglich der Effektivität von Gruppen, in denen diagnostische bzw. patientenbezogene Merkmale in der Regel noch keine Rolle spielten.

➤ **Die Auffassung, dass spezifische Gruppen für spezifische Probleme entwickelt und überprüft werden sollten, führte zu einer Veränderung in der Konzeptualisierung von Gruppen.**

In der Zeit nach 1980 zeigt sich diese Veränderung eindeutig in den veröffentlichten Studien. Eine Übersicht von 400 Gruppenstudien aus der Zeit zwischen 1980 und 1992 identifizierte 30 unterschiedliche spezifische Patientenpopulationen, die mit Gruppentherapien behandelt wurden (Fuhrman u. Burlingame 1994). In dieser Zeit wurden kognitiv-behaviorale Therapien bei der Behandlung dieser Populationen fünfmal häufiger angewandt als andere Arten von Gruppentherapien, wie klientenzentrierte, Psychodrama- oder Gestaltgruppen. In der damaligen Übersicht konnten bereits zehn verschiedene Übersichtsarbeiten gefunden werden, in denen die Ergebnisse von Gruppentherapien bezüglich Depression, Essstörungen, Verarbeitung von Verlusten, Schizophrenie sowie Gruppentherapien mit älteren Patienten dargestellt wurden. In der Regel zeigten die Übersichtsarbeiten, dass die Gruppenbehandlungen

Kontrollgruppen eindeutig überlegen und den Ergebnissen anderer aktiver Behandlungen ebenfalls überlegen oder zumindest vergleichbar waren. Sieben verschiedene Metaanalysen der damaligen Zeit folgerten im Hinblick auf die *differenzielle Effektivität von Gruppen- und Einzeltherapie* in vier Fällen, dass keine Unterschiede zwischen den Settings bestanden, während drei Metaanalysen der Einzeltherapie gewisse Vorteile zuschrieben.

Im folgenden Jahrzehnt fassten Burlingame, MacKenzie und Strauß (Burlingame et al. 2004a) 107 Studien und 14 Metaanalysen im Hinblick auf sechs verschiedene Störungsbilder bzw. vier Patientenpopulationen zusammen (Störungsbilder: affektive Störungen, Angst, Essstörungen, Substanzenmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen und psychotische Störungen; Populationen: Ältere, Opfer häuslicher Gewalt und sexuellen Missbrauchs, körperlich Kranke). Die Studien wurden zwischen 1990 und 2001 publiziert. Die Autoren fanden ein sehr ähnliches Muster, d. h. eine klare Dominanz von kognitiven, verhaltenstherapeutischen bzw. kognitiv-behavioralen Gruppen als Untersuchungsgegenstand für eine Reihe von Störungen. Wie in der früheren Übersicht wurde ein 5 : 1-Verhältnis bezüglich der Zahl kognitiv-verhaltenstherapeutischer Studien gegenüber anderen Alternativansätzen bestätigt. Die wissenschaftliche Untersuchung nicht verhaltenstherapeutischer Gruppen, beispielsweise prozessorientierter oder interpersoneller Gruppen, fand sich häufiger für ganz spezifische Patientenpopulationen wie beispielsweise Traumaopfer oder Patienten mit Substanzenmissbrauch. Die Übersichtsarbeit kam zu dem Schluss, dass das Ausmaß an Effektivität in Abhängigkeit von den Patientenpopulationen durchaus variierte. Beispielsweise zeigte sich, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppen bei der Behandlung sozialer Phobie besonders wirksam waren, während bei anderen Störungsbildern (z. B. affektiven Störungen und Essstörungen) verschiedene Behandlungen wirksam und vergleichbar erfolgreich waren. Weitere diagnostische Indikationen (z. B. Zwangsstörungen, Substanzenabhängigkeit) konnten der Übersicht zufolge immerhin mit zufriedenstellendem Ergebnis behandelt werden. Andere dagegen sollten im Hinblick auf die Wirksamkeit von Gruppenpsychotherapien noch weiter untersucht werden (z. B. Opfer häuslicher Gewalt, Traumapatienten).

Die größere Spezifität der Behandlungen und die deutlich störungsorientiertere Anwendung von Gruppentherapien hat möglicherweise auch ein neues Feld für die systematische Studie von Veränderungsmechanismen in Gruppen eröffnet, das Untersuchern ermöglichen sollte, programmatisch Verbindungen zwischen Ausgangsmerkmalen vor der Behandlung, Gruppenpsychotherapieprozessen und dem Therapieergebnis zu überprüfen. Entsprechend hat sich in den letzten 20 Jahren durchaus wieder eine Richtung in der Forschung entwickelt, in der vermehrt Veränderungsprozesse fokussiert werden. Themen wie therapeutische Faktoren (z. B. Kohäsion), Gruppenentwicklung, Mitgliederinteraktion usw. haben dazu beigetragen, dass sowohl Messinstrumente weiterentwickelt wurden als auch differenziertere Studien im Hinblick auf Behandlungen bzw. Patientenpopulationen durchgeführt wurden.

In einer Übersicht von Burlingame et al. (2004b) wurde die Evidenz für die Bedeutung von elf verschiedenen gruppenbezogenen Eigenschaften zusammengefasst und verschiedenen Kategorien zugeordnet (Gruppenstruktur, verbale Interaktion, therapeutische Beziehungen sowie therapeutische Faktoren). Die Übersicht zeigt, dass beispielsweise der systematische Einsatz von interpersonellem Feedback und eine positive Arbeitsbeziehung das Therapieergebnis gut bis exzellent vorhersagen können. Die Vorbereitung von Gruppenmitgliedern auf die Therapie, die frühe Klärung der Gruppenstruktur, aber auch das Gruppenklima und diverse therapeutische Faktoren stehen zumindest in einem vielversprechenden Verhältnis zum Behandlungsergebnis.

2.4 Zukünftige Entwicklungen

Wir sind optimistisch, dass nach über einem Jahrhundert Entwicklungsarbeit die gruppenpsychotherapeutische Praxis weiterhin bedeutend sein wird. Wir stellen uns vor, dass »evidenzbasierte Gruppentherapeuten« in ihrer Praxis vor allem drei Ressourcen nutzen werden:

- Zum einen sollten sie jene Behandlungsansätze auswählen, die in unterschiedlichen Populationen auf ihre Effektivität hin überprüft worden sind. Ein wenig gleicht die Entwicklung der letzten Zeit durchaus der, die

Pratt seinerzeit durchlaufen hat, als er zunächst begann, Gruppen primär als kosteneffektives Medium zu nutzen, und dann zunehmend Gruppenbehandlungen für spezifische klinische Populationen entwickelte (z. B. White u. Freeman 2000; Bieling et al. 2006).

- Die zweite Ressource könnten sog. Praxisleitlinien sein, wie sie beispielsweise jüngst von einer Arbeitsgruppe der AGPA zumindest für den Bereich der dynamischen, interaktionellen und beziehungsorientierten Gruppenpsychotherapie publiziert wurden (vgl. ► Kap. 16).
- Die dritte Ressource für den evidenzbasierten Kliniker könnte das sein, was als praxisbasierte Evidenz bezeichnet wird und beschreibt, wie Veränderungen von Patienten kontinuierlich erfasst werden können. Im Minimalfall umfasst dies den wiederholten Einsatz eines änderungs-sensitiven Instruments zur Messung von Symptomatik, das tatsächlich auch Veränderungen, die durch die Therapie bedingt sind, abbildet. Im Jahr 2006 wurde von der AGPA eine ganze Batterie von Auswahlmaterialien und Materialien zur Prozessergebnisdiagnostik in der Gruppentherapie veröffentlicht, die es Gruppentherapeuten ermöglichen sollen, ihre eigenen Gruppentherapien empirisch zu begleiten und zu evaluieren.

Die letzten hundert Jahre haben seit Pratts ersten Versuchen mit Tuberkulosepatienten im Hinblick auf die Entwicklung von Gruppentherapien doch beachtenswerte Veränderungen erbracht. Heute haben Kliniker ein breites Feld an evidenzbasierten Behandlungen zur Verfügung, mit denen sie die meisten Störungen behandeln können, und darüber hinaus ein breites Spektrum an evidenzbasierten Ressourcen, die in der Praxis nutzbar sind. Für die Zukunft erwarten wir eine Weiterentwicklung, die zu einer noch ausgeprägteren Steigerung der Effektivität gruppenbasierter Behandlungen führen wird.

Literatur

- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Bednar, R., & Lawlis, G. (1971). Empirical research in group psychotherapy. In A. Bergin & S. Garfield (Hrsg.),
- Handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 812–838). New York: Wiley.
- Bednar, R., & Kaul, T. (1978). Experiential group research: Current perspectives. In S. Garfield & A. Bergin (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2. Aufl., S. 769–815). New York: Wiley.
- Bieling, P., McCable, R., & Antony, M. (2006). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. New York: Guilford Press.
- Bion, W. (1961). *Experiences in groups*. New York: Basic Books.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauß, B. (2004a). Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5. Aufl., S. 647–696). New York: Wiley.
- Burlingame, G., Fuhrman, A., & Johnson, J. (2004b). Process and outcome in group counseling and psychotherapy: a perspective. In J. DeLucia-Waack, C. Kalodner & M. Riva (Hrsg.), *Handbook of group counseling and psychotherapy* (S. 49–61). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Burrow, T. (1928). The basis of group-analysis, or the analysis of reactions of normal and neurotic individuals. *British Journal of Medical Psychology*, 8, 198–206.
- Corsini, R., & Rosenberg, B. (1955). Mechanisms of group psychotherapy: Processes and dynamics. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 15, 406–411.
- Dreikurs, R. (1959). Early experiments with group psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 13, 882–891.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart Press.
- Ellis, A. (1992). Group rational-emotive and cognitive-behavioral therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 42, 63–80.
- Foulkes, S. H. (1949). *Introduction to group-analytic psychotherapy: Studies in the social integration of individual and groups*. New York: Grune & Stratton.
- Fuhrman, A., & Burlingame, G. (1994). Group psychotherapy: Research and practice. In A. Fuhrman & G. Burlingame (Hrsg.), *Handbook of group psychotherapy: an empirical and clinical synthesis* (S. 3–40). New York: Wiley.
- Kline, N. S., & Dreyfus, A. (1948). Group psychotherapy in veteran's administration hospitals. *American Journal of Psychiatry*, 104, 618–622.
- Lazarus, A. A. (1961). Group therapy of phobic disorders by systematic desensitization. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 504–510.
- Lazell, E. W. (1921). The group treatment of dementia praecox. *Psychoanalytic Review*, 8, 168–179.
- Lieberman, M., Yalom, I., & Miles, M. (1973). *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books.
- Lewin, K. (1951). *Field theory in social science*. New York: Harper.
- Marsh, L. C. (1931). Group treatment for the psychoses by the psychological equivalent of the revival. *Mental Hygiene*, 15, 328–349.
- Marsh, L. C. (1933). An experiment in group treatment of patients at Worcester State Hospital. *Mental Hygiene*, 17, 396–416.

- Meichenbaum, D., Gilmore, B., & Fedoravicius, A. (1971). Group insight versus group desensitization in treating speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 36*, 410–421.
- Meichenbaum, D., & Genest, M. (1977). Treatment of anxiety. In G. Harris (Hrsg.), *The group treatment of human problems: A social learning approach* (S. 315). New York: Grune & Stratton.
- Moreno, J., & Whitin, E. (1932). *Application of the group method to classification*. New York: National Commission on Prison and Prison Labor.
- Moreno, J. L. (1946). *Psychodrama* (Bd. 1). New York: Beacon House.
- Paul, G. L., & Shannon, D. (1966). Treatment of anxiety through systematic desensitization in therapy groups. *Journal of Abnormal Psychology, 71*, 124–135.
- Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement, and growth in the human personality*. New York: Dell.
- Perls, F. (1969). *Ego, hunger & aggression: the beginning of gestalt therapy*. New York: Random House.
- Pratt, J. H. (1907). The organization of tuberculosis classes. *Medical Communications of the Massachusetts Medical Society, 20*, 475–492.
- Pratt, J. H. (1945). Group method in the treatment of psychosomatic disorders. *Sociometry, 8*, 323–331.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C. (1970). *Carl Rogers on encounter groups*. New York: Harper & Row.
- Schutz, W. (1967). *Joy: Expanding human awareness*. New York: Grove Press.
- Slavson, S. R. (1943). *An introduction to group therapy*. New York: Commonwealth Fund.
- Slavson, S. R. (1950). *Analytic Group Psychotherapy*. New York: Commonwealth Fund.
- Slavson, S. R. (1964). *A textbook in analytic group psychotherapy*. New York: International Universities Press.
- Syz, H. (1928). Remarks on group analysis. *American Journal of Psychiatry, 85*, 141–148.
- Whitaker, D. S., & Lieberman, M. A. (1964). *Psychotherapy through the group process*. New York: Atherton Press.
- White, J., & Freeman, A. (2000). *Cognitive-behavioral group therapy*. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Wolf, A. (1949). The psychoanalysis of groups. *American Journal of Psychotherapy, 3*, 525–558.
- Yalom, I. D. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5. Aufl.). New York: Basic Books.



<http://www.springer.com/978-3-662-54643-7>

Gruppenpsychotherapie

Lehrbuch für die Praxis

Strauß, B.; Mattke, D. (Hrsg.)

2018, XXIII, 501 S. 21 Abb. Book + eBook., Hardcover

ISBN: 978-3-662-54643-7