

Offen oder geschlossen? Das ist hier die Frage!

Ursula Melicherova, Volker Köllner

Gruppenpsychotherapeutische Angebote spielen in der stationären Versorgung von psychiatrischen und psychosomatischen Patienten eine zentrale Rolle. Im Kontrast dazu bleibt im ambulanten Bereich die Einzeltherapie das am häufigsten angebotene Format [1]. Dabei zahlreiche Studien zeigen, dass Gruppentherapie genauso wirksam sein kann wie Einzeltherapie [2].

Auch im Sinn der evidenzbasierten Medizin wurden in den vergangenen Jahrzehnten zahlreiche Studien zu störungsspezifischer Psychotherapie (auch Gruppentherapie) durchgeführt. Dabei konnten sowohl Wirksamkeit als auch ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis der Gruppenpsychotherapie für die meisten Störungsbilder nachgewiesen werden [2].

Allerdings fallen die Abbruchraten im Gruppensetting deutlich höher aus als im Einzelsetting [3]. Im klinischen Alltag würde sich manch ein Patient eher für die Einzeltherapie entscheiden.

Oft berichtete Bedenken der Patienten beinhalten Angst vor Abweisung oder Beschämung durch andere Gruppenmitglieder. Mangelndes Vertrauen führt oft zur Sorge, dass in der Gruppe berichtete Inhalte nicht vertraulich behandelt werden. Es stellt sich die Frage, ob solche Sorgen minimiert werden können, wenn Gruppen in einem geschlossenen Format angeboten werden, sodass Verunsicherung durch den Wechsel von Gruppenmitgliedern ausbleibt.

Ein blinder Fleck in der Forschung

In der Geschichte der Psychotherapieforschung wurde die Gruppentherapie ein wenig stiefmütterlich behandelt. Dies änderte sich vor allem in den vergangenen Jahrzehnten mit Beginn der randomized-controlled Trials und kurzzeittherapeutischen Gruppen-Angeboten aus Nordamerika [4].

Ein Thema, das im klinischen Alltag eine besonders wichtige Rolle spielt, jedoch in der Forschung kaum Beachtung findet, ist das Format der Gruppentherapie. Wenn man sich die Meta-Analysen der letzten zwei Jahrzehnte anschaut, findet man kaum eine Bemerkung zur Stabilität der Gruppenzusammensetzung. In Studien werden aus forschungsmethodischen Gründen überwiegend geschlossene Gruppen angeboten, während in Klinik und Praxis aus organisatorischen und ökonomischen Gründen halb-

offene Gruppen überwiegen. Vergleichende Studien zwischen beiden Settings gibt es kaum.

Unterschiedliche Konzepte

Im klinischen Alltag werden aus u. a. ökonomischen Gründen sogenannte halb-offene Gruppen („slow-open groups“) angeboten. Diese sind dadurch charakterisiert, dass zu bestimmten Wochenzeiten Patienten ausscheiden, die dann durch neue (neu aufgenommene oder aus anderen Gruppen wechselnde) Patienten ersetzt werden. Im Prinzip entsteht dadurch eine ewige Gruppe, die durch Ausscheiden und Neuaufnahmen am Leben gehalten wird [5].

Am Rande sei bemerkt, „... dass hier noch seltener echte Auswahlmöglichkeiten der [Gruppenmitglieder] bestehen. Abgesehen von störungsspezifischen Gruppenangeboten in größeren Ambulanzen, Polikliniken und Rehakliniken wird erfahrungsgemäß auch die stationäre Gruppenbehandlung eher den stationären Aufnahme- und Entlassungsroutinen folgen und zu einer heterogen komponierten halboffenen Gruppe führen“ [6].

Offene Gruppen können, im Extremfall, in jeder Sitzung eine komplett neue Gruppenzusammensetzung und -größe haben [7]. Die Patienten entscheiden von Sitzung zu Sitzung, ob sie an der Gruppe teilnehmen möchten oder nicht. Dieses Format findet seine Anwendung v. a. in der niedrigschwelligen Versorgung von z. B. schwer und chronisch psychisch kranken Patienten. Ebenso haben sich offene Gruppen in psychotherapeutischen Angeboten im onkologischen und geriatrischen Bereich bewährt [8].

Das Format der geschlossenen Gruppen ist dadurch charakterisiert, dass die Gruppenmitgliederzahl im Gegensatz zu den o. g. Modellen stabil bleibt. Alle Patienten fangen zusammen an und hören in den meisten Fällen (Ausnahme: frühzeitiger Abbruch) auch zusammen auf [5].

Sind geschlossene Gruppen besser?

Sollte man versuchen, die o. g. Formate nach deren Qualität zu bewerten, würde sich nach der Literaturrecherche ergeben, dass die geschlossene Gruppe für die Gruppendynamik am besten passt. Es wird auch oft darauf hingewiesen, dass die anderen Formate lediglich Kompromisse seien, die sich aus ökonomischen Notwendigkeiten im Gesundheitssystem ergeben. So führte in Kliniken die Notwendigkeit, Patienten möglichst ohne Verzögerung aufzunehmen, dazu, dass geschlossene Konzepte mit einer getakteten Aufnahme durch halboffene ersetzt wurden. Ein weiterer Vorteil halboffener Gruppen aus Klinikperspektive ist die gleichmäßigere Auslastung der Mitarbeiter – mit der Ausnahme großer Kliniken, die jede Woche neue störungsspezifische geschlossene Gruppen anbieten können.

Eins der ausschlagenden Argumente gegen (halb-)offene Gruppen ist der Wechsel von Gruppenteilnehmern, mit dem unterschiedliche (meist unerwünschte) Auswirkungen einhergehen. Chancen, die damit verbunden sein könnten, werden in der Diskussion kaum gesehen [2].

Wenn man dieses Thema näher betrachtet, findet man kaum Untersuchungen, die einen direkten Vergleich durchgeführt und die oben gemachten Behauptungen empirisch überprüft haben. Im Gegensatz zu der verbreiteten Ansicht, geschlossen sei besser als (halb-)offen, fanden Mattke und Schreiber-Willnow [9] keinen Unterschied zwischen (halb-)offenen und geschlossenen Gruppen. Auch Eichhorn (1988, zit. nach [2]) fand keinen Unterschied in der Effektivität der Behandlung.

Hier eine Stimme aus der psychotherapeutischen Praxis: „In halboffenen Gruppen äußern Patienten oft ihre Frustration, wenn die Aufnahme und das Ausscheiden von Gruppenmitgliedern zu oft passiert. Dies kann man oft z. B. in störungsspezifischen Gruppen mit dem Schwerpunkt auf Depression und/oder Angst beobachten. Man könnte annehmen, dass es diesen Patienten besonders schwerfällt, flexibel auf neue Situationen zu reagieren. Gleichzeitig benötigt man viel Fingerspitzengefühl beim Zusammensetzen von Inhalten der Sitzungen, weil es oft vorkommt, dass neu angekommene Patienten z. B. mit Rückfallprophylaxe anfangen müssen. Auf der anderen Seite profitieren oft die neu angekommenen Patienten von der Erfahrung der ‚alten Hasen‘, weil sie als Rollenmodelle Hoffnung auf Verbesserung anbieten. In geschlossenen Gruppen kann sich das Gefühl der Kohäsion ziemlich schnell bilden, was dann z. B. im stationären Setting dazu führt, dass die Patienten viel Zeit auch außerhalb der Gruppensitzung zusammen verbringen. Dies kann man dann daran merken, dass sie oft bereit sind über intime Dinge zu berichten. Gleichzeitig muss man allerdings anmerken, dass solche Gruppen oft eine starre Rollenverteilung aufweisen und Patienten, die z. B. Außenseiter geworden sind, schwer zu integrieren sind.“ (Persönliche Mitteilung von Dipl. Psych.

Christoph Schmitz, Psych. Psychotherapeut und Sebastian Bock, Assistentenarzt, Rehaklinik Seehof, Teltow)

Um auf die Frage nach dem Einfluss des Gruppenformats auf Gruppenprozesse und Erfolge/Misserfolge der Therapie näher einzugehen, soll hier kurz auf die dahinterstehende Theorie eingegangen werden. Marwitz [2] fasst drei gängige Modelle der Rollen- und Normenbildung zusammen. Die Stufenmodelle postulieren gewisse, aufeinander folgende Entwicklungsstufen. Als das bekannteste Modell dieser Kategorie gilt das von Tuckman (1965, zit. nach [2]), der zunächst 4, später 5 Phasen der Gruppenentwicklung beschrieben hat:

1. Forming (Einstieg, Orientierung)
2. Storming (Differenzierung)
3. Norming (Aushandeln von Normen)
4. Performing (Leistungsphase)
5. Adjourning (Phase der Trennung)

Spiralmodelle gehen auch von aufeinander aufbauenden Stufen aus, die sich allerdings in zyklischer Form immer auf jeweils höherem Gruppenniveau wiederholen. Wellenmodelle sind durch einen ständigen Wechsel gekennzeichnet, wie z. B. durch Hin-und-her-Bewegung zwischen Differenzierung und Integration.

Die psychodynamischen und interpersonellen Gruppenverfahren legen den Schwerpunkt auf das Auslösen und Bearbeiten gruppendynamischer Prozesse. Es wird berichtet, dass dies oft mit hoher emotionaler Aktivierung und Beteiligung einhergeht. Nicht nur deswegen setzt die Leitung solcher Gruppen eine fachlich hohe Kompetenz voraus [2].

In verhaltenstherapeutischen Gruppen werden die gruppendynamischen Prozesse genutzt, um an den eigentlichen Themen (je nach Schwerpunkt der Gruppe) zu arbeiten. Sollten die gruppendynamischen Prozesse das Arbeiten in der Gruppe stören, werden sie thematisiert und möglichst gelöst [2]. Vor diesem Hintergrund könnte man die Auswirkung des Wechsels der Gruppenmitglieder wie folgt beschreiben.

Aus der Perspektive der tiefenpsychologischen oder interaktionell angelegten Gruppen dürfte der Wechsel von Gruppenmitgliedern die Entfaltung der Übertragung negativ beeinflussen. Darunter könnte man sich vorstellen, dass die Ausbildung der Übertragung durch einen erhöhten Widerstand der Gruppe gehemmt wird. Auch Themen, die mit dem Autonomie-versus-Abhängigkeit-Konflikt zusammenhängen, können einen überproportionalen Raum einnehmen [2,5,6].

Der Nachteil des Wechsels von Gruppenmitgliedern in verhaltenstherapeutischen Gruppen besteht zudem im Versäumen wichtiger psychoedukativer Inhalte. Dies ist vor allem dann problematisch, wenn die Sitzungen streng auf-

► **Tab. 1** Zusammenfassung der einzelnen gruppentherapeutischen Settings

offen	halboffen	geschlossen
Vorteile		
im Kontext von niedrigschwelligen Angeboten leichter umsetzbar Gruppe befindet sich meistens in der Orientierungsphase	Modelllernen (neue Patienten lernen von alten Hasen) festgefahrene, ungünstige Gruppendynamiken können leichter durchbrochen werden	Gruppenkohäsion kann schneller und leichter entstehen inhaltlich aufeinander aufbauende Sitzungen durchführbar Durchlaufen aller gruppendynamischen Stadien möglich
Nachteile		
Gefühl der Gruppenkohäsion kann womöglich nur sehr schwierig erreicht werden keine Kontinuität der Inhalte	Gefühl der Gruppenkohäsion kann ggf. schwierig erreicht werden Kontinuität der Gruppeninhalte kann ggf. nur mit viel Fingerspitzengefühl erreicht werden	bereits entstandene Rollen und ungünstige Gruppendynamiken können schwer durchbrochen werden (z. B. Außenseiter, usw.) Versäumen der psychoedukativen Inhalte aufwendig
Worauf ist zu achten?		
jede Sitzung in sich abgeschlossen keine aufeinander aufbauenden psychoedukativen Inhalte	Einsatz von Methoden zur Erhöhung des Kohäsionsgefühls VT: z. B. strukturierte Aufgaben PA/TP psychodynamische Methoden, die z. B. das Bindungsverhalten der einzelnen Mitglieder im Auge behalten Gruppenregeln und Rollenerwartungen müssen immer neuen Patienten vorgestellt werden	Bildung von Subgruppen beobachten und für die therapeutische Arbeit nutzen spezielle Patientenrollen im Auge behalten (z. B. Außenseiter) Methodik zur Vermittlung von versäumten psychoedukativen Inhalten erarbeiten (Handouts, Extra-Sitzungen, Buddy-System usw.)

einander aufbauen und dadurch die inhaltliche Struktur nicht mehr aufrechterhalten werden kann.

Auch können hier interaktionelle Schwierigkeiten entstehen, die z. B. durch Auslösen bzw. Wiedererleben der üblichen Sorgen (s. o.) der Patienten getriggert werden. Manche verhaltenstherapeutischen Gruppenleiter haben sicherlich schon Erfahrungen mit „schweigenden Gruppenmitgliedern“ gemacht, nachdem neue Patienten in die Gruppe aufgenommen wurden.

Nach dem Wechsel von Gruppenmitgliedern im halb-offenen Format können unter Umständen aber auch therapeutisch günstige Gruppenprozesse entstehen. So beobachtet man oft bei alten Gruppenmitgliedern die Festigung des Gelernten durch Weitergabe an die neuen Gruppenmitglieder, womit Selbstverantwortung, Selbstwirksamkeit und Selbstwert gesteigert werden können. Die Anwesenheit alter Gruppenmitglieder bewirkt oft eine gesteigerte Therapiemotivation bei neuen Gruppenmitgliedern durch die Erfahrung, dass sie nicht allein sind und dass es Menschen gibt, die es geschafft haben, im therapeutischen Prozess weiterzukommen [2]. Des Weiteren entsteht durch die Zusammensetzung der alten Hasen mit den neu angekommenen Patienten eine ideale Basis fürs Modelllernen, denn neue Verhaltens- und Denkweisen können in einer Gruppe leichter und schneller abgeschaut und nachgemacht werden.

Im Fall der störungs- bzw. problemorientierten verhaltenstherapeutischen Gruppen, die oft als offen oder halboffen konzipiert werden, ist deswegen darauf zu achten, dass die

Inhalte der einzelnen Sitzung keine Voraussetzung für die darauffolgenden Sitzungen darstellen.

Eine zieloffene Gruppe ist vor allem für Patienten schwierig, die über ein hierarchisch-somatisches Konzept von medizinischer (und somit auch psychotherapeutischer) Behandlung verfügen. Solche Patienten können sich dann u. U. darüber beschweren, dass sie keine fertigen Lösungen von Experten an die Hand bekommen. Um ein frühzeitiges Ausscheiden dieser Patienten aus der Gruppe bzw. ungenügende Therapieergebnisse zu vermeiden, schlägt Marwitz [2] vor, dass man dafür sorgt, dass die neuen Patienten ausreichend über das Gruppenkonzept aufgeklärt werden. Essenziell wichtig sind die Informationen bezüglich der Rollenerwartungen (Was wird von mir als Patientin erwartet? Was kann die Therapeutin anbieten und was nicht? usw.).

Das Einsetzen strukturierter Aufgaben dürfte zur leichteren Aufnahme neuer Gruppenmitglieder von Vorteil sein. Um dieses Gruppenkonzept auch im halb-offenen Format erfolgreich einsetzen zu können, sollten mindestens 5 hintereinander folgende Sitzungen ohne Wechsel stattfinden. Außerdem soll auch darauf geachtet werden, dass bei einer Gruppengröße von acht bis zehn Gruppenmitgliedern nicht mehr als zwei auf einmal gewechselt werden.

► **Tab. 1** gibt eine zusammenfassende Übersicht über die Vor- und Nachteile der einzelnen Formate.

FAZIT

Obwohl dieses Thema in der klinischen Praxis heiß diskutiert wird, gibt es erstaunlich wenig Evidenz zum Untermauern der Überlegenheit geschlossener Gruppen. Dies deutet einerseits darauf hin, dass auf diesem Gebiet unbedingt weitere Forschung passieren sollte. Beide Formate weisen Vor- und Nachteile auf und sollten im jeweiligen therapeutischen Kontext spezifisch eingesetzt werden.

Interessenkonflikte

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Ursula Melicherova

Psychologin MSc. Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Charité, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation. Psychologische Psychotherapeutin (VT) in Ausbildung an der Berliner Fortbildungsakademie. In der Rehaklinik Seehof in Teltow

koordiniert und leitet sie verhaltenstherapeutische Gruppenpsychotherapien zur Verhaltensaktivierung bei Depression im Rahmen eines von der DRV Bund geförderten Forschungsprojektes.



Volker Köllner

Prof. Dr. med. Facharzt für Psychosomatische Medizin. Oberarzt am Universitätsklinikum Dresden und Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin Blieskastel. Seit 2015 Chefarzt der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik und ärztlicher Direktor

am Rehasentrum Seehof in Teltow. Professor für Psychosomatische Medizin an der Medizinischen Fakultät Homburg/Saar, Lehrbeauftragter der Universitätsmedizin Charité, Berlin. In der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation der Charité aktiv.

Korrespondenzadresse

Ursula Melicherova, M.Sc.

Charité Universitätsmedizin Berlin
Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation
Hindenburgdamm 30
12200 Berlin
ursula.melicherova@charite.de

Literatur

- [1] Jank R, Pieh C. Effektivität und Evidenz von Gruppenpsychotherapie bei depressiven Störungen. *PsychotherForum* 2016; 21: 62–71
- [2] Marwitz M. Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie. Göttingen: Hogrefe; 2016
- [3] Mattke DJ. Nebenwirkungen psychodynamischer Gruppentherapie. *Psychodynamische Psychotherapie* 2008; 7: 67–78
- [4] Sonnenmoser M. Gruppenpsychotherapie: Trends aus Nordamerika. *Dtsch Ärzteblatt Int* 2008; 7: 572–57. Im Internet: www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=62683; Stand: 23.03.2020
- [5] Tschuschke V. Gruppenpsychotherapie. Die unbekannte und benachteiligte psychotherapeutische Behandlungsoption. *Psychotherapeut* 2004; 49: 101–109
- [6] Mattke DJ, Strauß B. Gruppenpsychotherapie. Berlin Heidelberg: Springer; 2012
- [7] Schopler JH, Galinsky MJ. Social Work with Groups Meeting Practice Needs. *Social Work with Groups* 2008; 28:3–4, 49–68, DOI: 10.1300/J009v28n03_05
- [8] Daroff RB. Group Climate in an Open-Ended Cancer Support Group. *Group* 1996; 20: 313–32. Im Internet: www.jstor.org/stable/41718838; Stand: 23.03.2020
- [9] Mattke DJ, Schreiber-Willnow K. Behandlung in geschlossenen versus halboffenen Gruppen in der stationären Psychotherapie. *Gruppenpsychother, Gruppendynamik* 2002; 38: 153–172

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0974-8910>
PiD - Psychotherapie im Dialog 2020; 21: 76–79
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1438-7026