

Dankwart Mattke

Therapeutische Beziehungen in Gruppen

Therapeutic Relations in Groups

Meinem Lehrer Werner Huth gewidmet

Gruppenpsychotherapie als Leistung im öffentlichen Krankenversicherungssystem muss wie andere Leistungen in diesem System auch, sich ständig auf den Prüfstand der wissenschaftlichen Empirie stellen lassen. In dieser Arbeit wird versucht, einen Überblick über die Empirie zu therapeutischen Beziehungen in Gruppen zu geben. Beziehungskonstrukte wie Gruppenklima, Gruppenkohäsion, therapeutische Allianz, Empathie haben sich als zentrale therapeutische Wirkfaktoren in der Gruppenpsychotherapie erwiesen. Es liegen zwischenzeitlich nicht nur klinische Bemühungen, sondern auch erste empirische Ergebnisse zu mehr konzeptueller Klarheit zu den therapeutischen Beziehungen in Gruppen vor.

Schlüsselwörter

therapeutische Beziehungen – Gruppenklima – Gruppenkohäsion – therapeutische Allianz – Empathie – Klinik und Empirie

Group psychotherapy as a benefit paid by the public health system highly depends on empirical research results. In this study I review the results concerning group climate, group cohesion, therapeutic alliance and empathy, and their influence on therapeutic relationships in groups. Meanwhile there exist both clinical and research findings with respect to these therapeutic factors in group psychotherapy.

Keywords

therapeutic relations – group climate – group cohesion – therapeutic alliance – empathy – clinical and research findings

Gruppenpsychotherapie als Leistung im öffentlichen Krankenversicherungssystem muss wie andere Leistungen in diesem System auch, sich ständig auf den Prüfstand der wissenschaftlichen Empirie stellen lassen. In meiner Arbeit möchte ich vor allem versuchen, einen Überblick über die Empirie zu therapeutischen Beziehungen in Gruppen zu geben. Dies geschieht auch, um die vielen Konstrukte und unscharfen Ausführungen zu der Komplexität im Erleben in Gruppen und im Schreiben darüber ein wenig zu konterkarieren. Es liegen doch zwischenzeitlich nicht nur Bemühungen, sondern auch erste Ergebnisse zu mehr konzeptueller Klarheit, die Gruppenpsychotherapie betreffend, vor.

Beginnen möchte ich nun meinen Beitrag zu therapeutischen Beziehungen in Gruppen mit einem Zitat von Lambert und Barley (2001): „... therapists need to remember that the development and maintenance of the therapeutic relationship is a primary curative

component of therapy and the relationship provides the context in which specific techniques exert their influence” (S. 359).

In jedem Fall scheint die *Beziehung* im therapeutischen Kontext eine zentrale Rolle zu spielen und nicht nur nach der Einschätzung von Lambert und Barley einflussreicher zu sein als spezifische Interventionen oder Therapietechniken, die wiederum in Psychotherapieleitlinien überbetont werden (Lambert & Barley, 2008).

Es versteht sich, dass einige Therapeuten im Beziehungsaufbau besser sind als andere und beispielsweise seltener negative Verhaltensweisen wie Tadeln, Ignorieren und Zurückweisen zeigen, sondern vielmehr als unterstützend, warm, verständnisvoll, akzeptierend und empathisch beschrieben werden.

Wie sieht das in therapeutischen Gruppen aus?

Auch im Gruppensetting hat die therapeutische Beziehung, die sich im Gruppenverlauf entwickelt, eine zentrale Funktion und wird als eine der wichtigen kurativen Eigenschaften von Gruppen hervorgehoben (Johnson, Burlingame, Strauß, & Bormann, 2008). Wie sich in einer Reihe von Untersuchungen zeigt, können unterstützende, dennoch aber anspruchsvolle Beziehungen im gruppenpsychotherapeutischen Setting zur Verbesserung des Befindens von Patienten sowie zu niedrigeren Abbruchraten beitragen (Burlingame, Fuhriman & Johnson, 2002). Grundsätzlich ist eine Betrachtung von therapeutischen Beziehungen innerhalb einer Gruppentherapie aus zwei Blickwinkeln möglich. Einerseits bestimmen *strukturelle Bedingungen* die Art der therapeutischen Beziehung, die sich in Abhängigkeit vom jeweiligen Beziehungspartner entwickelt. Anders als in der Einzeltherapie, in der die Beziehung dyadischer Natur ist, können sich Beziehungen innerhalb von Gruppen auf mindestens drei Ebenen manifestieren: Beziehungen zwischen einzelnen Gruppenmitgliedern (*Mitglied-Mitglied*), zwischen einem Gruppenmitglied und dem Leiter der Gruppe (*Mitglied-Leiter*) sowie zwischen einem Gruppenmitglied und der gesamten Gruppe (*Mitglied-Gruppe*). Aus der Sicht des Gruppenleiters kommen auf der strukturellen Ebene potentiell zwei weitere Komponenten hinzu, nämlich die Beziehung des *Leiters zur Gruppe* und im Falle von Ko-therapien die *Leiter-Leiter-Beziehung*.

Andererseits werden Beziehungen in Gruppen durch den *Inhalt oder die Qualität* definiert. Johnson, Burlingame, Olsen, Davies & Gleave (2005) untersuchten verschiedene Beziehungskonstrukte und identifizierten vier zentrale Wirkfaktoren innerhalb von Gruppen, nämlich *Gruppenklima*, *Kohäsion*, *Allianz* und *Empathie*. Die Kohäsion ist wohl das „populärste“ dieser Konstrukte und wird oft gleichgesetzt mit der therapeutischen Beziehung in Gruppen (Burlingame, McClendon & Alonso, 2011).

Allerdings: Ein Problem, welches in der Gruppenpsychotherapieforschung nicht nur das Konstrukt „Kohäsion“ (Marquet & Eckert, 2009) betrifft, ist die definitorische Vielfalt und Unschärfe von beziehungsorientierten Gruppenwirkfaktoren. Wie Burlingame (2010) bemerkt, fordern Kritiker (z. B. Bednar & Kaul, 1978, 1994; Kaul & Bednar, 1986) bereits seit Jahrzehnten mehr konzeptuelle Klarheit und analytische Verfeinerung von Variablen des Gruppenprozesses. In diesem Zusammenhang wurde oftmals die Kohäsion als ein

Beispiel aufgegriffen, an dem deutlich gemacht wurde, wie heterogen, ungenau definiert und wie wenig wissenschaftlich fundiert dieses zentrale Element therapeutischer Gruppeneigenschaften sind. Bednar & Kaul haben diesbezüglich bereits 1978 festgestellt, dass es „wenig Kohäsion innerhalb der Kohäsionsforschung“ gebe. Burlingame et al. (2011) machten dann deutlich, dass Instrumente, die beispielsweise die Akzeptanz in Gruppen, emotionales Wohlbefinden, Zuneigung, Toleranz oder Selbstöffnung erfassen, allesamt als Maße für Kohäsion interpretiert wurden.

In jüngster Vergangenheit sind Forscher verschiedener Länder (Johnson, 2004; Johnson et al., 2005; Bormann & Strauß, 2007, 2009; Lorentzen, Hoglend & Ruud, 2008; Krogel, 2009) auf der Basis von Befragungen von derzeit mehr als 2200 Gruppenmitgliedern dabei, dieses Problem zu bearbeiten, um ein besseres konzeptuelles und empirisches Verständnis der therapeutischen Beziehung zu erlangen.

Im Folgenden wird zunächst näher auf die aktuellen Entwicklungen auf diesem Gebiet eingegangen, indem zunächst zentrale Gruppenwirkfaktoren vorgestellt werden, die letztlich die therapeutische Beziehung in Gruppen beschreiben.

Kohäsion

Fangen wir mit der „Kohäsion“ an. Die Kohäsion wird als Summe aller Kräfte beschrieben, die die Gruppe zusammenhalten. Umgangssprachlich sagen Teilnehmer beispielsweise: *„Wir sind eine Gruppe, meine/unsere Gruppe, ich gehöre zu einer gut laufenden Gruppe“*: Wir-Gefühl, Zusammengehörigkeitsgefühl oder Zugehörigkeitsgefühl, das Gefühl dazuzugehören, Teilhabe, Teil eines wichtigen Projektes zu sein, Gemeinsamkeit der Gruppenarbeit. Es werden, wie Burlingame (2011) herausgearbeitet hat, einmal strukturbezogene Aussagen gemacht und andererseits inhaltliche.

Strukturbezogene Dimension: vertikale Kohäsion (Mitglied-Leiter-Beziehung versus horizontale Kohäsion (Beziehung eines Mitglieds zu den anderen und zur Gruppe als Ganzes)
Inhaltliche Dimension: mehr kognitive Zielorientierung der Gruppe versus Gruppenarbeit mit affektiv-emotionaler Kohäsion, gefühlsmäßig engagiert an gemeinsam vereinbarten Gruppenzielen arbeiten.

Therapeutische Allianz

Bordin (1979) zufolge ist die Allianz einerseits als eine affektive Bindung zwischen dem Patienten und seinem Therapeuten zu sehen (bonds). Ein zweiter Aspekt reflektiert die Verständigung zwischen Patient und Therapeut, die in der Therapie zu bewältigenden Aufgaben betreffend (tasks). Der dritte Teilaspekt wird durch die Einigung über die in der Therapie zu erreichende Ziele geprägt (goals).

Johnson et al. (2008) haben das Allianzniveau in kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppen gemessen, indem sie jedes einzelne Gruppenmitglied befragten unter Vernachlässigung allerdings der interpersonalen Gruppeneigenschaften und Beziehungen in der Gruppe. Die gleichen Autoren führen in einer Übersicht zu Prozessstudien eine

Reihe von Arbeiten an, die die Allianz mit anderen therapeutischen Wirkfaktoren, wie der Kohäsion und der Empathie in Zusammenhang bringen.

In vielen Studien konnte eine Verbindung von Allianz zum Therapieerfolg nachgewiesen werden, wobei sich dies sowohl in kognitiv-behavioralen wie auch supportiven, psychoedukativen und psychodynamischen Gruppen kurzer und langer Dauer zeigen ließ. Auch wurde der Zusammenhang im Kontext unterschiedlicher Störungsbilder bestätigt. Alles in allem kann festgehalten werden, dass die therapeutische Allianz ein bedeutender therapeutischer Faktor ist, der – ebenso wie die Kohäsion – den Therapieerfolg von Patienten wie auch die Arbeitsweise einer Gruppe fördern kann.

Gruppenklima

Am besten lässt sich das *Gruppenklima* durch die Atmosphäre innerhalb der Gruppe und die Verhaltensweisen ihrer Mitglieder, wie sie von den Mitgliedern wahrgenommen werden, beschreiben. Der „Group Climate Questionnaire“, (GCQ-S, 1983) von MacKenzie ist das bekannteste und am häufigsten verwendete Instrument zur Messung des Klimas innerhalb therapeutischer Gruppen. MacKenzie konstruierte 1983 aus der ursprünglichen Langversion (GCQ-L; MacKenzie, 1981) die Kurzfassung: den GCQ-S. Die drei Subskalen – Engagement, Vermeidung und Konflikt – umfassen und beschreiben damit das Gruppenklima. t. „Engagement“ bildet die positive Arbeitsatmosphäre und das Ausmaß ab, in dem die Gruppenmitglieder am Geschehen der Gruppe und an der Realisierung der Aufgaben der Gruppe beteiligt sind. Interpersonale Konflikte, Feindseligkeiten und Misstrauen werden durch die Skala „Konflikt“ wiedergegeben. „Vermeidung“ beschreibt die Neigungen der Gruppenmitglieder, sich ihrer Verantwortung für den eigenen Veränderungsprozess zu entziehen.

Prozessstudien zeigen, dass Mitglieder von Gruppen, in denen ein gutes Klima nachgewiesen wurde, von weiteren wünschenswerten Gruppenprozessen berichten. So konnten die Skalen Engagement, Konflikt und Vermeidung mit anderen Wirkfaktoren in Verbindung gebracht werden. Darüber hinaus kommunizieren Gruppen mit einem hohen Niveau an Engagement mehr im Hier und Jetzt, setzen realistischere Interaktionen ein und lösen kritische Ereignisse mit Selbstöffnung und Feedback, Anziehung und Bindung, Zuhören und Empathie, Prozessorientierung sowie Unterstützung und Fürsorge. Johnson et al. (2008) fassen zusammen, dass u. a. ein hohes Engagement mit weiteren positiven Aspekten therapeutischer Beziehung in Verbindung steht und somit eine Grundlage für andere Gruppenprozesse schafft, die als hilfreich betrachtet werden.

Empathie

Auch wenn bisher nur wenige Studien die gewinnbringenden Effekte der Empathie auf die Behandlungsergebnisse in Gruppen untersuchten, scheinen sich Therapeuten und Forscher letztlich über die Bedeutung der Empathie für die Entwicklung von Kohäsion und positiven Therapieeffekten einig zu sein.

Empathie ist durch Einfühlungsvermögen, Mitgefühl und ein emotionales Einfühlen in die Erlebnisweise einer anderen Person gekennzeichnet (Margraf & Müller-Spahn, 2009). Sie wird u. a. als ein zentraler Aspekt in der Gesprächspsychotherapie beschrieben (vgl. Eckert, 2007). Empathie ist nicht gleich Sympathie oder reines Mitgefühl, sondern vielmehr gekennzeichnet durch die Fähigkeit, die Gedanken und Gefühle einer anderen Person zu erkennen und zu verstehen, was deren Ursache ist. Empathie scheint – im Vergleich mit anderen Beziehungskonstrukten – in der Literatur klarer definiert zu sein. Sowohl die psychodynamisch, humanistisch als auch kognitiv-verhaltensorientierten Theoretiker sehen in der Empathie eine wichtige Beziehungsvariable im gruppenpsychotherapeutischen Setting. Jedoch beschreibt jede dieser Richtungen die Empathie in ihrer eigenen Sprache und weist ihr im kurativen Prozess eine unterschiedliche Rolle zu. In der psychodynamisch orientierten Theorie und Praxis wird Empathie als eine Beziehungsvariable verstanden, durch die eine gute therapeutische Beziehung erst entstehen kann. Objektbeziehungstheoretiker sehen die Empathie als wichtigen Bestandteil einer Therapie zur Etablierung einer stabilen Umwelt, in der Patienten lernen können, mit Scham und Angst umzugehen. Humanistische Therapeuten beschreiben das Auftreten empathischen Verhaltens primär als eine Reaktion auf ein tiefes Verständnis für das innere Erleben einer Person (siehe Johnson et al., 2008). In der kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierten Richtung existieren verhältnismäßig wenige Untersuchungen, die sich mit der Empathie in gruppenpsychotherapeutischen Behandlungen auseinandersetzen, möglicherweise da einige Forscher der Überzeugung sind, dass es keinen Unterschied zwischen der therapeutischen Beziehung innerhalb einer Einzel- und einer Gruppentherapie gibt (Burlingame, MacKenzie & Strauß, 2004). In der kognitiven Verhaltenstherapie wird aber die Bedeutung der Empathie im einzeltherapeutischen Setting durchaus betont, allerdings auf einer allgemeineren Ebene. Darüber hinaus werden andere, vom Therapeuten bereitgestellte Bedingungen wie Respekt, Wärme und Authentizität in das Konzept der Empathie einbezogen.

Eine Reihe von Prozessstudien lässt eine *Verbindung zwischen Empathie und der Entwicklung von Kohäsion* erkennen. Braaten (1990) fand verschiedene Dimensionen, die in hoch kohäsiven Sitzungen zu beobachten waren. Neben Selbstöffnung und Feedback, Anziehungskraft und Bindung, Prozess-Performance und Zielorientierung, Unterstützung und Fürsorge trugen auch Zuhören und Empathie zu einem großen Teil zu einer kohäsiven Gruppensitzung bei. Diese Studien, ebenso wie jene, die Empathie in Verbindung mit der therapeutischen Allianz im einzeltherapeutischen Setting untersuchten, weisen auf eine enge Beziehung der Empathie zu anderen nützlichen therapeutischen Prozessen hin und machen sie damit zu einem zentralen Wirkfaktor in psychotherapeutischen Gruppen.

Johnson et al. (2008) machten in ihrer Übersichtsarbeit zwei Untersuchungen ausfindig, die beide auf den negativen Effekt fehlender Empathie im Gruppensetting hinweisen: Karterud (1988) befasste sich mit Unterschieden im Verhalten von Gruppenleitern einer gut und fünf schlecht funktionierenden Gruppen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Gruppenleiter, deren Gruppen keine guten Fortschritte machten, in ihrem Verhalten eher konfrontativ als unterstützend waren und den Patienten feindselig gegenüberstanden. In der zweiten Studie analysierten Doxsee und Kivlighan (1994) das Gruppenerleben in Selbsterfahrungsgruppen und machten z. B. Cluster ausfindig,

die das Gefühl beschreiben, missverstanden zu sein, keine Beziehungen zu anderen Gruppenmitgliedern aufbauen zu können, von anderen Mitgliedern angegriffen zu werden oder zu beobachten, wie andere Teilnehmer der Gruppe angegriffen werden.

Messung therapeutischer Beziehung

In der Gruppentherapieforschung fehlte lange ein Erhebungsinstrument, das in der Lage war, alle potentiell relevanten Beziehungsfaktoren zu erfassen, nicht zuletzt weil – verglichen mit der Einzeltherapie – die Beziehungsmuster und -konstellationen innerhalb von Gruppen sehr viel komplexer und damit auch schwieriger zu operationalisieren sind.

Es wurde daher versucht, diese Komplexität zu reduzieren und geeignete Instrumente für die Erfassung wichtiger Prozess- und Beziehungsfaktoren zu entwickeln. Zu diesen Versuchen gehört eine Studie von Johnson (Johnson et al., 2005), in deren Rahmen ein *3-Faktorenmodell therapeutischer Beziehungen* auf Grundlage der oben dargestellten Wirkfaktoren Gruppenklima, Kohäsion, Allianz und Empathie entwickelt wurde. Bereits frühere Untersuchungen zeigten Gemeinsamkeiten dieser Wirkfaktoren, die nun Johnson et al. noch einmal bestätigen konnten. Eine Besonderheit der Untersuchung von Johnson und Kollegen lag in der Berücksichtigung der Wirkfaktoren auf *drei verschiedenen Beziehungsebenen*. Es gab bis zu diesem Zeitpunkt nur wenige Untersuchungen, die mehr als nur eine Beziehungsebene gleichzeitig berücksichtigten, wie eine Übersicht von Burlingame et al. (2001) zeigte: zwei Drittel der Literatur konzentrierte sich hauptsächlich auf die Beziehungsebene Gruppenmitglied-Gesamtgruppe. Um diese Lücke zu schließen, erfolgte die Überprüfung der Zusammenhänge der Gruppenwirkfaktoren bei Johnson et al. (2005) unter Berücksichtigung von drei Beziehungsebenen (Mitglied-Leiter; Mitglied-Mitglied; Mitglied-Gesamte Gruppe). Die gefundenen Zusammenhänge ließen den Schluss zu, dass die Wirkfaktoren vergleichbare Funktionen innerhalb der Gruppe innehaben. Diese wurden daher systematisch untersucht sowie auf gemeinsame Anteile empirisch überprüft. Die Autoren gingen von einem Faktorensatz höherer Ordnung aus, von dem sie annahmen, dass es die therapeutische Beziehung in einer sparsameren Art und Weise abbildet. In einem exploratorisch ermittelten Modell wurden drei Faktoren höherer Ordnung identifiziert, die das therapeutische Geschehen in der Gruppe widerspiegeln: *Positive Bonding Relationship (Verbundenheit)*, *Positive Working Relationship (Arbeitsbeziehung)* und *Negative Relationship (Negative Beziehung)*

Der erste Faktor dieses Modells (**Verbundenheit**) reflektiert Aspekte der Kohäsion und des Engagements auf Gesamtgruppenebene sowie Empathie auf Mitglied-Mitglied- als auch Mitglied-Leiter-Ebene. Der zweite Faktor (**Arbeitsbeziehung**) spiegelt Arbeitsaspekte (Verständigung über zu erreichende Ziele und zu bewältigende Aufgaben) ebenso auf Mitglied-Leiter- sowie auf Mitglied-Mitglied-Ebene wider. Der dritte Faktor höherer Ordnung in diesem Modell (**Negative Beziehung**) gibt das Ausmaß an Konflikten in der Gesamtgruppe sowie einen Mangel an Empathie von Seiten des Gruppenleiters und anderer Gruppenmitglieder an.

Die Tatsache, dass die Faktorenstruktur dieses exploratorisch ermittelten Modells eher die Qualität der Beziehung als die Rolle der teilnehmende Beziehungspartner reflek-

tiert, ließ die Autoren zu dem Schluss kommen, dass es weniger wichtig ist, *mit wem* man innerhalb der Gruppe eine Beziehung eingeht, vielmehr scheint die *Qualität der Beziehungen* entscheidend.

Diese Untersuchungsergebnisse waren Anlass für weitere Überprüfungen im Rahmen anderer Studien. Ziel einer Arbeit von Bormann und Strauß (2007) war es, die Faktorenstruktur des 3-Faktorenmodells therapeutischer Beziehungen in Gruppen an einer deutschen Stichprobe zu überprüfen. Wie Analysen mithilfe von Strukturgleichungsmodelle zeigten, konnten die Ergebnisse von Johnson et al. (2005) zwar nicht vollständig repliziert werden, jedoch waren die Faktorenstrukturen der Modelle identisch. Auch in der deutschsprachigen Stichprobe war zu erkennen, dass die einzelnen Beziehungsfaktoren Gruppenklima, Kohäsion, Allianz und Empathie signifikant korrelierten und somit die Vermutung gemeinsamer Anteile bestätigen. Auch hier reflektierte die Faktorenstruktur des Modells eher die Bedeutung der Qualität der Beziehung als die der Rolle der teilnehmenden Beziehungspartner. Von Bakali, Baldwin und Lorentzen (2009) wurde die Faktorenstruktur des Drei-Faktorenmodells erneut aufgegriffen und die Beziehungen zwischen *Allianz*, *Gruppenklima* und *Kohäsion* untersucht. Die Autoren berichten, dass insbesondere in den frühen Gruppensitzungen eine starke Verbundenheit zwischen den Gruppenmitgliedern und dem Leiter der Gruppe zu beobachten war. In späteren Sitzungen (10-11 & 17-18 Sitzung) zeigte sich diese Verbundenheit auch auf den beiden verblienen Beziehungsebenen (zu anderen Gruppenmitgliedern und zur gesamten Gruppe). Die Ergebnisse der vorangegangenen Untersuchungen führten nun zu dem Anspruch der Entwicklung eines praxistauglichen Messinstrumentes, das nicht nur empirisch abgesichert und klinisch relevant, sondern auch in seiner Anwendung effizient ist. Die deutsche Übersetzung des GQ (*Gruppenfragebogen; GQ-D*, Bormann, Burlingame & Strauß, 2011) wurde anhand einer klinischen Stichprobe mit 424 Patienten aus 63 Gruppen auf die Qualität ihrer Gütekriterien überprüft. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der GQ-D ein objektives, valides und reliables Maß zur Erfassung therapeutischer Beziehungen in Gruppen darstellt (Beispielitems für die Subskalen finden sich in Tab. 1) Mit der Übersetzung und Adaptation des GQ existiert nun auch für den deutschen Sprachraum ein Messinstrument, welches ökonomisch einsetzbar ist und zentrale Aspekte therapeutischer Beziehungen unter Berücksichtigung verschiedener Ebenen innerhalb des Gruppengeschehens messbar macht.

So weit zu den Bemühungen und Ergebnissen der Gruppenpsychotherapieforschung im Zusammenhang mit der Messung der therapeutischen Beziehung. Insgesamt ist damit ein Stand erreicht, der die große Heterogenität der vorliegenden Instrumente und der konzeptuellen Konfusion der Konstrukte überwinden helfen kann. Es wird vermutlich weiterhin eine definitorische Vielfalt und Unschärfe von beziehungsorientierten Gruppenwirkfaktoren im „Therapeutensprech“ geben. Häufig ist die gruppenspezifische Kompetenz nicht so weit präsent, dass Gruppentherapien klar nach Rahmenbedingungen unterschieden werden. Ein ambulanter Therapeut stellt sich in der Regel „seiner“ Gruppe selbst zusammen. Er/Sie werden vermutlich „instinktiv“ darauf achten, dass in der frühen Gruppe ein freundliches Klima gelingt, um zu Mitarbeit und Selbstöffnung zu ermuntern. Die Leitungstechnik – ja Leitungskunst!- besteht dann darin, sich mehr und mehr zurückzunehmen und die Gruppe arbeiten zu lassen. Die spätere Gruppe ist in der Regel nicht leiterunabhängig, aber kann doch die Klärungen und Konfrontationen, ja manchmal auch Deutungen selbst übernehmen. Wir sprechen dann von mehr pro-

zessorientierten Gruppenphasen, während Leiter/Leiterin mehr Struktur-Aufgaben hat. Diese sorgen für Schutz, Sicherheit, Zeitgrenzen, achten auf Sündenbockphänomene und andere gruppendynamische Störsignale. All das besagen, nun mehr klinisch ausgeführt, Arbeiten wie die oben zitierten von Bakali, Baldwin und Lorentzen (2009).

Das wäre nun aber fast wieder eine neue anders fokussierte Arbeit zu therapeutischen Beziehungen in Gruppen. Mehr klinisches Material mit zahlreichen Vignetten finden Interessierte bei Mattke et al. (2009) und, soeben fertiggestellt, ein Buch zu stationären und teilstationären Gruppen (Mattke et al., 2015). Dort wird zum Erlernen einer spezifischen Kompetenz zum Gruppenleiten von sogenannten captive groups angeleitet. Denn ganz anders als der ambulant tätige Gruppentherapeut ist der stationär tätige gefangen in sehr strikten Rahmenbedingungen, die er wie auch seine Patienten zunächst kennen und handhaben müssen. Verständlich, dass in diesen Settings spezifisch geprägte therapeutische Beziehungen in den jeweiligen Gruppen entstehen werden.

Tabelle 1: Beispielitems für die Subskalen des Gruppenfragebogens (Bormann, Burlingame & Strauß, 2011)

	Verbundenheit mit dem Gruppenleiter
	Der Gruppenleiter war mir gegenüber freundlich und warmherzig.
	Ich fühlte, dass ich dem Gruppenleiter während der heutigen Sitzung vertrauen konnte.
	Verbundenheit mit anderen Gruppenmitgliedern
Verbundenheit	Die anderen Gruppenmitglieder und ich respektieren uns.
	Ich fühle, dass die anderen Gruppenmitglieder sich um mich sorgen, auch wenn ich Dinge tue, die sie nicht billigen.
	Verbundenheit mit der gesamten Gruppe
	Die Gruppenmitglieder akzeptieren einander.
	Die Gruppenmitglieder mochten sich und kümmerten sich umeinander.
	Arbeitsbeziehung zum Gruppenleiter
Arbeitsbeziehung	Der Gruppenleiter stimmt mir bezüglich der Dinge zu, an denen es für mich wichtig ist zu arbeiten.
	Der Gruppenleiter und ich haben ein gutes Verständnis davon aufgebaut, welche Art von Veränderungen gut für mich wäre.
	Arbeitsbeziehung zu anderen Gruppenmitgliedern
	Die anderen Gruppenmitglieder und ich arbeiten auf gemeinsam beschlossene Ziele hin.
	Die anderen Gruppenmitglieder stimmten mir bei den Dingen zu, die ich in der Therapie tun muss.
	Negative Beziehung zum Gruppenleiter
Negative Beziehung	Der Gruppenleiter verstand nicht immer, wie ich mich im Inneren fühlte.
	Manchmal schien der Gruppenleiter nicht ganz aufrichtig zu sein.
	Negative Beziehung zu anderen Gruppenmitgliedern
	Die anderen Gruppenmitglieder schienen sich nicht immer um mich zu kümmern.
	Die anderen Gruppenmitglieder verstanden nicht immer, wie ich mich im Inneren fühlte.
	Negative Beziehung in der gesamten Gruppe
	Die Gruppenmitglieder waren distanziert und einander fremd.
	Es gab Spannung und Ärger zwischen den Gruppenmitgliedern.

Literatur

- Bakali, J.V., Baldwin, S.A. & Lorentzen, S. (2009). Modelling group process constructs at three stages in group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19, 332-343.
- Bednar, R.L. & Kaul, T.J. (1978). Experiential group research: Current perspectives. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (3rd ed.). New York: Wiley & Sons.
- Bednar, R.L. & Kaul, T.J. (1994). Experiential group research: Can the canon fire? In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4rd ed.). New York: Wiley & Sons.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bormann, B. & Strauß, B. (2007). Gruppenklima, Kohäsion, Allianz und Empathie als Komponenten der therapeutischen Beziehung in Gruppenpsychotherapien – Überprüfung eines Mehrebenen-Modells. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 43, 1-20.
- Braaten, L.J. (1990). The different patterns of group climate critical incidents in high and low cohesion sessions of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, 477-493.
- Burlingame, G.M. (2010). Small group treatments: Introduction to special section. *Psychotherapy Research*, 20, 1-7.
- Burlingame, G.M., Fuhriman, A. & Johnson, J. (2001). Cohesion in group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 373-379.
- Burlingame, G.M., Fuhriman, A. & Johnson, J. (2002). Cohesion in group psychotherapy. In J.C. Norcross (Ed.), *A guide to psychotherapy relationships that work* (pp. 71-88). Oxford: University Press.
- Burlingame, G.M., MacKenzie, K.R. & Strauß, B. (2004). Small group treatment: Evidence of effectiveness and mechanisms of change. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed., pp. 647-696). New York: Wiley & Sons.
- Burlingame, G.M., McClendon, D.T. & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. In J. Norcross (Ed.), *A guide to therapeutic relationships that work* (2nd ed., in press). Washington: APA.
- Doxsee, D.J. & Kivlighan, D.M. (1994). Hindering events in interpersonal relations groups for counselor trainees. *Journal of Counselling & Development*, 72, 621-626.
- Eckert, J. (2007). Empathie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Johnson, J. (2004). Group climate, cohesion, alliance and empathy in group psychotherapy: Multilevel structural equation models. Unpublished doctoral dissertation, Brigham Young University, Provo.
- Johnson, J.E., Burlingame, G.M., Strauß, B. & Bormann, B. (2008). Die therapeutischen Beziehungen in der Gruppenpsychotherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 44, 52-89.
- Johnson, J.E., Pulsipher, D., Ferrin, S.L., Burlingame, G.M., Davies, D.R. & Gleave, R. (2006). Measuring group processes: A comparison of the GCQ and CCI. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 10, 136-145.
- Johnson, J., Burlingame, G.M., Olsen, J., Davies, D.R. & Gleave, R.L. (2005). Group climate, cohesion, alliance, and empathy in group psychotherapy: Multilevel structural equation models. *Journal of Counselling Psychology*, 52, 310-321.
- Karterud, S. (1988). The influence of task definition, leadership and therapeutic style on inpatient group cultures. *International Journal of Therapeutic Communities*, 9, 231-247.
- Kaul, T.J. & Bednar, R.L. (1986). Experimental group research: Results, questions and suggestions. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (pp.769-814). New York: Wiley & Sons.
- Krogel, J. (2009). The Group Questionnaire: A new measure of the group relationship. Unpublished doctoral dissertation, Brigham Young University, Provo.

- Krogel, J. & Burlingame, G. (2009, Juni). The group questionnaire: A new measure of the therapeutic group relationship. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research. Santiago, Chile.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38, 357-361.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2008). Die therapeutische Beziehung und der Psychotherapieeffekt – eine Übersicht empirischer Forschungsergebnisse. In M. Hermer & B. Röhrle (Eds.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (Bd. 1, Allg. Teil., S. 109-140). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Lorentzen, S., Hogelend, P. & Ruud, T. (2008, June). The effect of short- and long-term psychodynamic group psychotherapy: A Norwegian multi-center study. Panel presented at the annual meeting of the Society of Psychotherapy Research, Barcelona, Spain.
- Lorentzen, S., Sexton, H.C. & Hogland, P. (2004). Therapeutic alliance, cohesion and outcome in a long-term analytic group. A preliminary study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58, 33-40.
- MacKenzie, K.R. (1981). Measurement of group climate. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 287-296.
- Margraf, J. & Müller-Spahn, F.J. (Hrsg.). (2009). *Psyhyrembel: Psychiatrie, Klinische Psychologie, Psychotherapie*. Berlin: Walter de Gruyter.
- Marquet, A. & Eckert, J. (2009). *Gruppenkohäsion: Was ist das, wie lässt sie sich erfassen und welche Rolle spielt sie im Gruppenprozess und für das Behandlungsergebnis? Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie*, 13, 136-146.
- Mattke, D., Reddemann, L. & Strauß, B. (2009). *Keine Angst vor Gruppen!* Stuttgart: Klett Cotta.
- Mattke, D., Streeck, U. & König, O. (2015). *Theorie und Praxis stationärer und teilstationärer Gruppen*. Stuttgart: Klett Cotta.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Dankwart Mattke
Facharzt für Psychosomatische Medizin, Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse
Supervision, Coaching, Training, Organisations- und Teamentwicklung
Josephinenstr. 17 | 81479 München | Tel. 089 72779247 | djmattke@live.de
www.djmattke.de/karriereberatung