



# Psychotherapie im Dialog

2 · 2020

Psychodynamische Therapie, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

## Gruppen- psychotherapie

### *Evidenz*

Wie wirksam ist Gruppen-  
therapie im Vergleich?

Seite 17

### *Angstbewältigung in der Gruppe*

Ein systemisch-verhaltens-  
therapeutisches Konzept

Seite 50

### *Psychoonkologie*

Kreative und psychodyna-  
mische Gruppentherapie

Seite 54





Dr. phil. Michael Broda,  
Dipl.-Psych.  
Schriftleitung PiD

## *Wir sind stark, wenn wir zusammenhalten: die Starken und Schwachen, die Jungen und Alten.*

Kurt Tucholsky

Liebe Leserinnen und Leser,  
in den Tagen, in denen diese Zeilen verfasst werden, ist alles anders als es sich irgendwer hätte vorstellen können. Social Distancing, Geschäfte, Restaurants, Hotels geschlossen, Tagungen abgesagt und Meetings nur noch digital. Die VerlagsmitarbeiterInnen im Home-Office, PatientInnenkontakte per Videotelefonie, Mundschutz in der Praxis – und vor dem Praxisfenster strahlender Sonnenschein und Frühlingsblütenpracht. Und in diesem Szenario erscheint die neue Ausgabe unserer Zeitschrift über ein Therapiesetting, das in der momentanen Krisensituation kaum mehr durchgeführt wird. Schlechtes Timing?

Ich glaube „Nein“. Wenn ich darüber nachdenke, was mir in diesen Tagen am meisten fehlt, dann ist es die Nähe und der Kontakt mit vielen anderen Menschen. Meine Zeit kann ich mir strukturieren, komme zu Dingen, die ich lange schon einmal machen wollte oder entdecke Neues. Die Gemeinschaft mit anderen ist aber auch über Video nicht zu ersetzen – das Spielen mit der Enkelin ebenso wenig wie Verabredungen und Treffen mit Freunden zu gemeinsamen Unternehmungen. All das lässt uns wieder spüren, wie wichtig sozialer Zusammenhalt und soziale Rückmeldung in unserem Leben sind. Deswegen vielleicht doch kein schlechtes Timing?

Gruppentherapie baut auf Zusammenhalt und Rückmeldung. Sie war in unserem ambulanten Versorgungssystem, anders als in Kliniken, aus verschiedensten Gründen jedoch immer schon zu gering ausgeprägt. Es bleibt zu hoffen, dass unsere momentanen persönlichen Erfahrungen uns nochmals die Bedeutung von Gruppen erkennen lassen und für neue Impulse sorgen.

Bleiben Sie gesund!

Ihr  
Michael Broda



### Dr. phil. Michael Broda, Dipl.-Psych.

**Schriftleitung.** \*1952, ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie. Nach universitärer Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Rehabilitationspsychologie war er leitend in einer psychosomatischen Fachklinik tätig. Seit 1997 arbeitet er niedergelassen in eigener Praxis in Dahn. Er ist Mitherausgeber der Lehrbücher „Praxis der Psychotherapie“ (mit W. Senf) und „Technik der Psychotherapie“ (mit W. Senf und B. Wilms) sowie Fachgutachter Verhaltenstherapie (KBV) und Sachverständiger beim IMPP.



### Claudia Dahm-Mory, Dipl.-Psych.

\*1972, ist Psychologin, systemische Einzel-, Paar- und Familientherapeutin (SG), systemische Supervisorin (SG) und CBASP-Therapeutin und -Trainerin. Nach 20 Jahren klinischer und Forschungstätigkeit in der psychiatrischen Klinik der Universität Leipzig ist sie seit 2017 selbständig. Hier hat sie drei Standbeine: die Supervision psychosozialer Einrichtungen, eine Lehrtrainertätigkeit an systemischen (ABIS Leipzig) und verhaltenstherapeutischen Instituten und die therapeutische Arbeit in der Praxis Mehrblick, die sie 2002 mit drei Kollegen gegründet hat.



### Prof. Dr. phil. Christoph Flückiger, Dipl.-Psych.

\*1974, ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Referent an Ausbildungsinstituten für kognitive Verhaltenstherapie in der Schweiz, Deutschland und den USA. Er ist Abteilungsleiter des Lehrstuhls für Allgemeine Interventionspsychologie und Psychotherapie an den Universitäten Zürich und Leiter der am Lehrstuhl angegliederten Spezialpraxis für generalisierte Angststörungen.



### Prof. Dr. med. Volker Köllner

\*1960, ist Facharzt für Psychosomatische Medizin. Er war u. a. Oberarzt am Universitätsklinikum Dresden und Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin in Blieskastel. Seit 2015 ist er Chefarzt der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik und ärztlicher Direktor am Rehazentrum Seehof der DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) in Teltow bei Berlin. Er ist Professor für Psychosomatische Medizin an der Medizinischen Fakultät Homburg/Saar und Lehrbeauftragter der Universitätsmedizin Charité, Berlin. Wissenschaftlich ist er in der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation der Charité aktiv.



### Prof. Dr. med. Henning Schauenburg

\*1954, ist Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse. Er arbeitet als Professor für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Heidelberg sowie als stellvertretender Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg.



### Dr. phil. Barbara Stein, Dipl.-Psych.

\*1960, ist Psychologische Psychotherapeutin und seit 2005 Leitende Psychologin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg/Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU). Ihre Schwerpunkte sind tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, Paar- und Familientherapie, psychologische Beratung und Behandlung von körperlich Kranken, Supervision sowie Fort- und Weiterbildungstätigkeit.



### Prof. Dr. rer. nat. Silke Wiegand-Grefe, Dipl.-Psych

\*1964, ist Psychologische Psychotherapeutin (Psychoanalyse, Tiefenpsychologie), Paar- und Familientherapeutin und hat die Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie der MSH Medical School Hamburg, University of Applied Sciences and Medical University, inne. Sie leitet die Forschungsgruppe für Psychotherapie- und Familienforschung am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik. Außerdem ist sie als Dozentin und Supervisorin an mehreren Ausbildungsinstituten tätig.



### Dr. med. Bettina Wilms

\*1964, ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie). Nach 11-jähriger Chefarztstätigkeit am Südharz Klinikum Nordhausen ist sie seit Februar 2016 Chefarztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Carl-von-Basedow Klinikum Saalekreis am Standort Querfurt. Ihre Schwerpunkte sind die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung und berufliche Belastungssyndrome.



### Dr. phil. Andrea Dinger-Broda, Dipl.-Psych.

\*1957, ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Supervisorin, Lehrtherapeutin und Dozentin an Weiterbildungsinstituten. Nach wissenschaftlicher Mitarbeit an den Universitäten Freiburg (Rehabilitationspsychologie) und Bochum (Medizinische Psychologie) war sie als Leitende Psychologin an onkologischen, kardiologischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken tätig. Seit 1997 arbeitet sie niedergelassen in eigener Praxis in Dahn.

#### Gründungsherausgeber

Wolfgang Senf, Essen  
Michael Broda, Dahn  
Steffen Fliegel, Münster  
Arist von Schlippe, Witten  
Ulrich Streeck, Göttingen  
Jochen Schweitzer, Heidelberg

#### Beirat

Cord Benecke, Kassel  
Ulrike Borst, Zürich  
Michael Brünger, Klingenmünster  
Stephan Doering, Wien

Ulrike Ehlert, Zürich  
Michael Geyer, Erfurt  
Sabine Herpertz, Heidelberg  
Jürgen Hoyer, Dresden  
Johannes Kruse, Gießen  
Hans Lieb, Edenkoben  
Wolfgang Lutz, Trier  
Andreas Maercker, Zürich  
Dietrich Munz, Stuttgart  
Hans Reinecker, Salzburg  
Babette Renneberg, Berlin  
Martin Sack, München

Silvia Schneider, Bochum  
Gerhard Schüßler, Innsbruck  
Bernhard Strauß, Jena  
Kirsten von Sydow, Berlin  
Kerstin Weidner, Dresden  
Ulrike Willutzki, Witten/Herdecke

#### Leserbeirat

Karl Mayer, Freren  
Heinz-Peter Olm, Wuppertal  
Uta Preissing, Stuttgart  
Jessica Schadlu, Düsseldorf

#### Verlag

Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14 · 70469 Stuttgart  
Postfach 301120 · 70451 Stuttgart  
www.thieme-connect.de/products  
www.thieme.de/pid

Besuchen Sie die PiD im Internet!  
Private Abonnenten können dort alle bisher veröffentlichten Artikel über das Online-Archiv abrufen.

Indexiert in: PSYINDEX

# PiD

## Psychotherapie im Dialog

Juni 2020 · 21. Jahrgang · Seite 1–120



Aus der stationären Arbeit ist Gruppentherapie nicht wegzudenken – im ambulanten Bereich jedoch gibt es eine große Zurückhaltung gegenüber Gruppenangeboten, vonseiten der PatientInnen, oftmals aber auch vonseiten der TherapeutInnen. Dabei ist Gruppentherapie effektiv und unheimlich vielfältig! PiD stellt verschiedenste interessante und kreative Konzepte vor, die sich innerhalb der Therapieschulen entwickelt, aber auch schulen- und berufsgruppenübergreifend bewährt haben – und möchte damit Mut zur und Lust auf Gruppentherapie machen.

- 7 **Für Sie gelesen** | Effektiv bei Psychosomatik: kognitive Verhaltenstherapie und Emotionsregulation
- 8 **Für Sie gelesen** | Borderline Persönlichkeitsstörung: Ist Gruppentherapie wirksamer als TAU?
- 10 **Therapiemethoden** | Therapeutische Sitzungen per Videotelefonie

### Gruppenpsychotherapie

- 13 **Editorial** | **Gruppentherapie** Claudia Dahm-Mory, Barbara Stein, Volker Köllner
- 15 **Essentials** | **Gruppenpsychotherapie** Jana Gehn
- 17 **Standpunkte** | **Evidenz der Gruppenpsychotherapie – aktuelle Ergebnisse** Bernhard Strauß
- 24 **Standpunkte** | **Auf der Suche nach dem Heiligen Gral – Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie** Dankwart Mattke, Rainer Weber
- 30 **Standpunkte** | **Gruppenpsychotherapie – Versorgungsrealität, Rahmenbedingungen und Ablauf** Dankwart Mattke, Eva Mohnke
- 35 **Aus der Praxis** | **Gruppentherapie systemisch gesehen** Jan Obendiek
- 40 **Aus der Praxis** | **Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie** Heinz Rüdell, Laetitia Rinke, Eva Mohnke
- 44 **Aus der Praxis** | **Mentalisierungsbasierte Gruppenpsychotherapie (MBT-G)** Ulrich Schultz-Venrath
- 50 **Aus der Praxis** | **Angstbewältigung in der Gruppe** Claudia Dahm-Mory, Hans-Ulrich Wilms
- 54 **Aus der Praxis** | **Warum können Gruppentherapien bei Krebspatienten hilfreich sein? Eine qualitative Studie zu psychodynamischer Kunst-, Tanz- und Gruppenpsychotherapie mit Brustkrebspatientinnen** Cornelia Caspari, Lisa Ritter, Kristin Härtl

- 58 **Aus der Praxis | Psychodiabetologische Arbeit im Rahmen der Gruppenpsychotherapie** Ljiljana Joksimovic
- 62 **Aus der Praxis | Gruppentherapie in der Suchtbehandlung** Monika Vogelgesang
- 66 **Aus der Praxis | Gruppentherapie bei funktionellen Körperbeschwerden und somatoformen Störungen** Andreas Dinkel, Claas Lahmann, Joram Ronel
- 71 **Aus der Praxis | Indikation und Gruppenverlauf – Hinweise und Hilfen für die gruppentherapeutische Praxis** Bernhard Strauß
- 76 **Aus der Praxis | Offen oder geschlossen? Das ist hier die Frage!** Ursula Melicherova, Volker Köllner
- 80 **Aus der Praxis | Ernesto und der böse Wolf – Katathym Imaginative Gruppenpsychotherapie** Ulrike Linke-Stillger
- 85 **Aus der Praxis | Gruppen ohne Therapeuten – Zur Rolle der Selbsthilfe im deutschen Gesundheitssystem** Jürgen Matzat
- 89 **Aus der Praxis | Psychosomatische Reha-Nachsorge: PsyRENA** Thomas A. Langens, Michael Schonnebeck
- 93  **CME Fragen**
- 97 **Über den Tellerand | Was gute Arbeit braucht – Kontextuelle Voraussetzungen stationärer (Gruppen-) Psychotherapie** Oliver König
- 102 **Dialog Links | Geteiltes Leid, halbes Leid – das Thema Gruppenpsychotherapie im Netz** Johanna Tränkner
- 106 **Dialog Books | Bücher zum Thema** Katharina M. Gladisch
- 111 **Resümee | Gruppentherapie** Barbara Stein, Claudia Dahm-Mory, Volker Köllner
- 

## Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 113 **Fallbericht Schlafstörung**

## Lesenswert

- 117 **Olga Tokarczuk: Unrast**

## Backflash

- 119 **Deutschland, das Virus und das Klopapier**

- 120 **Vorschau**

Impressum auf der letzten Seite

---

**Titelbild:** Quelle: photalo / Stock.Adobe.com

## Effektiv bei Psychosomatik: kognitive Verhaltenstherapie und Emotionsregulation

Kleinstäuber M et al. Cognitive Behaviour Therapy Complemented with Emotion Regulation Training for Patients with Persistent Physical Symptoms: A Randomised Clinical Trial. *Psychother Psychosom* 2019; 88: 287–299

**Anhaltende körperliche Symptome ohne medizinische Erklärung sind mit hohen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden. Bisherigen Studienergebnissen zufolge erreicht die kognitive Verhaltenstherapie bei diesen Patienten kleine bis mittlere Effekte. Kleinstäuber und Kollegen überprüften mit einer randomisiert kontrollierten Studie, ob sich diese Ergebnisse verbessern, wenn man die bisherige Therapie mit einem Training zur Emotionsregulation kombiniert.**

Der Frage, wie man Patienten mit anhaltenden körperlichen Symptomen ohne eindeutigen medizinischen Befund erfolgreich behandeln kann, gehen seit Jahren zahlreiche klinische Studien nach. Die höchsten Wirksamkeitsraten konnten bisher für die kognitive Verhaltenstherapie nachgewiesen werden. Diese Effekte befinden sich jedoch lediglich im kleinen bis mittleren Bereich. Das deutsche Forscherteam machte sich daher auf die Suche nach Behandlungskonzepten, die die Effekte von kognitiver Verhaltenstherapie noch verstärken können. In der Studien- und Literatursichtung stießen sie auf Techniken zur Emotionsregulation, die unter anderem zu einer höheren Schmerztoleranz bei chronischen Schmerzpatienten führten.

Basierend auf diesen Erkenntnissen riefen Kleinstäuber und Kollegen eine multizentrische Studie ins Leben, mit der die Wirksamkeit der Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und einem Training zur Emotionsregulation untersucht wurde. Hierfür wurden 255 Patienten zwischen 18 und 69 Jahren mit mindestens 3 andauernden körperlichen Symptomen ohne medizini-

schen Befund randomisiert in 2 Studienarme eingeteilt:

- 128 Patienten erhielten 20 Therapiesitzungen herkömmlicher kognitiver Verhaltenstherapie
- 127 Patienten bekamen die gleiche Sitzungsanzahl bestehend aus einer Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und einem Emotionsregulationstraining

Die Wirksamkeit wurde durch das primäre Outcome der Symptomschwere sowie durch die sekundären Outcomes Lebensqualität, Gesundheitsängste, Symptommengang, generelle Psychopathologie, Depressionen, Symptombeeinträchtigung und Nutzung des Gesundheitssystems überprüft. Gemessen wurden diese vor Therapiebeginn, in der 8. Therapiesitzung, am Therapieende sowie in einem Follow-up nach 6 Monaten.

Mithilfe von linearen Modellen konnten die Kollegen mittlere bis große Effekte für fast alle Ergebnisse in beiden Studienarmen nachweisen. Diese waren sowohl am Therapieende sowie 6 Monate später wirksam. Die Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und Emotionsregulationstraining war somit nicht wirksamer als reine kognitive Verhaltenstherapie hinsichtlich der Symptomschwere am Ende der Therapie. Beim 6-monatigem Follow-up waren sogar alle Outcomes in beiden Studienarmen signifikant gebessert.

### Depressive und Patienten mit Angststörungen profitieren mehr von Emotionsregulation

Zu einem interessanten Ergebnis kamen dann jedoch Moderatoranalysen: Bei psychosomatischen Patienten, die zusätzlich unter Depressionen oder Angststörungen litten, war die Kombination aus kognitiver

Verhaltenstherapie und Emotionsregulationstraining effektiver. Die statistische Auswertung ergab auch signifikante Gruppenunterschiede: Die Kombinationstherapie zeigte v. a. bei den Outcomes bessere Effekte gegenüber herkömmlicher kognitiver Verhaltenstherapie, bei denen die emotionale Komponenten der Symptomwahrnehmung und Symptomregulation angesprochen wurden.

Im Diskussionsteil betonen die Forscher den positiven Zusammenhang zwischen Therapieeffekt bezüglich Symptomschwere und Therapiedauer. Sie sehen darin einen Teil der Erklärung, warum vorherige Studien – mit kürzerer Therapiedauer – nur zu kleinen bis mittleren Effekten bei kognitiver Verhaltenstherapie kamen. Zukünftige Studien sollten längere Follow-up Intervalle von mindestens 3 Jahren wählen, um die Langzeitwirksamkeit von Verhaltenstherapie bei Patienten mit psychosomatischen Beschwerden zu belegen.

#### FAZIT

Die Kombination aus kognitiver Verhaltenstherapie und Trainings zur Emotionsregulation führte nicht zu einer Überlegenheit gegenüber reiner kognitiver Verhaltenstherapie. In beiden Fällen wurden mittlere bis hohe Effekte erreicht. Somit sind kognitive Verhaltenstherapie und die Kombination aus dieser mit Trainings zur Emotionsregulation beide hoch effektiv bei der Behandlung von anhaltenden körperlichen Symptomen. Allerdings profitierten psychosomatische Patienten mehr von der Ergänzung durch Emotionsregulationstrainings, wenn sie zusätzlich unter Depressionen oder Angststörungen litten.

M. Sc. Daniela Schultheis, Karlsruhe

## Borderline Persönlichkeitsstörung: Ist Gruppentherapie wirksamer als TAU?

McLaughlin SPB et al. Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Psychotherapy* 2019; 56: 260–273

**Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine häufige Erkrankung im klinisch-stationären Setting und ist u. a. durch Probleme im zwischenmenschlichen Bereich gekennzeichnet. Zur Behandlung werden i. d. R. hauptsächlich psychotherapeutische Methoden angewandt. Die hier vorgestellte Metaanalyse weist insbesondere der Gruppenpsychotherapie eine hohe Wirksamkeit nach.**

In der Gruppentherapie können Patienten mit einer BPS Skills erlernen, sich darüber austauschen und diese auch in vivo anwenden. Zudem können Mitpatienten unterstützend und motivierend wirken, was sich positiv auf die Therapie-Compliance auswirkt. Das Setting der Gruppentherapie stellt ein Übungsfeld für die Patienten dar, wie es in der Einzeltherapie nicht in diesem Maße umsetzbar wäre.

Ein Gruppensetting bringt aber auch Herausforderungen mit sich, da es für Patienten beispielsweise schwierig sein kann, Beziehungen zu Mitpatienten aufzubauen. Ebenso können sie durch Gruppenmitglieder und deren Erlebnisse getriggert werden. Außerdem finden individuelle Themen, an denen gearbeitet werden müsste, im Rahmen der Gruppensitzungen kaum Raum.

Bisher gab es nur Einzelstudien, die die Wirksamkeit von Gruppentherapie bei Patienten mit BPS untersuchten. Die Studie ist bisher die erste, die in einer Metaanalyse Gruppentherapie mit üblichen Behandlungsmethoden (treatment as usual = TAU) vergleicht und gleichzeitig Moderatorvariablen untersucht.

Die Metaanalyse schloss alle ab 1990 publizierten Studien ein, die u. a. folgende Kriterien erfüllen sollten: BPS als primäre Diagnose der Patienten, Behandlung von BPS mithilfe Gruppentherapiebehandlung vs. TAU, randomisiert kontrollierte

Stichprobenerhebung, volljährige Patienten. Außerdem sollte die Gruppentherapie als hauptsächliche Behandlungsform mit mindestens 5 Sitzungen und mindestens 3 Gruppenmitgliedern stattfinden. Insgesamt erfüllten 24 Studien die Einschlusskriterien.

### Gruppenbehandlung in Studien meist DBT-basiert

Der Anteil der weiblichen Patienten in den untersuchten Stichproben lag bei 88,5 % mit einem Altersdurchschnitt von 31,4 Jahren. Die meisten Behandlungen fanden ambulant statt (75 % der eingeschlossenen Studien), mithilfe eines Manuals (70,8 %) und basierten auf dialektisch-behavioraler Therapie (DBT) (58,3 %).

### Gruppentherapie wirksamer als TAU

Die gruppentherapeutische Behandlung zeigte sich eindeutig wirksamer als TAU, was die Reduktion von Symptomen der BPS angeht (Effektstärke  $g = 0,72$ ). Eine Verbesserung von suizidalem/parasuizidalem Verhalten durch Gruppentherapie im Vergleich zu TAU konnte mit einem moderaten Effekt nachgewiesen werden ( $g = 0,46$ ).

Leider beschreiben die Autoren nicht, wie TAU in den einzelnen Studien durchgeführt wurde. Je nach Studie konnte TAU beispielsweise wöchentliche Einzeltherapie, einzelne Kontakte, Verweis an Beratungsstellen oder Standardversorgung beinhalten. Da keine zusätzlichen Informationen dazu dargestellt werden, erschwert das die Interpretation der Ergebnisse.

### Positive Sekundäreffekte bei Gruppentherapie

Die Moderatoranalyse offenbarte, dass bei steigender Anzahl der Gruppenmitglieder sich die Gruppentherapie nicht mehr wirksamer erwies als TAU. Bezüglich der theoretischen Basis des Gruppenkonzepts zeigten sich keine Unterschiede in Hinsicht auf die Symptomentwicklung. Was parasuizidales Verhalten anging, zeigten Gruppentherapie basierend auf Akzeptanz-Com-



Gruppentherapie – auch für Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung empfehlenswert? (Symbolbild; Quelle: Jessica Sieger/Thieme Gruppe)

mitment-Therapie und psychodynamische Verfahren größere Effekte als DBT. Allerdings herrschte hier ein großes Ungleichgewicht, da die meisten Studien DBT-basiert waren und zu den anderen Verfahren jeweils nur einzelne Studien vorlagen. Gruppentherapie hatten jedoch insgesamt positive Sekundäreffekte auf Symptome von Angst, Depression und die allgemeine psychische Gesundheit.

#### FAZIT

Inwiefern Gruppentherapie im Einzelnen die Symptomverbesserung beeinflusst, ist schwer feststellen, da zusätzlich zu der gruppentherapeutischen Behandlung auch andere Faktoren wie Medikamentenverordnungen oder Einzelsitzungen zum Behandlungserfolg beitragen können. Dennoch ist eine gruppentherapeutische Behandlung von Patienten mit BPS stark zu empfehlen, da sie sich insgesamt wirksamer als üblicherweise angebotene Behandlungen erwies und dazu mit positiven Sekundäreffekten einherging.

Katharina Schieber, Lauf a. d. Pegnitz

## Therapeutische Sitzungen per Videotelefonie



**Die Corona-Epidemie hat uns kreativ und erfinderisch gemacht. Für uns PsychotherapeutInnen heißt das vor allem: Therapiesitzungen ohne direkten PatientInnenkontakt. Im Folgenden möchte ich meine Erfahrungen und Gedanken zu Voraussetzungen, Indikationen, Kontraindikationen, Wirkungen und möglichen Nebenwirkungen mitteilen.**

Am Anfang stand für mich telefonische Supervision. Meine Erfahrung damit war so gut, dass sie mich ermutigte, in Einzelfällen auch PatientInnen telefonische Therapiestunden anzubieten. So konnten wir Sitzungsausfälle oder gar längere Therapiepausen vermeiden, wenn PatientInnen nicht persönlich in der Praxis erscheinen konnten.

Zu meinem Erstaunen wurde das Angebot i. d. R. rasch und gern angenommen. Ich selbst gewann Sicherheit dabei. Und denke, die Qualität und das Ergebnis solcher Therapiestunden braucht sich nicht hinter den Vis-à-vis-Sitzungen zu verstecken.

Inzwischen wurden die technischen Möglichkeiten um das optische Medium Video erweitert – und mit der Videotelefonie steht uns ein Kommunikationskanal zur Verfügung, der den diversen Verhinderungskonstellationen bzw. speziellen Patientenbedürfnissen noch besser Rechnung tragen kann als bloße Telefonate. Insofern war ich grundsätzlich aufgeschlossen und froh, als diese Möglichkeit im Rahmen der Reform der Psychotherapierichtlinien auch offiziell etabliert wurde.

### Voraussetzungen

Grundvoraussetzung für erfolgreiche Therapiesitzungen per Videotelefonie ist, dass schon eine vertrauensvolle Zusammenarbeit in der Therapie mit dem betreffenden Patienten bzw. der Patientin etabliert ist. Es sollte eine Arbeitsebene bestehen, die einen wichtigen Wirkfaktor beinhaltet: die gemeinsame Überzeugung von PatientIn und TherapeutIn bezüglich der angewand-

ten Methode sowie der verwendeten Vorgehensweise.

Eine formale Voraussetzung ist, dass der/die PatientIn bereit und in der Lage ist, in den 50 Minuten der Therapiesitzung ungestört zu sein. Jegliche Ablenkung oder Unterbrechung ist kontraproduktiv. Dabei ist an verschiedenste mögliche Störeinflüsse zu denken (Pflegedienst, anwesende Kinder u. v. m.). Für die TherapeutInnenseite gilt dies ohnehin als selbstverständlich.

### Indikationen

Aktuell hat die Kontaktvermeidung zur Eindämmung der Corona-Pandemie der Methode kräftigen Zulauf gebracht – und die Maßnahmen gelten ja für uns alle. Nach den (akuten) Corona-Zeiten müssen wir uns aber voraussichtlich etwas differenzierter mit den Indikationen auseinandersetzen.

Die Verhinderung einer Infektionsübertragung wird sicher auch weiterhin – neben gesundheitlich zeitweise eingeschränkter Mobilität des Patienten bzw. der Patientin – ein wichtiger Anlass für den Gebrauch sein. In der Regel wird dieser nur passager, oft nur einmalig notwendig sein.

Findet die Therapie sonst in üblicher Weise in einer Praxis statt, sollten Sitzungen per Videotelefonie aus meiner Sicht der Ausnahmefall sein – auch wenn im Rahmen der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens die IT-Branche sich intensiv bemüht, diesen Geschäftszweig zu beleben und Videotelefonie-Anbieter zurzeit wie Pilze aus dem Boden schießen.

### Kontraindikationen und Vorbehalte

Was könnte als Kontraindikation für eine Therapiesitzung unter Nutzung von Videotelefonie gelten?

Selbstverständlich scheidet die Variante Laptop für **Erstkontakte** aus, m. E. darüber hinaus auch für weitere nötige psychothe-

rapeutische Sprechstundentermine und die Probatorik.

In einer **suizidalen Krise** erscheint der persönliche Kontakt indizierter als ein telefonischer Fernkontakt. Beziehung und ihre Nähe und Tiefe stellt ja *das* suizidpräventive Moment dar. Allerdings könnte man sagen, bevor aus irgendwelchen Verhinderungen bei einem Patienten mit Suizidgefahr ein Behandlungstermin vor Ort nicht stattfinden kann, ist doch – ähnlich wie bei der Nutzung der telefonischen Notfallseelsorge – eine videotelefonische Sitzung allemal besser als gar keine therapeutische Begleitung.

PatientInnen mit zu starker **paranoider oder dissoziativer Symptomatik** dürften mit dem Setting der Videotelefonie überfordert sein, die Gefahr von Fehlinterpretationen ohne die bei direktem Kontakt möglichen anderen Kommunikationskanäle könnte zu groß sein.

Was nicht psychodynamisch (mit dem Übertragungsgeschehen) arbeitenden KollegInnen vielleicht kaum relevant erscheinen mag, ist für tiefenpsychologisch oder analytisch Tätige durchaus beachtenswert: Mit dem Telefonat und erst recht mit dem Videobild befinden wir uns im Privatraum der Patientin bzw. des Patienten – wo wir als TherapeutInnen nichts zu suchen haben. Dort, wo die Distanz zur Privatsphäre nicht gewahrt ist, und wo das Prinzip, dass der/die PatientIn uns aufsucht, ausgehebelt ist.

Da es ohnehin entscheidend ist, ob der/die PatientIn bei gegebenem Anlass von der Möglichkeit einer Videosprechstunde Gebrauch machen möchte oder nicht, sollte bei solchen Bedenken seitens des Patienten bzw. der Patientin – wie bei allen anderen geäußerten Bedenken – Abstand von dieser Alternativmöglichkeit genommen werden. (In jedem Fall ist der Austausch über und die Entscheidung für oder gegen eine Videotelefonisprechstunde dann allerdings eine Fundgrube für das Klären emotionaler Hintergründe und beziehungsregulatorischer Vorgänge.)

Der häufigste von den PatientInnen geäußerte Vorbehalt ist verständlicherweise, dass Videositzungen zunächst ungewohnt sind und „nicht so persönlich“. Meine Erfahrung sagt, dass bei Handhabung durch ausreichend erfahrene TherapeutInnen diese Bedenken durch die unmittelbare Erfahrung schnell zu zerstreuen sind. (Ich habe schon erlebt, dass PatientInnen so davon angetan waren, dass sie in Fällen, die ich gar nicht erforderlich und gerechtfertigt ansah, den Wunsch äußerten, es weiterhin oder öfter bei Videositzungen zu belassen. Die dahinterliegenden Versorgungswünsche u. v. m. ließen sich dann therapeutisch gut aufgreifen und bearbeiten.)

## Wirkungen

Bei einer gelungenen Sitzung per Videotelefonie kann ebenso gut gearbeitet werden wie im unmittelbaren Kontakt. Ein zusätzliches Spezifikum kann sein, dass dem Patienten bzw. der Patientin direkt erlebbar wird, dass eine knifflige Situation (irgendein Verhinderungsgrund für die Begegnung in der Praxis) kreativ und konstruktiv gelöst werden kann und dass Kontakt auch unter erschwerten Bedingungen nicht ganz abreißen muss – dass bei allem Reden in der Therapie auch ein solches konkretes Handeln beim Behandeln helfen kann.

### FAZIT

Therapiesitzungen per Videotelefonie können Kontakte von Angesicht zu Angesicht tatsächlich im Einzelfall ersetzen. Sie können Ausfälle und längere Therapiepausen vermeiden, sollten sich aber (wo immer möglich) auf einzelne oder wenige Sitzungen beschränken. Wichtigste Voraussetzung ist, dass bereits eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen PatientIn und TherapeutIn etabliert ist – damit scheidet die Methode für Erstkontakte oder probatorische Sitzungen i. d. R. aus. Sind die Voraussetzungen gegeben, nehmen PatientInnen das Angebot aber i. d. R. gern an – und die Wirksamkeit der Videositzungen steht der von Vis-à-vis-Sitzungen in nichts nach.

## Interessenkonflikte

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

## Autorinnen/Autoren



### Christian Heruth

Dr.med.; Facharzt für Psychotherapie/Psychotherapie, als ärztlicher Psychotherapeut in eigener Praxis in Grimma und als Dozent und Supervisor tätig.

Balintgruppenleiter der Deutschen Balintgesellschaft.

## Korrespondenzadresse

**Dr. med. Christian Heruth**  
Psychotherapeutische Praxis  
Töpferstr. 10  
04668 Grimma  
ptpraxisheruth@aol.com

## Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1155-8380>  
PiD - Psychotherapie im Dialog 2020; 21: 10–11  
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
ISSN 1438-7026

# Gruppentherapie



Claudia Dahm-Mory

## Wie eine Zirkelblume: so viele Schnittmengen und so vielfältig

Gruppen? Ja! Wir beschäftigen uns gerade mit Gruppen. Einem Zusammentreffen von mehr als 2 Personen im gleichen Raum. Ja! Sie sitzen in einem geringeren Abstand als 2 Meter nebeneinander. Ja! Mehrere Personen in einem Raum kommen sich nah. Durch die Coronavirus-bedingten Einschränkungen war diese Therapieform zeitweise nicht mehr möglich. Welche Auswirkungen werden die Erfahrungen des „physical distancing“ auf uns haben? Wird sich unser Gruppenverhalten verändern?

Genau diese zwischenmenschliche Nähe ist in einer Gruppentherapie hilfreich. Daher nehmen wir dieses Setting in der PiD – nicht nur für die Zeit nach Corona – genauer unter die Lupe.



Dr. Barbara Stein

## Die Schere zwischen ambulantem und stationärem Angebot

Gruppentherapie ist effektiv und vielfältig. Das steht außer Zweifel. Die Auswahl an gruppentherapeutischen Angeboten ist riesig – und doch ist ein Missverhältnis zwischen dem ambulanten und dem stationären Angebot zu beobachten. Eine stationäre psychotherapeutische Behandlung ist ohne gruppentherapeutisches Setting nahezu undenkbar. Stationäre Gruppenangebote sind wirksam und gut evaluiert. Die Realität in der ambulanten Versorgungslandschaft zeigt ein anderes Bild. Patienten scheinen explizit Einzelbehandlungen zu bevorzugen. In den Zahlen des Barmer Arztreports 2020 spiegelt sich das wider: 94,4% der Patienten werden im ambulanten Setting einzeltherapeutisch behandelt.

Wie ist dieses offensichtliche Ungleichgewicht zwischen stationären und ambulanten Gruppentherapien zu erklären? Gibt es weniger ambulante Gruppenangebote oder werden die vorhandenen Angebote von den Patienten weniger genutzt? Wie sind die Abrechnungsmodalitäten einer Gruppenbehandlung für niedergelassene Kollegen?



Prof. Volker Köllner

## Verkürzung von Wartezeiten durch Gruppentherapie?

Trotz steigender Zahl an niedergelassenen Psychotherapeuten (2009–2018 + 63 %, Barmer Arztbericht 2020) sehen sich viele Patienten damit konfrontiert, dass die Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz lange sind. Jeder dritte Patient muss mindestens einen Monat, jeder zehnte muss bis zu drei Monaten warten, und in Erzählungen der Patienten sind in Ballungszentren Wartezeiten von einem halben Jahr keine Seltenheit. Eine Verkürzung der Wartezeit auf einen ambulanten Therapieplatz mittels Gruppenangeboten liegt als Lösung nah. Daher ist es schon seit Längerem eine gesundheitspolitische Zielsetzung, ambulante Gruppentherapie zu fördern. Welche Maßnahmen wurden ergriffen, welche tatsächlich umgesetzt? In den Standpunkten Beiträgen gehen Bernhard Strauß, Dankwart Mattke, Rainer Weber und Eva Mohnke diesen und weiteren zentralen Fragen nach. Wie wirksam ist Gruppenpsychotherapie? Welche Wirkfaktoren gibt es? Wie sind die strukturellen Rahmenbedingungen für Gruppentherapien? Was sagt die Forschung zu offenen, halboffenen oder geschlossenen Gruppen? Ursula Melicherowa und Volker Köllner richten den Blick auf stationäre Gruppen im psychiatrischen und psychosomatischen Kontext und erörtern, ob geschlossene Gruppen überlegen sind.

## **Vielfältige Konzepte – schulenspezifisch, schulenübergreifend ...**

Wie ein bunter Blumenstrauß – so vielfältig und unterschiedlich sind gruppentherapeutische Konzepte in ihrer Umsetzung. Innerhalb der Therapieschulen haben sich Gruppenkonzepte entwickelt und weiterentwickelt. Auch schulen- und berufsgruppenübergreifende Modelle finden sich auf dem Markt der Möglichkeiten. Welche Unterschiede gibt es in der Herangehensweise der Therapieschulen und welche schulenübergreifende Konzepte haben sich bewährt? Ausgewählt haben wir hier eine Handvoll Autoren – und es gäbe noch so viele mehr.

Heinz Rüdell, Laetitia Rinke und Eva Mohnke geben einen Überblick über den verhaltenstherapeutischen Gruppenansatz und stellen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen psychodynamischen und verhaltenstherapeutischen Gruppen dar. Jan Obendiek beschreibt ein systemisches Konzept und Ulrike Linke-Stillger erläutert die Adaption des Kathymen Bilderlebens für den Gruppenkontext. Eine detaillierte Beschreibung der Durchführung einer mentalisierungsbasierten Gruppe finden Sie in dem Artikel von Ulrich Schulz-Venrath. Claudia Dahm-Mory und Ulrich Wilms stellen die Zusammenarbeit von Hund (Verhaltenstherapeut) und Katz (systemische Therapeutin) vor.

Und nicht zu vergessen: Schon längst gibt es keinen Zweifel mehr an der Gruppentherapie ohne Therapeuten! Jürgen Matzat beschreibt Landschaft der Selbsthilfegruppen in Deutschland.

### **... und störungsspezifisch**

Wenn wir nun Gruppen inhaltlich in den Blick nehmen, stellt sich die Frage, welche störungsspezifischen Konzepte sich etabliert haben. Wir konnten Autoren aus sehr unterschiedlichen Bereichen gewinnen, die Modelle für Patienten einer Störungsgruppe vorstellen: Sucht (Monika Vogelgesang), Brustkrebs, PsyRENA zur Reha-Nachsorge und für berufliche Themen (Thomas Langens und Michael Schonnebeck), Psyche und Diabetes (Ljiljana Joksimovic), funktionelle Körperbeschwerden und somatoformen Störungen (Andreas Dinkel, Claas Lahmann und Joram Ronel) sowie Angsterkrankungen.

Gruppentherapie? Nein danke! Das ist eine Reaktion, die immer wieder bei Patienten wahrzunehmen ist, wenn ihnen eine Gruppentherapie empfohlen wird. Wie blicken die Nutzer nach der Therapie auf ihre Erfahrung? Welche Bedeutungen haben Gruppen für den gesamten Behandlungsverlauf? Cornelia Caspari, Lisa Ritter und Kristin Härtl stellen ein Konzept zur Unterstützung von Brustkrebspatientinnen vor und lassen die Frauen selbst zu Wort kommen.

Über den Tellerrand blickt Oliver König im Rahmen eines supervisorischen Prozesses in ein psychiatrisches Team als Gruppe.

### **Die Gretchenfrage zum Schluss**

Wenn Sie, liebe LeserInnen, dieses Heft nun in den Händen halten und gleich zu lesen beginnen, haben wir vorab noch eine Frage an Sie: Zu welcher Gruppe zählen Sie sich? Mögen Sie Gruppentherapien oder meiden Sie diese lieber? Sollten Sie zur ersten Gruppe gehören, können wir Ihnen mit diesem Heft vielleicht die Wartezeit zur nächsten Gruppentherapie verkürzen und Sie mit spannenden Konzepten zum Weiterdenken einladen. Sollten Sie sich zur zweiten Gruppe zählen, so hoffen wir, Ihnen mithilfe dieses Hefts Appetit auf Gruppentherapien zu machen – vielleicht gelingt es ja. Die Artikel werden Sie in jedem Fall einladen, in die Vielfalt von Gruppenpsychotherapie einzutauchen und vielleicht mit ein paar neuen Ideen und Fragen wieder aufzutauchen.

Viel Freude beim Lesen wünschen Ihnen

Claudia Dahm-Mory, Barbara Stein, Volker Köllner

# Gruppenpsychotherapie

Jana Gehn

Definitionen, Fakten, Relevantes – die PiD-Essentials fassen die wichtigsten Informationen zum Thema des Heftes knapp und übersichtlich für Sie zusammen.

## Was ist Gruppenpsychotherapie?

Strauß & Mattke [1] definieren Gruppenpsychotherapie als „die Behandlung einer emotionalen oder psychischen Störung [...] mithilfe des Mediums Gruppe“ mit dem Ziel „auf einer interpersonellen (sozialen), intrapersonellen (intrapersonalen) oder Verhaltensebene Veränderungen bei den teilnehmenden [...] Gruppenmitgliedern zu induzieren“. Zusätzliche Kriterien sind, dass bei psychotherapeutischen Gruppen die Behandlung einer Störung im Vordergrund steht und dafür ein professionell ausgebildeter Psychotherapeut bzw. eine Psychotherapeutin zuständig ist. In den deutschsprachigen Ländern ist dafür eine Zusatzqualifikation nötig, die auch im Rahmen der psychotherapeutischen Ausbildung erworben werden kann.

## Gruppenpsychotherapie bis heute

Bereits Anfang des 20. Jahrhunderts hat Joseph Pratt aus Gründen der Zeitersparnis Tuberkulosepatienten in Gruppen über das Krankheitsbild aufgeklärt. Von da an wurde auch die Psychotherapie auf Gruppen aufmerksam. In der Psychoanalyse entwickelte Trigant Burrow die sog. Gruppenanalyse. Parallel dazu entstanden weitere Gruppenkonzepte wie das von Jacob Levy Moreno gegründete Psychodrama. Ab den 1940er- bis in die 1970er-Jahre erfuhr die Gruppenpsychotherapie einen regelrechten Hype. Rogers, Pearls, Bion, Yalom, Maichenbaum, Beck und viele andere nutzen die Gruppe als Methode, entwickelten Therapiekonzepte und erforschten die Wirkung von Gruppenpsychotherapie.

Jedoch verlor in den darauffolgenden Jahrzehnten die Gruppenpsychotherapie im ambulanten Bereich an Bedeutung, und der Anteil an Gruppen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie ging zurück. In der stationären Arbeit sind Gruppenangebote weit verbreitet. Im ambulanten Bereich jedoch gibt es eine große Zurückhaltung gegenüber Gruppenangeboten. Dies mag auch daran liegen, dass unter ambulanten PsychotherapeutInnen Befürchtungen und Ängste gegenüber einer schwer kontrollierbaren Gruppendynamik verbreitet sind [1]. Logistische Schwierigkeiten und Unwissenheit über Abrechnungsmöglichkeiten tragen ihr Übriges dazu bei.

Mittlerweile ist jedoch ein leichter Aufwärtstrend an ambulanten Angeboten zu verzeichnen. Allerdings bieten laut einer Studie der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (Walendzik et al. 2010 in [1]) von 24,2% der Abrechnungsberechtigten nur 7,7% gruppentherapeutische Behandlungen an, also nur rund ein Drittel. Zukünftig dürfte sich die Sicht auf Gruppen jedoch nicht nur aus ökonomischer Perspektive, sondern auch im Hinblick auf die Wirksamkeit stetig verbessern [1].

## Merkmale von Gruppen

Damit Gruppen sinnvoll und erkenntnisgewinnend für die Teilnehmenden sind, müssen bestimmte Merkmale beachtet werden, die Gruppen mit sich bringen. Neben der Gruppengröße, der Indikation (störungsspezifische Gruppen) und verschiedenen Anwendungsbereichen (Kinder, Erwachsene, stationär, teilstationär, ambulant) gibt es noch zahlreiche weitere Merkmale [1]. So zeichnet sich eine Gruppe dadurch aus, dass eine *direkte Kommunikation* auch zwischen den Teilnehmenden möglich ist. In der Regel verfolgen die meisten therapeutischen Gruppen ein *gemeinsames Ziel*, welches in einem *gewissen zeitlichen Rahmen* bearbeitet werden kann. In dieser Zeit teilt eine Gruppe *gemeinsame Normen und Werte* wie basale Kommunikationsregeln bis hin zu explizit erarbeiteten Gruppenregeln. Im Vergleich zum Einzelsetting bietet die Gruppe neben der *Beziehung zum/zur GruppenpsychotherapeutIn* auch *diverse Beziehungen zu den anderen Teilnehmenden*, die für die therapeutische Arbeit genutzt werden können.

## Wirkfaktoren der Gruppe

Schulenübergreifend können nach Yalom [2] ähnliche Wirkfaktoren der Gruppe angenommen werden:

- **Hoffnung wecken:** Der/die GruppentherapeutIn und die einzelnen Gruppenmitglieder schaffen positive Erwartungen und verstärken die Fortschritte Einzelner.
- **Universalität des Leidens:** Dieser Faktor wird allein durch die Tatsache wirksam, dass andere Teilnehmende ähnliche Probleme haben und somit das eigene Leid nicht alleine steht.
- **Mitteilen von Informationen:** Dies umfasst die Vermittlung von z. B. störungsspezifischem Wissen und den Austausch über Bewältigungsmöglichkeiten,