

Verhaltenstherapie in der Psychiatrischen Klinik*

Behaviour therapy in psychiatric clinics

A. Schmidtke, A. Gajewska, S. Bär und B. Jabs

Zusammenfassung

Im stationären Rahmen durchgeführte Psychotherapie und insbesondere stationäre Verhaltenstherapie ist nur sinnvoll, wenn das gesamte Stationssetting dem Therapiekonzept angepasst ist. Nur in einen stationären Rahmen übertragene Konzepte ambulanter Einzeltherapien rechtfertigen weder Aufwand noch Kosten. Eine stationäre Verhaltenstherapie sollte daher bestrebt sein, die Patienten so weit wie möglich im häuslichen Umfeld bzw. an der Arbeitsstelle zu lassen. Das theoretische Konzept eines solchen multimethodischen und multimodalen Konzeptes wird vorgestellt, außerdem die notwendigen Basismodule und deren zeitliche Abfolge. Der Transfer in den Alltag sollte durch tages- und nachtklinische Behandlung, eine notwendige ambulante Betreuung sowie eine ambulante und klinische Booster-Behandlung ermöglicht werden. Die Evaluation eines solchen Konzeptes ergab, dass ein Arbeitspraktikum als sehr gut beurteilt wird. Das „reine“ soziale Training („Kontaktgruppe“) sowie die Psychoedukation fallen dagegen etwas ab. Die positiv beurteilte Wirkung korreliert dabei nicht signifikant mit dem Schwierigkeitsgrad, mit dem die einzelnen Therapiemodule beurteilt werden. Assertivitätstraining wird von 11% der Patienten als das Therapiemodul bezeichnet, das ihnen am schwersten fällt. Die Pharmakotherapie fällt naturgemäß am leichtesten.

Schlüsselwörter Verhaltenstherapie – stationäre Behandlung – Gruppentherapie – Therapiemodule – therapeutischer Transfer

Summary

Behaviour therapeutic measures in psychiatric clinics need special concepts. The therapies should not simply transfer outpatient measures and treatments to inpatient treatments. Therapeutic strategic planning should include an immediate transfer to every day life. A concept of specialised behaviour therapeutic procedures is presented. The treatment should be organised in a multimethodical and multimodal manner. The basic structure for the individual therapeutic treatment (strategic planning) should be integrated into group therapies. The necessary basic therapeutic modules and their sequence over time are presented. The transfer to every-day life should be made through the possibility of day and night clinic treatment as well as necessary outpatient treatment and in- and outpatient booster sessions. The evaluation of such a concept shows that especially the work experience has proved its worth. Pure social training (contact group) and psychoeducation are rated less positively. The positive ratings of the therapeutic modules do not covary with the level of difficulty. Assertiveness training is evaluated by 11% of the patients as the therapy module that is the most difficult to cope with. Pharmacotherapy is rated as the easiest therapy module.

Keywords behaviour therapy – inpatient treatment – group therapy – therapeutic modules – therapeutic transfer

1 Einleitung

Im stationären Rahmen durchgeführte Psychotherapie und insbesondere stationäre Verhaltenstherapie ist nur sinnvoll, wenn das gesamte Stationssetting dem Therapiekonzept angepasst ist. Lediglich in einen stationären Rahmen verlegte Konzepte ambulanter Einzeltherapien rechtfertigen weder Aufwand noch Kosten einer stationären Psychotherapie (vgl. schon Steiner und Thommen, 1989).

Wegen der bei den meisten Patienten und Problemstellungen impliziten Zielvorgabe des „Problembewältigens“ im „realen“ Leben (einschl. der bei rehabilitativen Maßnahmen vorgegebenen Zielvorgaben des Wiederherstellens der Erwerbsfähigkeit oder der Abwehr der Gefährdung der Erwerbsfähigkeit) sollte eine stationäre Verhaltenstherapie einerseits so „realitätsnah“, d. h. möglichst sehr dicht an den alltäglichen

Problemfeldern des Patienten, angelegt sein, andererseits aber auch (zumindest zeitweise) eine Herausnahme aus den Belastungsfaktoren des täglichen Lebens ermöglichen.

Aus diesen – sich eigentlich widersprechenden - Zielvorgaben ergibt sich, dass eine stationäre VT daher im Allgemeinen nicht in einem „geschützten“ Rahmen stattfinden sollte, denn aus dieser theoretischen Begründung leitet sich ab, dass „in der Therapie ... die externe Wirklichkeit zumindest simuliert werden können“ muss (Zielke, 1994, S. 15). Hierzu sind bestimmte Bedingungen notwendig, denn der größte Teil (Zielke schätzt zwei Drittel) aller therapeutischen Bewältigungsaktivitäten in der stationären Verhaltenstherapie findet außerhalb der Klinik statt. Etwa die Hälfte der innerklinischen Bemühungen diene lediglich der Vorbereitung und Aufarbeitung solcher Erprobungen.

* Ausführliche Version eines Vortrages anlässlich der Tagung „Psychotherapie und Psychoedukation in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie“ in Bayreuth, 2007.

Das stationäre Setting sollte daher als Therapievariable auch nur, wenn unbedingt notwendig, eingesetzt werden und grundsätzlich eher versucht werden, die stationäre Bedingung so wenig wie möglich als „Störvariable“ wirken zu lassen.

Ein solches Gesamtkonzept stationärer Verhaltenstherapie sollte daher bestrebt sein, die Patienten so weit wie möglich im häuslichen Umfeld bzw. an der Arbeitsstelle zu lassen (bzw. so schnell wie möglich wieder dort zu integrieren), um „Störungen“ durch den Klinikaufenthalt zu vermeiden und um Problemlösungstechniken im realen Umfeld üben zu können. Idealerweise sollte das Konzept daher auch die Möglichkeiten eines intermittierenden oder anschließenden tages- wie nachtklinischen und ambulanten Behandlungssettings enthalten. Bei der Planung eines solchen Settings sollte auch daran gedacht werden, dass stationäre Psychotherapie oftmals verzahnt mit ambulanter Therapie stattfindet bzw. stattfinden sollte. Bei bestimmten Störungen sind auch „Boosterbehandlungen“ notwendig, um die Effektivität und Nachhaltigkeit der Behandlung zu steigern. Dies ist auf beiden Seiten (der ambulanten Behandlung und der stationären Seite), vor allem bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen (Borderline-PS, narzisstischer PS), zu berücksichtigen. Die stationären Angebote können dabei als reine Krisenangebote oder elektiv zur Nutzung bestimmter Ressourcen dienen. Der Nutzen einer solchen Verzahnung liegt theoretisch dann vor allem in einer Optimierung der Therapie durch Vermeidung von Reibungsverlusten, besserer Information über Anamnese und Therapieplanung für den Patienten, gezielter Fortführung von Therapieplanungen und frühem Abfangen von Exazerbationen.

Aus den Fehleranalysen von Behandlungen (Maltsberger et al., 2007), die zeigen, dass z. B. unter den sechs Hauptproblemen in Therapien, wie ineffektiven Handlungen aufgrund von Ängsten des Therapeuten, Nichtbeachtung der Kommunikation des Patienten, „Unterbehandlung“ der Symptome des Patienten, mangelnde oder fehlerhafte Information zwischen ambulanten und stationären Therapeuten die häufigste Ursache für therapeutische Misserfolge sind, sollte daher zwischen ambulanten und stationären Behandlungskonzepten eine enge Absprache erfolgen. Dies könnte z. B. durch Kooperationen in Qualitätszirkeln geschehen. Die Vernetzung sollte daher auch eine übergeordnete Therapiestrategie darstellen.

Zur Abschätzung der therapeutischen Möglichkeiten sollten von stationärer Seite auch ambulante Vorgespräche stattfinden bzw. stattfinden können. Sie können der Motivationsprüfung wie auch der Vorbereitung oder bereits Durchführung diagnostischer Maßnahmen dienen, um z. B. die erste Zeit des stationären Aufenthaltes nicht durch notwendige somatische Vorabklärungen für den Patienten „ineffektiv“ zu machen.

Wegen der notwendigen „Realitätsnähe“ sollte die stationäre Phase der Therapie daher auch einerseits so lange wie notwendig, auf der anderen Seite aber so kurz wie möglich dauern, um den Patienten nicht länger als notwendig aus der für das Umsetzen der neuen Problembewältigungsstrategien notwendigen realen Umgebung herauszunehmen.

Eine Psychotherapiestation einer psychiatrischen Klinik hat meist neben den eigentlichen Aufgaben der Patientenversorgung auch in der Lehre und Forschung mitzuwirken. Die Konzeptualisierung und Organisation einer solchen Station hat sich daher auch nach diesen Aufgaben zu richten.

2 Konzeption einer VT-Station

Wegen dieser Bedingungen ist zunächst eine hochgradige Spezifität und Individualisierung bei gleichzeitig breit angelegter fachlicher Kompetenz der beteiligten Berufsgruppen (Multiprofessionalität) notwendig. Für die Aufrechterhaltung dieses Anspruchs scheinen im stationären Bereich daher nach Zielke (1994) auch bestimmte Mindestgrößen erforderlich zu sein. Zielke (1994) hält es aus diesem Grunde auch nicht für angebracht, kleine Stationen an Krankenhäusern der Regelversorgung anzuhängen, was nach ihm eine Simplifizierung des therapeutischen Angebotes zur Folge hätte. Die Integration einer solchen Station in eine größere psychiatrische Klinik erlaube dagegen, externe Ressourcen zu nutzen bei gleichzeitigem „konsiliartherapeutischem“ Angebot für die übrigen Stationen. Am Beispiel der Verhaltenstherapiestation der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg soll eine solche Konzeptualisierung einer VT-Station vorgestellt werden.

2.1 Stationsgröße und Zusammensetzung der Patienten

Aufgrund der vorliegenden Erfahrungen sollte sich die Größe einer einzelnen Station bei etwa 16 - 18 Betten bewegen. Größere Einheiten scheinen unpraktikabel. Nach den Würzburger Erfahrungen empfiehlt es sich auch nicht, jeweils mehr als 30 - 40 % eines Störungsbildes an der Gesamtpatientenzahl der Station zuzulassen (vgl. schon Hocke et al., 1997).

2.2 Zusammensetzung des therapeutischen Teams und Verantwortlichkeiten

Hauptprinzip der Aufteilung von Verantwortlichkeiten ist aus therapeutischen Gründen – ähnlich wie bei Konzepten der DBT von Linehan (1993) oder dem schon von der Levendusky Gruppe vorgeschlagenen Vorgehen bei der stationären Behandlung von Essstörungen (Levendusky und Dooley, 1985) – die Trennung zwischen der psychotherapeutischen Verantwortung und der Therapieplanung einerseits und der medizinisch-psychiatrischen Betreuung sowie der Durchführung des emotionalen Teils der Therapie und dem „Controlling“ bzw. Case-Management des therapeutischen Vorgehens andererseits.

Diese Trennung erleichtert vor allem zunächst die Durchführung des „Skilltrainings“ bei auftretenden emotionalen Problemen sowie die Unabhängigkeit der Konsequenzsetzung während der Bearbeitung emotionaler Probleme (Levendusky und Dooley, 1985; Linehan, 1993). Es sind dadurch auch eine bessere Qualitätskontrolle, Feedback und Supervision der „Therapeuten“ möglich, die vor allem bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen, der Unterstützung bedürfen.

Im Detail hat der „Case-Manager“ oder „Monitor“ die Verantwortung für die „Kontrolle“/Einhalten des Therapieplanes

sowie für die Konsequenzensetzung bei Regelverstößen. Er sollte auch kontrollieren, ob die Patienten zu ihrem „Recht“ kommen. Er ist auch verantwortlich für die Kontrolle der langfristigen Planung und Einhaltung des Therapiekonzeptes (z. B. die Überwachung der weiteren Einbestelltermine, die Überwachung der Durchführung anderer Untersuchungen/ Maßnahmen) und das Feedback der Therapeuten. Er bespricht die Therapieplanung mit den übrigen Teammitgliedern und ist verantwortlich für die Qualitätskontrolle (z. B. die Einzelfallanalysen).

Der „emotionale Therapeut“ hat die Rolle des „individuellen Therapeuten“ bzw. Bezugstherapeuten. Er ist verantwortlich für den „emotionalen Teil“ der Therapie, d. h. die eigentliche Problembearbeitung. Durch diese Aufgabentrennung ist sie/ er nicht verantwortlich für die Konsequenzensetzung, auch nicht für die medikamentöse Betreuung. Daher entfällt die Rolle des „Verteidigers“ von Konsequenzen, und es entstehen weniger Konfliktmöglichkeiten bei Regelverstößen im stationären Rahmen.

Der oder die „Skilltrainer“ ist/sind verantwortlich für das Vermitteln von Fähigkeiten oder Bewältigungsstrategien, die aufgrund der Verhaltensanalyse (VA) als notwendig zur Problemlösung angesehen werden (z. B. Verhaltensdefizite wie Emotionsregulierung, Selbstsicherheit, Entspannung, soziale Fähigkeiten, Wissen um Störung).

Der Arzt/Psychiater ist verantwortlich für die somatische Untersuchung und Behandlung. Eine solche Trennung scheint auch sinnvoll, wenn der emotionale Psychotherapeut selbst Arzt ist. Ähnlich wie bei der Trennung Case-Manager und emotionaler Therapeut entfällt dadurch die Diskussion um Medikamente während der Übungsphasen oder der emotionalen Therapie.

2.3 Notwendige therapeutische Standardgruppen/Basisangebot

Ausgehend von der individuellen Verhaltensanalyse und Therapieplanung wird eine individuelle Therapieplanung erstellt. Meist zeigen sich im Verhaltensrepertoire Defizite, die die Auftretenswahrscheinlichkeit des problematischen Verhaltens erhöhen (vgl. Schaller und Schmidtke, 1983; Tuschen, 1996) bis hin zu Persönlichkeitsstörungen (Fiedler, 1995). Für die individuelle Therapie sollten daher aus ökonomischen und lerntheoretischen Gründen Module (z. B. Gruppe als Tool zum Erlernen für die Therapie) vorgesehen und angeboten werden („Architektenmodell“ nach Kanfer). Das Angebot von manualisierten Therapiemodulen erlaubt auch Co-Therapeuten einzusetzen.

Das Angebot standardisierter Gruppenprogramme, die man im stationären Rahmen einsetzen könnte, ist mittlerweile kaum noch überschaubar (Fiedler, 1986, 1995; Zielke und Sturm, 1994; Schmidtke, 2006).

Aus dem vorhandenen Angebot zur Verbesserung des Verhaltensrepertoires (vgl. etwa Fiedler, 1995, 1996, Schmidtke et al., 1997) sollten folgende Gruppen zu einem Minimalangebot und Zeitrahmen gehören:

- Entspannungsgruppe (Progressive Muskelentspannung nach Jacobson) (täglich)
- Konzentrationsgruppe (täglich)
- Gedankenstoppgruppe (täglich)
- Gruppe zum Training sozialen Verhaltens (2/Woche)
- Selbstsicherheitsgruppe (2/Woche; z. B. nach Ullrich R und Ullrich R, 1978; Ullrich de Muynck und Forster, 1974; Schneider, 1994)
- Stressbewältigungsgruppe (2/Woche; z. B. nach Kaluza et al., 1988; Kessler und Galen, 1989; Pflingsten und Hinsch, 1991)
- Euthyme Gruppe („Genustraining“) (2/Woche; z. B. nach Lutz, 1983; Koppenhöfer, 2006)
- Zieloffene Gruppen (2/Woche)
- „Kognitive“ Depressionsgruppe (2/Woche)
- Psychoedukative Gruppen/Wissensgruppen (je nach Schwerpunkt, z. B. zu spezifischen Problemfeldern wie Zwang, Angst, Essproblemen)
- Therapiekontrollgruppe/„Boostergruppe“ (für entlassene Patienten; alle drei Wochen)

Alle Gruppen sollen standardisiert angeboten werden, so dass jeder individuelle Therapeut auf die gleichen gelernten Skills zurückgreifen kann.

Der Ablauf des Gruppenbesuchs hat sich nach den in der VA eruierten Verhaltensdefiziten zu richten und sollte einer internen Funktionalität folgen (vgl. Abb. 1). Gruppenangebote, die lediglich dazu dienen, die Patienten „zu beschäftigen“ oder zu unterhalten, sind im Rahmen einer stationären VT unangebracht.

Neben diesen Gruppen kann zur Verbesserung der festgestellten Verhaltensdefizite (z. B. Verbesserung des allgemeinen Leistungsvermögens, der Konzentration, Motorik, Kreativität und der sozialen Coping-Strategien auch auf das übrige Angebot der Klinik zurückgegriffen werden, z. B. Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Musik- und Kunsttherapie (letztere z. T. in Eigenregie), Sportgruppen, AA-Gruppen etc.

2.4 Zeitliche Planung der Therapie/Therapiekontrolle

Abbildung 1 zeigt das grobe Schema eines Vorschlages der Struktur und des zeitlichen Ablaufes der Therapie. Neben der individuellen Therapie (in deren Rahmen die therapeutischen Bausteine angeboten werden) sollte versucht werden, die Patienten so weit wie möglich bereits im häuslichen Umfeld bzw. an der Arbeitsstelle zu lassen (bzw. so schnell wie möglich wieder dort zu integrieren), um „Störungen“ durch den Klinikaufenthalt zu vermeiden und um Problemlösungstechniken im realen Umfeld üben zu können. Dieses Ziel soll in der Regel durch Übungen im realen Umfeld (unter Umständen zunächst auch in Begleitung der Therapeuten) und Arbeitspraktika (falls möglich an der eigenen Arbeitsstelle) erreicht werden. Falls dies wegen der Entfernung des Wohnortes von der Klinik nicht möglich sein sollte, sollten betroffene Angehörige z. T. einbestellt werden (z. B. grundsätzlich bei Zwängen) und mit ihnen auf der Station oder falls notwendig auch in Hotels geübt werden. Bei den Arbeitspraktika soll versucht

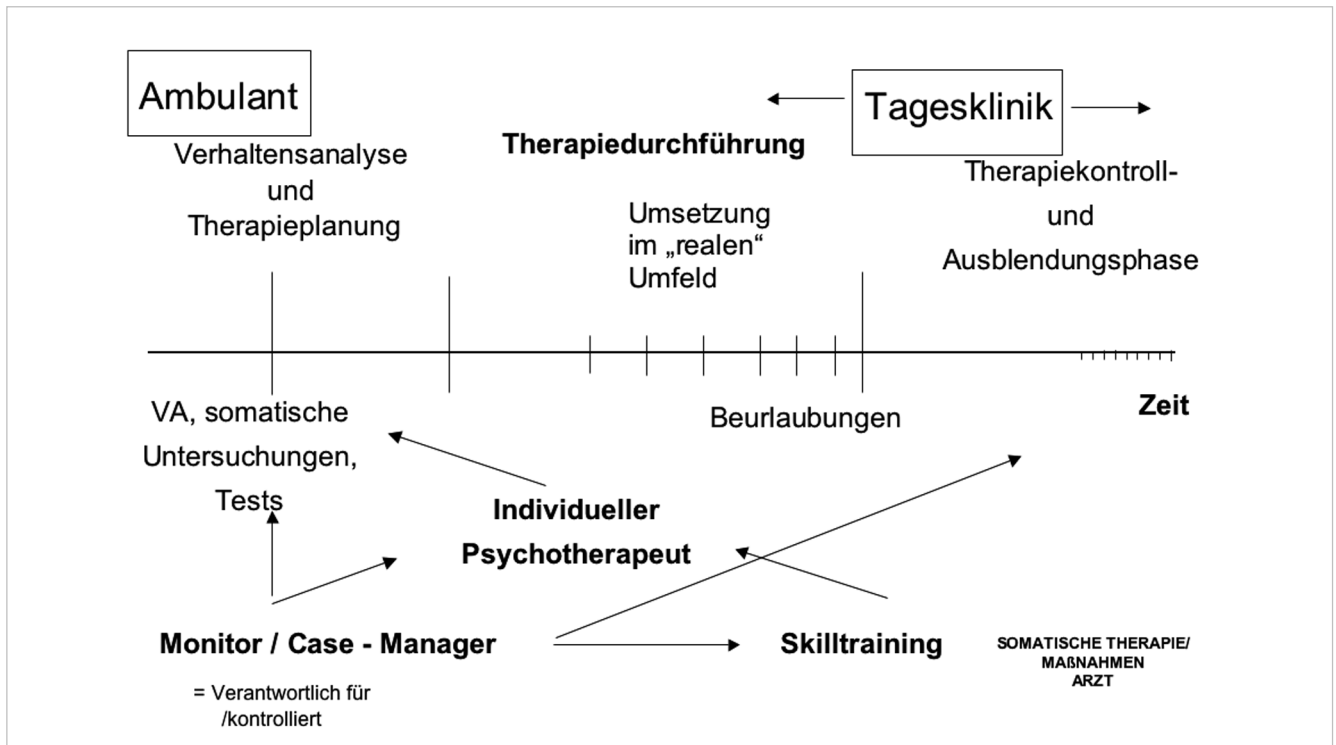


Abbildung 1: Schema der Therapieplanung und des Therapieablaufs

werden, im Ort der Klinik bzw. auch in der Klinik „ausgelagerte“ arbeitstherapeutische Praktikumsplätze zur Verfügung zu stellen. Zur Erprobung werden auch Beurlaubungen durchgeführt, die gegen Ende der Behandlung zunehmen.

Der therapeutische Prozess soll dabei fortlaufend durch den Monitor evaluiert und kontrolliert werden, ob die Therapie dem Plan, den Bedürfnissen der Patienten bzw. den sich aus der Evaluation ergebenden notwendigen Änderungen entspricht. Zur Rückfallprophylaxe dienen bei spezifischen Störungen - ähnlich wie „Inspektionen“ – gezielte Wiederinbestellungen (teilweise auch i. S. von „Boosterbehandlungen“), die der Case-Manager überwacht. Von den MdKs werden die stationären „Boosterbehandlungen“ in der letzten Zeit jedoch zunehmend infrage gestellt, da man auch in den notwendigen Fällen – trotz einleuchtender theoretischer Begründung – den Kostenträgern lediglich die Finanzierung alleiniger „Akutbehandlungen“ vorschlägt. Eine ambulante Therapiekontrollgruppe überprüft ebenfalls den langfristigen Transfer und die Umsetzung der stationär erlernten Techniken.

3 Therapieevaluation

Die generelle Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie ist mittlerweile genügend nachgewiesen. Neben allgemeinen „weichen“ Zielgrößen, wie Verbesserung des Selbstwertlebens und der Lebenszufriedenheit, sind auch für „harte“ Parameter positive Ergebnisse zu finden, wie Reduzierung von ambulanten und stationären Behandlungen, der physischen Beschwerden, der Arbeitsunfähigkeitszeiten und der Frühberentungen sowie eine Reduktion des Medikamentenkonsums (Zielke, 1993; Beutel et al., 2005).

In der Literatur werden hauptsächlich Ergebnisse zu globalen Wirkungen und Gruppenprogrammen angeboten, Studienergebnisse zur differentiellen Wirkung einzelner Therapieelemente und zur differentiellen Wirkung bei verschiedenen Krankheitsbildern und vor allem zu verschiedenen Zielvariablen (Dirmaier et al., 2006) liegen jedoch nicht vor. Nach den bisherigen Studienergebnissen scheint es so zu sein, dass vor allem maladaptive soziale Verhaltensweisen (Beutel et al., 2007), fehlende Berufstätigkeit (Lang et al., 2006) und verzögerte Aufnahme ambulanter Nachbetreuung (Beutel et al., 2005) Prädiktoren von Therapieabbrüchen und negativen Follow-up-Ergebnissen sind.

Die Ergebnisse von Metaanalysen (z. B. von Behandlung von Spielsucht) zeigen auch, dass es bisher wenig vergleichbare Standardprozeduren für den Gesamtaufenthalt bzw. Prozess gibt. Es zeigt sich, dass kurze stationäre Therapien den gleichen Effekt haben wie intensive ambulante Therapien. In der Regel korrelieren die Ergebnisse positiv mit der Dauer der Behandlung.

In einer Untersuchung zur stationären Krisenintervention von 230 Patienten (58 % Frauen) gaben weniger als die Hälfte (47 %) an, dass ihnen die Therapie etwas geholfen habe, 29 % meinten, die Therapie habe ihnen sehr viel geholfen.

Eine Analyse der Aufnahmen psychotherapeutisch behandelter Patienten der Psychotherapiestation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg für den Zeitraum 1995 - 2005 bei 1139 Patienten (451 Männer, 688 Frauen, mittleres Alter 29,3 Jahre) zeigte eine mittlere Behandlungsdauer von 8,8 Wochen. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen waren neben den Patienten mit Essstörungen die ressourcenintensivste Gruppe (d. h. die Gruppe von Patienten, die bereits vor dem stationären Aufenthalt und während der Behandlung das intensivste einzeltherapeutische und

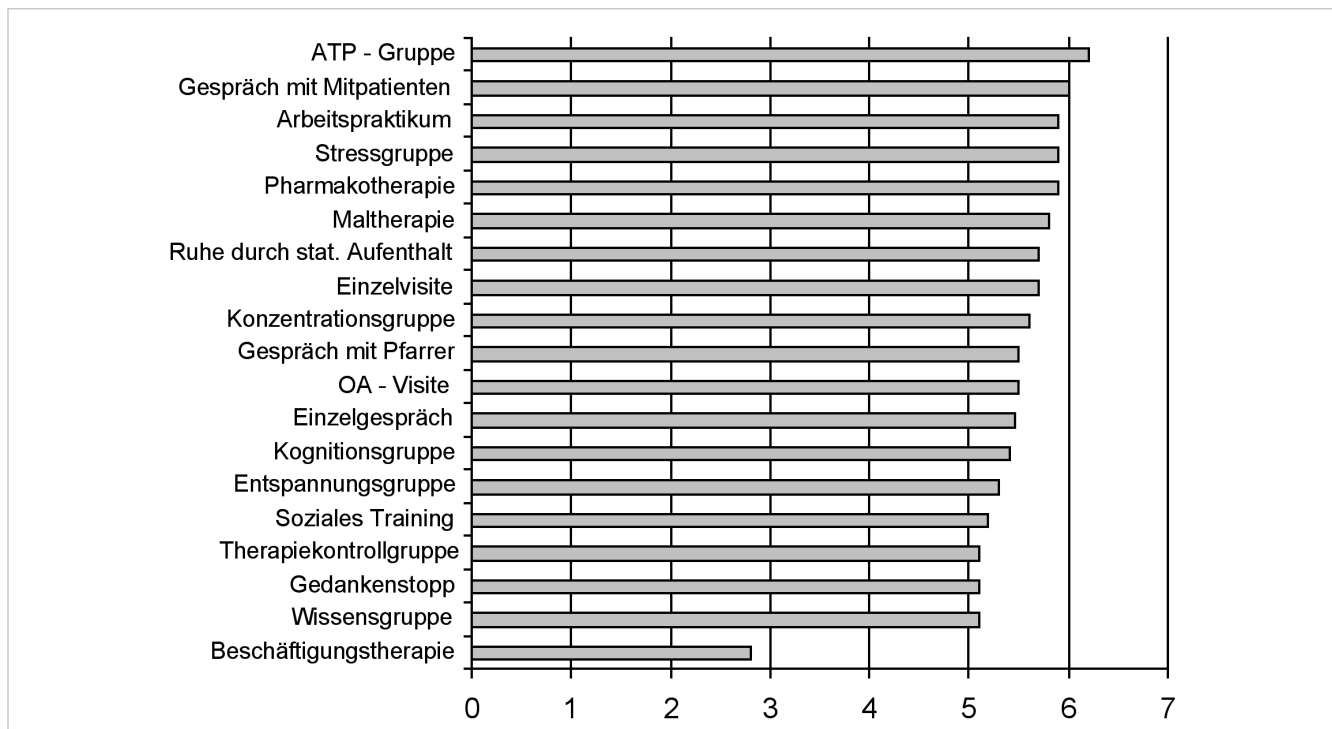


Abbildung 2: Durchschnittliche Patientenbeurteilungen von „Therapiemodulen“: 0 = „überhaupt keinen Effekt“, 7 = „sehr gut“.

Gruppenangebot hatte; vgl. auch Andreas et al., 2004). 53 % der Patienten gaben an, dass ihnen die Therapie geholfen habe, und weitere 15 %, dass sie ihnen „etwas geholfen“ habe. Nur 7 % gaben an, dass ihnen die Therapie nicht geholfen habe. Die Ratschläge des Therapeuten wurden zu 68 % als nützlich angesehen. 51 % der Patienten gaben an, dass sie jetzt auch eine Lösung finden würden, wenn ihr Problem wieder auftauche.

Die Analyse der differentiellen Wirkung der einzelnen Therapien (Abb. 2) zeigte, dass sich die einzelnen zielorientierten Therapienmodule wenig unterscheiden, signifikant fällt die „reine“ Beschäftigungstherapie ab. Neben den in solchen Studien immer wieder auch zu findenden unspezifischen Effekten der „Gespräche mit Mitpatienten“ zeigt sich, dass das Arbeitspraktikum als sehr gut beurteilt wird. Das „reine“ soziale Training („Kontaktgruppe“) sowie die Psychoedukation fallen dagegen etwas ab. Die positiv beurteilte Wirkung korreliert dabei nicht signifikant mit dem Schwierigkeitsgrad, mit dem die einzelnen Therapiemodule beurteilt werden. Assertivitätstraining wird so von 11 % der Patienten als das Therapiemodul bezeichnet, das ihnen am schwersten fällt, ebenso die OA-Visite von 21 % Prozent. Die Pharmakotherapie fällt naturgemäß am leichtesten.

Insgesamt scheint für die Patienten das Gefühl wichtig zu sein, dass ihnen neben den standardisierten Angeboten genügend Raum für Individualtherapie, d. h. genügendes Eingehen des Therapeuten auf ihre individuellen Probleme, bleibt. Diese Befunde werden auch durch die Ergebnisse einer neueren Studie von Hautzinger bestätigt, der bei kognitiver Therapie bei älteren Personen mit Depressionen auch eine Überlegenheit der Individualtherapie gegenüber den standardisierten Gruppenprogrammen fand (Hautzinger, 2007).

Literatur

- Andreas S, Dirmaier J, Lang K, Watzke B, Koch U, Ranneberg J, Schulz H (2004): Lassen sich Zusammenhänge zwischen Patientenmerkmalen und dem fachspezifischen Ressourcenverbrauch in der stationären Behandlung von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen bestimmen? *Psychother Psychosom Med Psychol* 54:280-288
- Beutel ME, Höflich A, Kurth RA, Reimer Ch (2005): Who benefits from inpatient short-term psychotherapy in the long run? Patients' evaluations, outpatient after-care and determinants of outcome. *Psychol Psychother Res Pract* 78: 219-234
- Dirmaier J, Harfst T, Koch U, Schulz H (2006): Therapy goals in inpatient psychotherapy. Differences between diagnostic groups and psychotherapeutic orientations. *Clin Psychol Psychother* 13:34-46
- Fiedler P (1986): Verhaltenstherapie in Gruppen. Überblick und Perspektiven. *Gruppendynamik* 17:341-360
- Fiedler P (1995): Psychoedukative Verhaltenstherapie in Gruppen - Eine systematische, stichwortorientierte Übersicht über zugängliche Konzepte und Therapiemanuale. *Verhaltensmod Verhaltensmed* 16:35-53
- Fiedler P (1996): Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Weinheim: Beltz
- Hautzinger M (2007): Depressionen und ihre Behandlung im Alter. Vortrag anlässlich des Praxissymposiums „Besondere Herausforderungen bei der Behandlung von Depressionen“. Frankfurt
- Hocke V, Schmidtke A, Mangold R, Weinacker B (1997): Psychotherapiepatienten in der Psychiatrie: Selektion „schwerer“ Fälle? In: Mundt C, Linden M, Barnett W (Hrsg.): *Psychotherapie in der Psychiatrie*. Heidelberg: Springer, S. 373-381
- Kaluza G, Basler HD, Henrich S (1988): Entwicklung und Evaluation eines Programms zur Stressbewältigung. *Verhaltensmed* 9: 22-41
- Kessler A, Gallen M (1989) Der erfolgreiche Umgang mit täglichen Belastungen – ein Programm zur Stressbewältigung. München: Röttger

- Koppenhöfer E (2006): Euthyme Behandlungsverfahren in der Verhaltenstherapie. Kleine Schule des Genießens. Psychol Med 17:4-7
- Lang K, Koch U, Schulz H (2006): Abbrüche stationärer Psychotherapien. Lassen sich vor Behandlungsbeginn patientenseitige Prädiktoren bestimmen? Z Klin Psychol Psychother 35:267-275
- Levendusky PG, Dooley CP (1985): An Inpatient Model for the Treatment of Anorexia Nervosa. In: Emmett S (ed.): Theory and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. New York: Brunner/Mazel
- Linehan M (1993): Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, Guilford.
- Lutz R (1983): Genuß und Genießen: Zur Psychologie des genussvollen Erlebens und Handelns. Weinheim: Beltz
- Maltsberger JT, Szanto K, Hendin H (2007): Problems in psychotherapy with suicidal patients. Paper presented at the SPI/WHO Workshop „Suicide Prevention“. Helsinki
- Pfingsten U, Hinsch R (1991): Gruppentraining sozialer Kompetenz (GSK). Weinheim: Beltz – Psychologie Verlagsunion
- Schaller S, Schmidtke A (1983): Verhaltensdiagnostik. In: Groffmann KJ, Michel L (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich B, Serie II, Bd. 4, Verhaltensdiagnostik. Göttingen: Hogrefe, S. 489-701
- Schmidtke A (2006): Psychoedukative Gruppen. Material Mannheim: IVT
- Schmidtke A, Hocke V, Beckmann P (1997): Zur Konzeptualisierung einer verhaltenstherapeutischen Station in einer Psychiatrischen Universitätsklinik. In: Mundt C, Linden M, Barnett W (Hrsg.): Psychotherapie in der Psychiatrie. Berlin: Springer, S. 365-371
- Schneider R (1994): Selbstsicherheitstraining. In: Zielke MJ, Sturm M und J (Hrsg.): Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 395-424
- Steiner S, Thommen M (1989): Stationäre Psychotherapie – eine Episode? Bern: Lang
- Tuschen B (1996): Störungsorientierte Diagnostik: Neue Akzente bei der Problem- und Verhaltensanalyse. In: Caspar F (Hrsg.): Psychotherapeutische Problemanalyse. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, S. 133-153
- Ullrich de Muynck R, Forster T (1974): Selbstsicherheitstraining. In: Kraiker C (Hrsg.): Handbuch der Verhaltenstherapie. München: Kindler, S. 351-368
- Ullrich R, Ullrich R (1978): Soziale Kompetenz. München: Pfeiffer
- Zielke M (1993): Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Zielke M (1994): Entwicklung der stationären Verhaltenstherapie. In: Zielke M, Sturm J (Hrsg.): Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz, S. 7-27
- Zielke M, Sturm J (Hrsg.) (1994): Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz

Kontaktadresse: A. Schmidtke, A. Gajewska, S. Bär und B. Jabs

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Universitätsklinikum Würzburg • Fuchsleinstraße 15 • 97080 Würzburg • clips-psychiatry@mail.uni-wuerzburg.de