

Kurt Wedlich

Integrative ambulante Gruppenkurzeittherapie

Integrative ambulant short time group therapy

Zusammenfassung

Bedauerlicherweise wird trotz deutlicher Aufwertung der ambulanten Gruppentherapie im EBM 2000plus diese Therapieform kaum angeboten. Der vorliegende Artikel, in dem über 40 Patienten bzw. 10 Gruppen berichtet wird, will einen Beitrag dafür leisten, diesen Mangel zu verringern.

Hierzu werden zunächst die formalen Rahmenbedingungen und der Ablauf zur Aufnahme in eine ambulante Gruppentherapie vorgestellt. Danach werden die wesentlichen Sozial- bzw. Krankheitsdaten der aufgenommenen Patienten berichtet. Das therapeutische Vorgehen wird, nach einem kurzen Hinweis auf allgemeintheoretische Hintergründe, im Detail mit Hilfe einer Tabelle aufgezeigt. Der Ablauf der Therapie wird nachfolgend aus der Perspektive eines Gruppenpatienten beschrieben. Danach wird die Effektivität der ambulanten Gruppentherapie durch statistische Ergebnisse belegt und kurz diskutiert. Abschließend zieht der Autor einige Schlussfolgerungen aus der vorgenommenen Analyse und beendet den Artikel mit einem berufspolitischen Hinweis.

Schlüsselwörter

Verhaltenstherapie – integratives Therapiekonzept – Mentalisierung - störungsorientierte Techniken – kognitive Therapie – Achtsamkeit – Depression – Angsterkrankungen

Summary

In spite of being clearly revalued in the EBM 2000plus, out-patient group therapy is seldom offered. In this article, which presents a report on forty patients and ten groups, respectively, the author aims at contributing to an improvement of this unfortunate situation.

First, the author explains the formal conditions and the procedure of admission to out-patient group therapy. Then he presents the essential social and clinical data of the patients admitted. After a short reference to the general theoretical background knowledge, the course of therapeutic action is shown in detail in a table. Then, the author describes the therapy process from the viewpoint of a group member. Eventually, the effectiveness of out-patient group therapy is supported by statistical results and shortly discussed. The author ends his article by drawing several conclusions from the analysis made and by commenting on professional politics in this context.

Keywords

behavioral therapy – integrative therapeutic concept – mentalization – disease-specific techniques – cognitive therapy – mindfulness – depression – anxiety disorders

■ Bedingungen der Patientenversorgung in der Praxis

Dieter Best, Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV), schreibt in der Ärztezeitung am 13.12.2011 in einem kurzen Artikel, dass die Gruppentherapie trotz Aufwertung ein Stiefkind (Best, 2011) in der ambulanten therapeutischen Versorgung geblieben ist. Er weist darauf hin, dass im stationären psychotherapeutischen Kontext vorwiegend mit Gruppen gearbeitet wird, aber in der ambulanten Versorgung diese Therapieform kaum Anwendung findet.

Vor dem Hintergrund einer Studie der DPtV belegt Best, dass zwei Drittel der niedergelassenen Psychotherapeuten keine entsprechende Abrechnungsgenehmigung haben, weil die Ausbildungsanforderungen für diese Genehmigung sehr

hoch sind und organisatorische bzw. formale Hemmnisse bestehen (Best, 2011).

Dieser Artikel soll nun die Chancen der Gruppenkurzeittherapie, vor allem auch trotz der Erschwernisse der ambulanten Versorgung, belegen.

Die Rahmenbedingungen der Versorgung in der hier vorgestellten Psychotherapeutischen Praxis sind insofern etwas ungewöhnlich, als die Praxis in ein Ärztehaus mit 15 Fachärzten integriert ist, das wiederum angeschlossen ist an eine Klinik mit insgesamt 455 Betten. Die Überweisungspraxis der ärztlichen Kollegen und Kolleginnen (im weiteren Text soll aus sprachlichen Gründen nur noch die männliche Form verwendet werden) und das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten sind von daher im Vergleich mit einer isolierten psychotherapeutischen Einzelpraxis stark medizinentriert. Zum

einen melden sich überdurchschnittlich viele Patienten in der Praxis an, und zum anderen besteht ein hohes Bedürfnis nach einer Therapieform, die relativ schnell Probleme, Störungen bzw. Symptome reduziert. Diese Grundbedingungen der Praxis führten im Laufe der Zeit und durch die systematische Anwendung eines Qualitätsmanagements zu einer bewährten Ablaufstruktur, über die nun kurz berichtet werden soll.

Nach der Anmeldung in der Praxis erhält eine therapieinteressierte Person innerhalb von vier Wochen einen Termin zu einem orientierenden Erstgespräch. Hier wird entlang einer Checkliste geprüft, ob diese Person mit einer positiven Prognose von dem Praxisangebot profitieren kann oder nicht und ob eine psychische Störung von Krankheitswert vorliegt, die auch in das Fachgebiet der Psychologischen Psychotherapie fällt. In ca. 60% der Fälle kann durch weitere probatorische Sitzungen eine Zuordnung zu einer Gruppe (in der Praxis laufen regelmäßig fünf bis sieben Gruppen parallel) gefunden werden, die auch dem Interesse und dem Zeitbudget des Patienten entspricht.

Hier sollen nun im Weiteren die gemischten Depressions- und Angstgruppen beschrieben werden, weil diese den weitaus größten Teil der Praxispatienten darstellen.

Die Patienten der verhaltenstherapeutischen Kleingruppen (EBM 35222) erhalten 20 Gruppensitzungen (das entspricht 40-mal Nr. 35222) und 5 Einzelsitzungen (das entspricht 5-mal Nr. 35220). In der mittlerweile optimierten Form dieser verhaltenstherapeutischen Kurzzeitgruppentherapie werden insgesamt 22 Gruppensitzungen und nur noch 3 Einzelsitzungen durchgeführt. Der therapeutische Schwerpunkt liegt also eindeutig im Gruppenprozess und nicht in der Einzeltherapie. Als psychologisches Standardverfahren wird während der probatorischen Phase ein umfangreicher Anamnesefragebogen (Sulz, 1999, 2011a) mit dem Patienten durchgeführt und besprochen. Außerdem wird vom Patienten am Anfang und am Ende der Therapie eine Symptomcheckliste (Derogatis, 2002) ausgefüllt und gegebenenfalls besprochen. Die therapeutischen Gruppentreffen finden einmal pro Woche statt, so dass die Therapiedauer sieben Monate nie überschreitet.

Insgesamt zeigt sich, dass ca. 80% der Patienten so mit dem Ergebnis der Gruppentherapie zufrieden sind, dass sie keine weitere Therapie in Anspruch nehmen wollen. Für die danach noch therapiebedürftigen und therapiewilligen Patienten gibt es die Möglichkeit, langzeittherapeutisch weiterzuarbeiten. Hierzu ist es in der Praxis möglich, verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch fundiert oder psychoanalytisch je nach Fall und Erfahrung in und mit der Gruppentherapie im Einzelsetting betreut zu werden. Gegebenenfalls werden Patienten zur Langzeittherapie auch zu (Fach-)Kollegen weitervermittelt.

In diesem Artikel werden 10 Gruppen, das sind genau 40 Patienten, aus einem Zeitraum von eineinhalb Jahren präsentiert. Die gemischten Depressions- und Angstgruppen wurden nicht ausgewählt, sondern stellen quasi eine Totalerhebung über den genannten Zeitraum dar.

Als Gesamtergebnis errechnet sich für die hier vorgestellte verhaltenstherapeutische Gruppenkurzeittherapie eine Effektstärke von 2,7 (Wittmann & Steffanowski, 2011). Diese

wurde aus den GSI-T-Werten, der SCL-90-R von Derogatis, durch einen Vergleich der T-Werte vor und nach der Therapie errechnet. Der GSI-Wert (Global Severity Index) erfasst das Ausmaß der aktuellen psychischen Belastung einer Person. Diese im Vergleich sehr hohe Effektstärke soll nun wissenschaftlich-pragmatisch genauer beleuchtet werden.

■ Allgemeine Beschreibung der Patienten

Bei den insgesamt 40 Patienten handelte es sich um 22 Frauen (55%) und 18 Männer (45%). Bezüglich der Altersstruktur zeigte sich folgende Verteilung:

- 21 bis 30 Jahre: 8 (20%)
- 31 bis 40 Jahre: 6 (15%)
- 41 bis 50 Jahre: 16 (40%)
- 51 bis 60 Jahre: 8 (20%)
- 61 bis 70 Jahre: 2 (5%)

Davon waren 20 (50%) Patienten verheiratet, 12 (30%) alleine lebend bzw. ohne feste Partnerschaft und 8 (20%) geschieden oder in der Trennungsphase.

22 (55%) der Patienten hatten einen Hauptschulabschluss, 11 (27,5%) mittlere Reife und 7 (17,5%) Abitur. Als Beruf bzw. Haupttätigkeit lässt sich diese Zuordnung treffen:

- Arbeitslosigkeit: 1 (2,5%)
- Hausfrau: 2 (5%)
- Student: 2 (5%)
- Rentner: 3 (7,5%)
- Mittlerer Beruf: 28 (70%) z. B. Krankenschwester
- Gehobener Beruf: 3 (7,5%) z. B. FH-Ingenieur
- Höherer Beruf: 1 (2,5%) z. B. Jurist

Nur 14 (35%) der Patienten hatten keine zusätzliche körperliche Erkrankung. Bei 15 (37,5%) erfolgt eine dauerhafte fachärztliche Behandlung, z. B. wegen Bluthochdrucks, Erkrankungen des Skelett-Muskel-Systems, eines pathologischen Fettstoffwechsels. Bei weiteren 11 (27,5%) Patienten handelte es sich um schwerwiegende körperliche Erkrankungen, wie z. B. Zustand nach Herzinfarkt, Multiple Sklerose, Krebs, die eine sehr enge Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Facharzt erforderten. Vor Beginn der Therapie waren 34 (85%) Patienten arbeitsunfähig geschrieben, zum Ende der Therapie nur noch 3 (7,5%). Bei 3 (7,5%) weiteren Patienten erfolgte eine Berentung aus körperlichen Gründen.

■ Diagnosen und Nebendiagnosen

Viele Patienten kommen bereits psychiatrisch vordiagnostiziert mit einer Diagnose auf dem Überweisungsschein in die Praxis. Während der probatorischen Phase wird durch die Anamnese und gegebenenfalls durch ICD-Checklisten (Dilling, Mombour & Schmidt, 2011; Hiller, Zaudig & Mombour, 1997) sowie durch ärztliche Befunde, welche die Patienten häufig von ihrem Hausarzt mitbringen, die Diagnose gesichert und differenziert. Bei den hier beschriebenen 40 Patienten wurden folgende Leit- bzw. Hauptdiagnosen vergeben:

- bei 24 (60%) Patienten: F32.1, F32.2, also mittelgradige und schwere depressive Episoden
- bei 13 (32,5%) Patienten: F40.01, F41.0, F41.1, also Agoraphobie, Panikstörung und generalisierte Angststörung
- bei 3 (7,5%) Patienten: F45.1, F45.5, also undifferenzierte Somatisierungsstörung und anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Insgesamt wurden für 40 Patienten 104 Diagnosen vergeben. Das heißt, jeder Patient hatte im Durchschnitt 2,6 Diagnosen aus dem genannten Spektrum. Hierbei wurde darauf geachtet, dass die Diagnostik nicht unnötig ausgeweitet wird und Informationen beinhaltet, die für den Therapieprozess der Gruppenkurzeittherapie ohne große Bedeutung sind. So kann auch das Faktum vernachlässigt werden, dass mindestens ein Viertel der Patienten behandlungsbedürftige Persönlichkeitsmerkmale zeigt.

■ Zum integrativ therapeutischen Vorgehen

Der hier vorgelegte Artikel aus der Praxis für die Praxis kann die theoretischen und für ein integratives therapeutisches Vorgehen notwendigen wissenschaftlichen Reflexionen nicht wiedergeben oder gar diskutieren. Deshalb soll es bei einem Hinweis auf die größeren theoretischen Denkachsen bleiben, die im therapeutischen Wirken implizit Anwendung finden.

Drei Denkrichtungen bzw. Handlungsorientierungen sind für die Gruppentherapie zentral: Wichtig für die psychodynamischen Aspekte der Gruppe ist das Konzept der Mentalisie-

rung (Allen, 2010; Bolm, 2009, 2010; Fonagy & Bateman, 2010; Sulz, Richter-Benedikt & Hebing, 2010), das mit den Patienten bereits in der probatorischen Phase eingeübt wird. Im Gruppenprozess wird dann darauf geachtet, dass die Patienten in Selbstaussagen sprechen, die das innere Erleben anzeigen. Die Gruppenmitglieder erlernen es, ihre Reaktion auf das jeweils Gesagte zu lenken und die in ihnen erzeugten Echos wahrzunehmen und zu verbalisieren. Auf diese Weise wird Unbewusstes teilweise erfahrbar und kann der eigenen Biographie, dem eigenen Leben zugeordnet werden.

Eine hohe Bedeutung für die Reflexion haben auch die sogenannten kognitiven Muster bzw. Automatismen des Denkens und Fühlens (Eifert, 2011; Sulz, 2000) der Patienten. Auch hier werden die Patienten in der Gruppe dazu ermuntert, die Wahrnehmung hinsichtlich dieser typischen Denk-, Gefühls- und Handlungsweisen zu schärfen und es zu wagen, das schon Wahrgenommene zu verbalisieren.

Durch das stufenweise Einüben (Köhler, 2005, 2010; Stenzel, 2011; Sulz, 2011b; Tolman, 1984) einer variablen Entspannungsmöglichkeit, vor allem auch im Alltag der Patienten, wird die so wichtige Körperwahrnehmung geschult, und Körperprozesse werden immer besser kontrollierbar. Dies erhöht die Selbstwirksamkeitsannahme der Patienten und fördert einen angstfreieren Umgang auch mit den eigenen Gedanken und Gefühlen. Der Übungsprimat in der Gruppentherapie ist sowohl in seinen behavioralen als auch in den kognitiven und mentalen Aspekten grundlegend und der eigentliche Wirkfaktor.

Hier nun ein tabellarischer Überblick über den gesamten Gruppentherapieprozess:

Gruppenprogramm für Depressionen und Angstspektrumserkrankungen

Sitzungs- Nummer	Theorie: Erkennen und Verstehen	Üben: Erfahren und Erleben	Verändern: reflektieren, mentalisieren und handeln
Fünf Probe- Sitzungen	Kennenlernen, Anamnese, Diagnostik, Motivation für Therapie	Erste Hinführungen zum Körpererleben, Zulassen von Körpersignalen	Wahrnehmen, Aussprechen und Bewerten von Körpersignalen, Gedanken und Gefühlen
Nr. 1	Appell an die Gruppe: Ja, ich lasse mich auf die Therapie, das Neue ein	Dyaden: Das Woher des anderen wahrnehmen u. der Gruppe mitteilen	Was führt mich bzw. die anderen in die Gruppe? Meine Ziele, unsere Ziele – Gruppen-Wir
Nr. 2	Wie geht es mir jetzt in der Gruppe? Hemmnisse? Was brauche ich?	Dyaden fortführen und dann in Gesamtgruppe überführen. Gefühle?	Wie kann ich mich öffnen? Wie gelingt dies den anderen? Was hemmt mich? Was brauche ich?
Nr. 3	Psychophysiologische Grundlagen: Körper und Seele sind eine Einheit	- Biofeedback z.B. EDA - Entsp. nach Weizmann - Hypnose z.B. Schwere	Wie beeinflusse ich unbewusst meinen Körper? Wie erleben das die anderen?
Nr. 4	Theorie und Stufenplan der systematischen, individualisierten Entspannung	Einführungsübung: Gestufte Muskelanspann. mit den Fäusten	Neue Erfahrung mit dem Körper bewerten und in der Gruppe diskutieren. Unterschiede?
Nr. 5	Evolutionäre Muster im Verhalten des Menschen. Unbewusstes vs. Lernen	Differenzierte Wahrnehmung unterschiedlicher Muskel im Körper (1x)	Ruhe, Stille und Aktivierung: Was sagt mein Körper? Was denke/ fühle ich/die anderen?

Nr. 6	Abwehr und Widerstand im Gruppenprozess als Spiegel des Alltags	Differenzierte Wahrnehmung unterschiedlicher Muskeln im Körper (2x)	Erlebnisse der Pt., in denen sich unbewusste Muster zeigen, z.B. Widerstände beim Üben
Nr. 7	Psychologie des Lernens und das Gewordensein. Angstabbaukurve	Differenzierte Wahrnehmung unterschiedlicher Muskel im Körper (3x)	Mutiger sein als ängstlich! Warum vermeide ich lieber? Wie gehe ich mit Ängsten um?
Nr. 8	Angst: Entstehung, Aufrechterhaltung und Behandlungsoptionen	Differenzierte Muskelwahrnehmung plus Signalkonditionierung (1x)	Seit wann habe ich Ängste bzw. Depressionen. Neue Perspektiven entlang der Theorie
Nr. 9	Depression: Entstehung und Aufrechterhaltung. Depressionsformen	Differenzierte Muskelwahrnehmung plus Signalkonditionierung (2x)	Bin ich meine Gefühle? Traurigkeit, Verzweiflung, Einsamkeit und Enttäuschung
Nr. 10	Depression: Möglichkeiten der Behandlung bei verschiedenen Depressionen	Differenzierte Muskelwahrnehmung plus Signalkonditionierung (3x)	Bin ich meine Gefühle? Wut, Neid, Ungeduld, Misstrauen, Verachtung, Eifersucht
Nr. 11	Schlaf- und Schlaftraining bzw. das Schlafreduktionsverfahren	Muskelwahrnehmung, Signalkonditionierung plus Atmung (1x)	Schlafen: Das ist doch ganz einfach. Besprechung individueller Schlafgewohnheiten
Nr. 12	Schlaf- und Schlaftraining bzw. das Schlafreduktionsverfahren	Muskelwahrnehmung, Signalkonditionierung plus Atmung (2x)	Schlafen ist doch ganz anders! Besprechung der Erfahrungen mit dem neuen Schlafen
Nr. 13	Synaptische Prozesse u. synaptische Übertragung. Wirkung von SSRI	Muskelwahrnehmung, Signalkonditionierung plus Atmung (3x)	Wie stehe ich selbst zu Medikamenten? Will ich darauf verzichten? Ist das gefährlich?
Nr. 14	Immunreaktionen im Körper. Gesunde Ernährung und Bewegung	Verknüpfung von Muskeln, Verkürzung der Übung plus Farben (1x)	Gesunder Geist und gesunder Körper gehören zusammen. Ich nehme mich ernst/wichtig
Nr. 15	Pt. Nr. 1: Anwendung des Gelernten in einer individuellen Lösung	Verknüpfung von Muskeln, Verkürzung der Übung plus Farben (2x)	Die Gruppe hilft dem Pt. bei seiner Lösung, im Kontext des Gelernten und der Selbsterfahrung
Nr. 16	Pt. Nr. 2: Anwendung des Gelernten in einer individuellen Lösung	Verknüpfung von Muskeln, Verkürzung der Übung plus Farben (3x)	Die Gruppe hilft dem Pt. bei seiner Lösung, im Kontext des Gelernten und der Selbsterfahrung
Nr. 17	Pt. Nr. 3: Anwendung des Gelernten in einer individuellen Lösung	Reine konzentrierte Reduktion der Aktivierung plus Farben (1x)	Die Gruppe hilft dem Pt. bei seiner Lösung, im Kontext des Gelernten und der Selbsterfahrung
Nr. 18	Pt. Nr. 4: Anwendung des Gelernten in einer individuellen Lösung	Reine konzentrierte Reduktion der Aktivierung plus Farben (2x)	Die Gruppe hilft dem Pt. bei seiner Lösung, im Kontext des Gelernten und der Selbsterfahrung
Nr. 19	Pt. Nr. 1: Wie werde ich künftig mit Problemen / Konflikten umgehen?	Reine konzentrierte Reduktion der Aktivierung plus Farben (3x)	Die Gruppe hilft dem Pt. bei der Realitätsprüfung seiner individuellen Zukunftsgestaltung
Nr. 20	Pt. Nr. 2: Wie werde ich künftig mit Problemen / Konflikten umgehen?	Strategische und individuelle Verkürzung der Entsp. durch Selekt. (1x)	Die Gruppe hilft dem Pt. bei der Realitätsprüfung seiner individuellen Zukunftsgestaltung
Nr. 21	Pt. Nr. 3: Wie werde ich künftig mit Problemen / Konflikten umgehen?	Strategische und individuelle Verkürzung der Entsp. durch Selekt. (2x)	Die Gruppe hilft dem Pt. bei der Realitätsprüfung seiner individuellen Zukunftsgestaltung
Nr. 22	Pt. Nr. 4: Wie werde ich künftig mit Problemen / Konflikten umgehen?	Strategische und individuelle Verkürzung der Entsp. durch Selekt. (3x)	Die Gruppe hilft dem Pt. bei der Realitätsprüfung seiner individuellen Zukunftsgestaltung
Einzelsetting Nr. 23 - 25	Stabilisierung, Bestätigung, Korrektur der Anwendung des Gelernten	Wiederholung/Ergänzung von Übungsteilen auf Wunsch der Pt.	Welche Motivation muss ich haben, um mir treu zu bleiben? Wie geht es den anderen?

Hier folgt nun zur leichteren Verständlichkeit des Ablaufs der Gruppentherapie die Beschreibung des Therapieprogramms skizzenhaft aus der Perspektive eines durchschnittlichen Patienten.

Nachdem der Patient nach telefonischer Anmeldung einen Termin für ein orientierendes Erstgespräch erhalten hat, werden mit ihm zunächst Rahmenbedingungen geklärt (keine übliche Einzeltherapie, strenge zeitliche Vorgaben, wöchentliche Gruppentreffen, Bereitschaft, täglich eine Stunde zu üben, Rentenbegehren, formale oder inhaltliche Ausschlussgründe usw.), um die eventuell weiteren vier probatorischen Sitzungen zweckmäßig und zielorientiert gestalten zu können. Ist dies der Fall und kommt es zu einer ersten Zielvereinbarung mit dem Patienten, erhält dieser zwei Fragebögen (Sulz, 1999; Derogatis, 2002), die er zu Hause bearbeiten bzw. ausfüllen soll. In den weiteren probatorischen Sitzungen wird der Patient neben der genannten Standarddiagnostik dazu ermuntert, sich auch mit seinen Körperreaktionen und den dazugehörigen Gedanken zu beschäftigen. Hierzu dient in der Regel ein Therapietagebuch.

Zu Beginn der Gruppentherapie wird der Patient bzw. die Gruppe darauf hingewiesen, dass sowohl die einzelne Sitzung als auch die gesamte Therapie einem festen Ablauf folgt, der sich an der Trias Denken, Üben und Reflektieren bzw. Neubewerten orientiert.

Ein erstes Kennenlernen wird durch Zweiergruppen (Dyaden) erleichtert, die das Ziel haben, bestehende Hemmungen zu verringern und das Woher aller Gruppenteilnehmer dadurch zu erfahren, dass jeder Patient die Geschichte seines Gesprächspartners in die große Gruppe einbringt. Hier erlebt nun der Patient seine auftretenden Gefühle, Gedanken und Körperreaktionen und bringt diese in die Gruppe ein, was auch die anderen Gruppenmitglieder tun. Das gemeinsame Reflektieren dieser Prozesse schärft das Arbeitsbündnis mit und unter den Patienten und schafft ein erstes ermutigendes Wir-Gefühl.

Ab der dritten Gruppensitzung erhalten dann die Patienten ein Handout mit 66 PowerPoint-Folien, die durch den Therapeuten sukzessive im Sinne einer kontinuierlichen Psychoedukation vermittelt werden. Hierbei wird darauf geachtet, dass möglichst jede neue Wissenskomponente mit einem alten oder neuen Erfahrungselement verknüpft wird. Diese Psychoedukation überschreitet im gesamten Therapieprozess nie die Dauer von 30 Minuten.

Durch psychophysiologische Messungen (Biofeedback) oder durch spezielle apparatfreie Körperwahrnehmungstechniken (Görlitz, 2001, 2003) wird dem Patienten das unabwiesbare und weitgehend unbewusste Zusammenspiel von Körper, Seele und Geist erlebbar gemacht. Die Reflexion dieses Wechselspiels wird zur Basis für den Wunsch des Patienten, psychophysiologische Zustände gezielt beeinflussen zu wollen. Das heißt, es formt sich der Wille, Unbewusstes in Bewusstes umzuformen. Der Patient will weg von der Erfahrung von Nichtkontrolle hin zur Erfahrung von Kontrolle und Selbstwirksamkeit. Dies erreicht er durch den kompetenten Einsatz therapeutischer Techniken. Hierzu erlernt der Patient

in 19 Stufen ab Sitzung Nr. 4 bis Nr. 22, also systematisch, ein individualisiertes Entspannungsverfahren. Als Basis dient dafür eine veränderte Form der progressiven Muskelentspannung (entspricht der Stufe Null). Zunächst werden dem Patienten in der Psychoedukation die einzelnen Schritte seines neues Werkzeuges und deren Hintergründe genau erklärt. Dann wird kontinuierlich entlang des erklärten Stufenplans geübt. Am Ende der Gruppentherapie hat dann der Patient vier Therapiewerkzeuge, die durch den Übungsfortschritt systematisch auseinander hervorgehen und die in jeder Alltags- oder Stresssituation eingesetzt werden können, weil sie sich in ihrer zeitlichen Dimension an die jeweilige Anforderung anpassen. Am Ende der Gruppentherapie benötigen die vier Formen im Durchschnitt:

- für die 1. Technik ca. 25 bis 35 Minuten
- für die 2. Technik ca. 3 bis 7 Minuten
- für die 3. Technik ca. 1 bis 2 Minuten
- für die 4. Technik ca. 10 bis 20 Sekunden

Diese vier Techniken soll der Patient je nach Alltagssituation ganz gezielt und abwechselnd einsetzen. Daraus ergibt sich dann auch ein stetes Weiterüben, und die Erwartung von Kontrolle generalisiert immer mehr.

Die Übungsdauer in den Gruppensitzungen beträgt von der fünften bis zur dreizehnten Sitzung ca. 40 Minuten. Für die Übungen ab der vierzehnten Sitzung sind 20 bis 30 Minuten vorgesehen.

In der Psychoedukation werden dem Patienten von der dritten bis zur vierzehnten Sitzung alle für ihn wesentlichen Wissens-elemente methodisch und didaktisch durchdacht vermittelt. Ab der fünfzehnten Sitzung wird dann das Gelernte systematisch auf die jeweiligen vier Patienten individualisierend angewandt. Der Therapeut ist hier nur noch ein Moderator, der das Richtige verstärkt und hilft das Rechte zu erinnern.

In der Gruppe wird in jeder Sitzung mindestens 30 Minuten über das Erleben, Denken und Fühlen der Patienten im Kontext des Neuen und im Hinblick auf das Alte reflektiert. Es werden also Mentalisierungsprozesse angeregt. Eine neue Ordnung von Erleben, Denken und Fühlen wird ermöglicht und eine positive Stabilisierung des Patienten begünstigt. Bei diesem zentralen und unveräußerlichen Therapieagens, ist es wichtig, die Gruppe als Resonanzquelle für den Einzelnen nutzbar zu machen. Auf diese Weise wird das Nichtsprachliche, Unbewusste als Echo des Einzelnen in der Gruppe wahrgenommen und sprachlich ausgedrückt.

Die drei Einzelsitzungen dienen dann der weiteren Begleitung des Patienten ohne seine Gruppe bzw. der Vorbereitung der Beantragung einer Langzeittherapie.

■ Statistische Ergebnisse mit kurzer Interpretation

Hier nun in Form einer Tabelle die wichtigsten statistischen Ergebnisse aus der SCL-90-R:

Die zentralste statistische Aussage (Bortz, 1999; Bühl & Zöfel, 2002) wird in der SCL-90-R durch den Globalen Kennwert GSI mitgeteilt. In diesem Wert wird die psychische Gesamt-

Vorher- zu Nachherveränderung der SCL-T-Werte bei der Gesamtgruppe (N = 40)

SCL-90-R Faktoren	Mittelwerte der CL-T-Werte		Standardabweichung		Mittelwertdifferenz	T	Sig.
	vorher	nachher	vorher	nachher			
Somatisierung	65,63	46,93	6,64	8,87	18,7	13,86	0,00
Zwanghaftigkeit	59,88	49,03	10,06	7,22	10,85	11,83	0,00
Unsicherheit im Sozialkontakt	65,97	56,05	10,18	8,08	9,92	8,59	0,00
Depressivität	72,55	56,53	6,91	6,39	16,02	14,63	0,00
Ängstlichkeit	72,28	57,73	8,83	8,26	14,55	13,75	0,00
Aggressivität / Feindseligkeit	47,75	43,93	10,71	6,87	3,83	2,81	0,01
Phobische Angst	65,95	57,45	13,99	9,13	8,50	6,80	0,00
Paranoides Denken	42,53	41,93	6,09	5,12	0,60	1,07	0,29
Psychotizismus	45,85	43,98	6,43	4,35	1,88	2,88	0,01
Zusatzitem	12,05	3,65	3,60	2,72	8,40	13,46	0,00
Globaler Kennwert GSI	67,75	52,95	5,57	6,37	14,80	16,16	0,00
Globaler Kennwert PSDI	72,25	52,05	3,32	7,24	20,20	14,90	0,00
Globaler Kennwert PST	59,80	52,93	4,30	5,94	6,88	10,76	0,00

belastung einer Person zusammengefasst. Hier erreichen die 40 Patienten zu Beginn der Therapie im Durchschnitt einen T-Wert von 67,75. Das entspricht einem Prozentrang von ca. 95%. Das heißt, nur ca. 5% einer repräsentativen Grundgesamtheit (entspricht der durchschnittlichen Bevölkerung der BRD) sind subjektiv wahrgenommen psychisch stärker belastet als die hier untersuchte Gruppe. Der T-Wert GSI sinkt während der Therapie auf 52,05. Das entspricht einem Prozentrang von ca. 60%. Erst ab einem Wert von 84% wird einer Person eine Psychotherapie empfohlen. Bei einem T-Wert von 50 erreicht man genau die Mitte einer repräsentativen Verteilung, also 50%. In der Summe bedeutet dies, dass sich bei den Patienten während der Therapie deutliche positive Veränderungen ergeben haben. Das drückt sich in einer Effektstärke von 2,657, also in einem statistisch hohen Wert, aus. Lässt man die weiteren globalen Kennwerte (PSDI und PST) außer Acht, zeigen sich bezüglich der Mittelwertdifferenzen die stärksten Symptomrückgänge beim Faktor Somatisierung (18,7), dann beim Faktor Depressivität (16,02), dem Faktor Ängstlichkeit (14,55) und schließlich bei den Faktoren Zwanghaftigkeit (10,85) sowie Unsicherheit im Sozialkontakt (9,92); also genau bei den Faktoren, die in einem engen Zusammenhang mit Depressionen und Angsterkrankungen stehen. Die oben vorgestellte Gruppenkurzeittherapie erreicht somit auch das Ziel, störungsspezifisch wirksam zu sein.

Prüfstatistisch gesehen sind alle Vorher-nachher-Unterschiede bis auf den Faktor Paranoides Denken stabil auf dem 1%-Niveau statistisch signifikant. Auch bei einer Alphaadjustierung bleiben die Signifikanzen stabil. Weitere varianzzergliedernde statistische Prozeduren sind, bezogen auf die Fragestellung bzw. das Ziel, einen Beitrag für die Praxis aus der Praxis zu leisten, nicht sinnvoll. Außerdem ist die Anzahl von nur 40 Patienten zu klein, wenn man auch vorgeordneten stochastischen und methodologischen Prinzipien genügen will.

So soll nur noch am Rande mitgeteilt werden, dass die Signifikanzen in der Großgruppe (N = 40) auch bei folgenden

Untergruppen bezüglich der Vorher-nachher-Werte gefunden wurden:

- Männlich / Weiblich
- Alt / Jung
- Hohe bzw. niedrige Eingangswerte (z. B. GSI)
- Hauptdiagnose Depression oder Angsterkrankung
- Schulbildung

Insgesamt betrachtet, zeigt sich aus statistischer Perspektive, dass die psychotherapeutischen Ziele zumindest hinsichtlich der Symptomreduktion erreicht wurden.

■ Schlussfolgerungen und Ziele für die therapeutische Praxis

Die hier vorgestellte integrative ambulante Gruppenkurzeittherapie ist eine gute Möglichkeit, vor allem in der Erstversorgung von Patienten mit Depressionen, Angsterkrankungen und psychosomatischen Störungen, Symptome zu reduzieren und Zugänge zur Psychotherapie zu bahnen, die eine individuelle Entwicklung ermöglichen. Eine Gewichtung, welche Elemente der integrativen Therapie am meisten zur Effektstärke beitragen, ist aufgrund der eingesetzten Messinstrumente nicht möglich. Allerdings lässt sich vermuten, dass die Kombination aus Wissen, Verstehen und Üben die eigentliche Chance dafür bietet, dass Patienten eine stete, weil verstandene Selbstentwicklung beginnen.

In der künftigen Weiterentwicklung der Gruppenkurzeittherapie soll es um eine noch stärkere Gewichtung der Mentalisierung der Prozesse gehen, wobei die Handlungsorientierung im gesamten Therapieprozess erhalten bleiben soll. Weiterhin soll die Möglichkeit der individuellen Ausgestaltung der Therapiewerkzeuge durch den Patienten selbst noch mehr Raum erhalten. Wichtig wird es aber auch sein, den Bereich der Konfrontationstechniken wieder stärker mit einzubeziehen. Dies gilt vor allem für Patienten mit Angsterkrankungen.

Ausgehend von der Wirksamkeit von Gruppentherapien und der realen deutlichen Unterversorgung der Bevölkerung mit Psychotherapie, ist die Entwicklung von störungsspezifischen, integrativen ambulanten Gruppenkurzeittherapien wohl unveräußerlich und notwendig. Aktuell wären in der hier vorgestellten Praxis für folgende Bereiche störungsspezifische Gruppentherapien möglich:

- Psychoonkologie
- Psychoanästhesiologie
- Psychokardiologie
- evtl. Trennung von Depression und Angsterkrankung

Der Vorteil von störungsspezifischen Gruppen liegt auf der Hand. Allerdings sollte diese Entwicklung nicht dazu führen, dass notwendige Einzeltherapien, z. B. auch Psychoanalysen, weniger oder gar nicht mehr angeboten werden können.

Ein anderer Gedanke, der mit der Ausbildung bzw. Weiterbildung von Therapeuten zu tun hat, sei noch angefügt. Warum gibt es keine grundlegende psychodynamisch-verhaltenstherapeutische, also integrative Aus- bzw. Weiterbildung, die primär den Belangen der Praxis und dem Versorgungsauftrag gerecht wird? Noch immer muss ein Therapeut drei Richtlinientherapieausbildungen durchlaufen, wenn er integrativ zum Wohle seiner Patienten und entlang seines Versorgungsauftrags tätig werden will.

■ Literatur

- Allen, J.G. (2010). Mentalisierung als konzeptionelle Brücke zwischen psychodynamischen und kognitiven Verhaltenstherapien (S. 93-113). München: CIP-Medien.
- Best, D. (2011). Gruppentherapie ist trotz Aufwertung Stiefkind. In *Ärzte Zeitung* (www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=682216&pid=690056).
- Bolm, T. (2009). Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) für Borderline-Störungen und chronifizierte Traumafolgen. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Bolm, T. (2010). Mentalisieren und Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT). *Psychotherapie*, 15, 58 – 62.
- Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (2002). SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. 8. Auflage. München: Addison-Wesley.
- Derogatis, L.R. (2002). SCL-90-R. Symptomcheckliste von L. R. Derogatis. Deutsche Version. Göttingen: Beltz.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Hans Huber.
- Eifert, G.H. (2011). Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT). Reihe: Fortschritte der Psychotherapie (Bd. 45). Göttingen: Hogrefe.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2010). Bindung, Mentalisierung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung. In J. Holmes (Hrsg.), *Psychodynamische Therapie* (S. 21-34). München: CIP-Medien.
- Görlitz, G. (2001). Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Basisübungen (Bd. 1). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Görlitz, G. (2003). Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Aufbauübungen. Bd. 2. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hiller, W., Zaudig, M. & Mombour, W. (1997). Internationale Diagnosen-Checklisten (IDCL) für DSM-IV. Bern: Huber.
- Köhler, T. (2005). Biologische Grundlagen psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Köhler, T. (2010). Biopsychologie. Ein kurzgefasstes Lehrbuch. München: CIP-Medien.
- Stenzel, A. (2011). Schmerzen überwinden. 30 psychologische Techniken zur Schmerzkontrolle. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (1999). Materialmappe zum Verhaltensdiagnostiksystem VDS (VDS 1 – VDS 14). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2000). Emotion, Kognition und Verhalten – zur homöostatischen Funktion der Emotionen und zu ihrer Bedeutung bei der Symptombildung. In S.K.D. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen* (S. 5-76). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D., Deckert, B. & Gräff-Rudolph, U. (2011a). Strategische Depressionstherapie als Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) – Arbeit mit Sprechstundenkarten. *Psychotherapie*, 16, 324 – 330.
- Sulz, S.K.D., Hagspiel, S., Gerner, S., Hebing, M., Hauke, G. (2011b). Lebens- und Krankengeschichte. Der VDS1-Fragebogen in der klinischen und wissenschaftlichen Anwendung am Beispiel der Kindheit von Patienten mit Depression und Angsterkrankungen. *Psychotherapie*, 16, 129 – 141.
- Sulz, S.K.D., Richter-Benedikt, A. J. & Hebing, M. (2010). Mentalisierung und Metakognition als Entwicklungs- und Therapieparadigma in der Strategisch-Behavioralen Therapie. *Psychotherapie*, 15, 117 – 126.
- Wittmann, W.W. & Steffanowski, A. (2011). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK-Modellprojekts. *PsychotherapieAktuell*, 3/11, 6 – 12.
- Tolman, E.C. (1984). Zeichenlernen. In G.H. Bower & E.R. Hilgard (Hrsg.), *Theorien des Lernens* (Bd. 2., S. 88 – 124). Stuttgart: Klett-Cotta.

■ Korrespondenzadresse

Dr. phil. Kurt Wedlich
 Centrum für Integrative Psychotherapie
 Nymphenburger Str. 185 | 80634 München
 oder: Nansenstraße 9 (Ärztehaus) | 95615 Marktredwitz
dr.kurtwedlich@t-online.de