

EINSATZMÖGLICHKEITEN UND NOTWENDIGKEIT VERHALTENSTHERAPEUTISCHER BEHANDLUNG IN DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK

FUTURE POSSIBILITIES AND NEEDS OF BEHAVIOR THERAPIES IN PSYCHIATRY CLINIC

Maria C. Jockers-Scherübl

Zusammenfassung

Stationäre Verhaltenstherapie im psychiatrischen Krankenhaus ist nicht nur eine sinnvolle, sondern auch kosteneffektive Behandlungsform, die in Verbindung mit notwendiger Pharmakotherapie im Rahmen eines strukturierten Gesamtbehandlungsplans bei den meisten psychiatrischen Krankheitsbildern gut einsetzbar ist. Die multimodale Therapie verbessert nicht nur die Krankheits- und Behandlungseinsicht der Patienten durch Psychoedukation und lösungsorientiertes Vorgehen. Sie verbessert damit auch die Compliance und nutzt die vorhandenen Ressourcen besser, so dass bei guter Vernetzung mit den ambulanten Versorgungsangeboten ein rascherer Übergang der Patienten in die ambulante Weiterbehandlung möglich ist.

Schlüsselwörter

Stationäre Verhaltenstherapie – Psychoedukation – Compliance – Milieuwechsel – psychiatrische Klinik – Gruppentherapie – Komorbidität

Summary

Behavioural therapy in the setting of a psychiatric hospital is not only a useful but also a cost-effective form of treatment that can easily be combined with the necessary pharmacotherapy in virtually any psychiatric disease. Multimodal therapy improves insight into the illness by psychoeducation and increases treatment compliance thus using available resources more efficiently. Provided hospital- and outpatient treatment are well connected it allows earlier discharge of patients.

Keywords

behavioural therapy in hospital settings – psychoeducation – compliance – change of environment – psychiatric hospital – group therapy – comorbidity

Einleitung

Bei zunehmenden Verteilungskämpfen in der Medizin infolge knapper werdender finanzieller Ressourcen der Krankenkassen ist es wichtig, eine Standortbestimmung hinsichtlich des notwendigen und gewinnbringenden Einsatzes der stationären Verhaltenstherapie vorzunehmen. Grundsätzlich gilt ja die Devise: ambulante Therapie ist stationärer Therapie vorzuziehen. Diese strikte Trennung ist allerdings nicht mehr auf der Höhe der Zeit und oft unwirtschaftlich. Zunehmend werden Möglichkeiten der Übergänge zwischen vollstationärer und ambulanter Behandlung erprobt in Form von prästationärer, poststationärer und tagesklinischer Behandlung. Patienten mit mehreren psychiatrischen Störungsbildern, die sich gegenseitig negativ verstärken und somit zu weiterer Symptomgenerierung und Krankheitschronifizierung beitragen, können einer längerfristigen ambulanten Therapie oft erst zugeführt werden, nachdem eine Unterbrechung der „akuten Symptome“ mittels Milieuänderung, Pharmakotherapie, stationärer Verhaltenstherapie und adjuvanter The-

rapien stattgefunden hat. Andererseits sind die Patienten in einer psychiatrischen Akutklinik bei mittlerweile relativ kurzen Liegezeiten besonders zu Beginn der Behandlung oft noch so krank, dass sie einer verhaltenstherapeutischen Behandlung und dem dafür notwendigen Veränderungswillen sowie den individuellen Veränderungsmöglichkeiten nicht zugänglich sind. Hieraus ergibt sich ein Dilemma, und es stellt sich die Frage, wie ein stationärer Einsatz der Verhaltenstherapie dennoch durchzuführen ist und wie sich die Notwendigkeit dieser Therapie, manchmal auch über einen längeren Zeitraum, für die Kostenträger plausibel nachvollziehbar begründen lässt.

Allgemeiner Sinn der stationären VT und Verknüpfung mit der ambulanten Behandlung

Da es sich bei der Verhaltenstherapie um ein störungsspezifisches und im Allgemeinen lösungsorientiertes Vorgehen handelt, ist diese Form der Psychotherapie in einzigartiger Weise prädestiniert, gerade auch bei schwer psychiatrisch

erkrankten Menschen Anwendung zu finden. Sie kann ihnen langfristig wieder einen Teil der durch die Erkrankung abhanden gekommenen Kontrolle über sich und ihr Leben zurückzugeben und somit Krankheitsverständnis, Krankheitsakzeptanz und nicht zuletzt Compliance bei der Behandlung verbessern. Die stationäre Verhaltenstherapie kann als konzentrierter (massierter) Beginn einer multimodalen Behandlung gesehen werden. Sie kann als "Eintrittstherapie" für spätere weiterführende Behandlungen fungieren, die sonst nicht möglich wären. Das bedeutet aber auch, dass die Behandlungseinheiten über einen anfangs psychoedukativen und tagesstrukturierenden Anteil hinaus im Verlauf der stationären Behandlung immer weiter spezifiziert werden müssen. Sie sollten dann möglichst nahtlos in eine ambulante oder gegebenenfalls erst noch tagesklinische Behandlung übergehen. Voraussetzung für diesen Ablauf ist also eine gute Vernetzung der stationären und ambulanten Versorgung.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die stationäre Verhaltenstherapie ist die aus unterschiedlichen Studien gewonnene Erkenntnis, dass eine kombinierte psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlung im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans bessere Therapieergebnisse zeitigt und geringere Krankheitsrückfälle bewirkt als ein einzelnes pharmakologisches oder psychotherapeutisches Vorgehen (Fava et al., 1998; Gloaguen et al., 1998; Hohagen et al., 1998; Paykel et al., 1999; Meyer und Hautzinger, 2002; Scott et al., 2003). Auch wenn es sich hierbei um Studien mit überwiegend ambulanten Studienteilnehmern handelt, ist es plausibel und klinisch oft sichtbar, wie die jeweiligen Module einer Therapie sich gegenseitig positiv verstärken können. Mittlerweile gibt es für fast alle psychiatrischen Störungsbilder erprobte Therapiemanuale, die bereits während eines Klinikaufenthaltes selbst von „relativen Berufsanfängern" unter Supervision in der Gruppe und bei Einzeltherapien gut angewendet werden können. Gleichzeitig erleichtert das strukturierte Vorgehen oftmals auch die therapeutische Arbeit.

Milieuwechsel

Ein nicht zu unterschätzender Aspekt der stationären Verhaltenstherapie ist der Milieuwechsel. Bestimmte Verhaltensweisen eines Patienten - etwa mit einer Agoraphobie mit Panikstörung und nachfolgender Depression - sind eng an seine übliche Umgebung gebunden, zumindest was bestimmte Stimuli und konditionierte Verhaltensweisen angeht. Somit hat derjenige im stationären Setting die Möglichkeit, in einer entspannteren und „gesünderen Atmosphäre" mit therapeutischer Unterstützung andere Erfahrungen zu machen und alternative Verhaltensweisen zu erproben und einzuüben. Zu einem späteren Zeitpunkt müssen die neuen Erfahrungen im häuslichen Milieu eingeübt werden, um sie übertragen zu können. Dies ist wesentlich einfacher mit der Unterstützung von Therapeuten und Kotherapeuten, die nicht nur als Modell fungieren können, sondern auch eine Reaktionsverhinderung bewirken, wenn sie Patienten beim Einüben von täglichen lebenspraktischen Verrichtungen unterstützen und durch ihre Anwesenheit vorheriges Vermeidungsverhalten unterbinden. Auch despektierliche Äußerungen, die ein Patient möglicherweise

in der häuslichen Umgebung beim Einüben neuer Verhaltensweisen ertragen müsste und die als negative Verstärker wirken, gibt es üblicherweise nicht im stationären Setting. Im Gegenteil, es findet eine Validierung der Schwierigkeiten mit empathischer, professioneller Begleitung und eine positive Verstärkung kleiner Fortschritte statt, die weitere Fortschritte bahnen kann. Yalom beschreibt in seinem Lehrbuch zur Gruppenpsychotherapie (Yalom, 2001) die „Universalität des Leidens". Das bedeutet in diesem Kontext auch eine Psychoedukation der Patienten, indem sie feststellen, nicht die Einzigen mit ihrer Störung zu sein, sondern erfahren können, dass andere Menschen mit ähnlichen Schwierigkeiten zu kämpfen haben und dass es sich dabei um bekannte und häufige Erkrankungen handelt, die gut behandelbar sind. Ein weiterer psychoedukativer Aspekt ist die Mischung der Patienten in verschiedenen Behandlungsstadien einer Erkrankung, so dass kränkere auch die treffen, denen es schon besser geht, und dabei Hoffnung schöpfen, Erfahrungen austauschen und sich manchmal Rat holen, den sie vom Therapeutenteam nicht in der gleichen Form annehmen würden.

Komorbidität

In einer psychiatrischen Akutklinik leiden sehr viele Patienten an mehreren Erkrankungen, wobei die zuletzt hinzugekommene dann den Ausschlag gibt, sich tatsächlich in der Klinik vorzustellen, da die bisherigen Kompensationsmechanismen überfordert sind. Dies bedeutet aber nicht, dass die „präsentierte Störung" die einzige ist, sondern dass alle Diagnosen erfasst und so weit wie möglich ins Behandlungskonzept mit integriert werden müssen.

Patienten, die sich z. B. mit einer Agoraphobie und Panikstörung in einer psychiatrischen Klinik stationär aufnehmen lassen, unterscheiden sich von ambulant behandelbaren Patienten in der Regel nicht nur durch die Schwere der Erkrankung, sondern auch durch das Vorhandensein dieser zusätzlichen psychiatrischen Störungen. Anlass der Aufnahme ist oft eine Depression, die der Angststörung folgte oder zeitgleich auftrat; es können weitere Angststörungen bestehen. Benzodiazepin- oder Alkoholmissbrauch als „Selbstmedikationsversuch" mit zusätzlicher vegetativer Labilisierung bei Entzug kompliziert die Behandlung, und nicht zuletzt besteht oft eine Persönlichkeitsstörung. Bei dem Versuch einer Unterteilung unserer stationären „Angstgruppe" fanden wir bei 90% der Patienten mindestens drei Diagnosen. Diese komplexen Erkrankungen erfordern ein gestuftes und dem jeweiligen Fortschritt des Patienten angepasstes Behandlungskonzept auf mehreren Ebenen, was in einem ambulanten Setting normalerweise nicht möglich ist. Bei entsprechender Schwere der Erkrankung könnte ein Patient möglicherweise gar nicht in eine Praxis kommen und wäre somit einer Behandlung nicht zugänglich. Auch wenn das Beispiel der Agoraphobie gewählt wurde, weil das dafür entwickelte Stationskonzept detaillierter dargestellt werden soll, so gilt diese Aussage in ähnlichem Maß selbstverständlich auch für andere psychiatrische Erkrankungen. Ein spezifisches Gruppen- und Einzelbehandlungskonzept besteht in unserer Klinik für Angststörungen, depressive Erkrankungen, Schizophrenien und für die Borderline-Störung.

Standardisiertes Vorgehen bei verschiedenen Störungsbildern

Voraussetzung für eine sinnvolle psychoedukative verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppenarbeit sind auf bestimmte Störungsbilder spezialisierte Stationen.

Zu Beginn der Behandlung erfolgt eine genaue Diagnostik und Einschätzung der Erkrankung. In der Regel ist eine Pharmakotherapie notwendig, die mit dem Patienten besprochen und geplant wird. Falls ein Medikamentenentzug notwendig ist, wird dieser ebenfalls vereinbart. Es erfolgt dann eine Einigung mit dem Patienten auf das Therapierational, gegebenenfalls wird auch ein Therapievertrag erstellt, der vom Patienten, Stationsarzt, gegebenenfalls dem behandelnden Psychologen und der Bezugspflegekraft unterschrieben wird. Fast alle Stationsärzte und Psychologen befinden sich in einer verhaltenstherapeutischen Ausbildung.

Die psychoedukativen Gruppensitzungen auf jeder Station sind der jeweiligen Stationspezialisierung angepasst und dienen neben der Informationsvermittlung über die Erkrankungen und deren Behandlung der Aktivierung und kognitiven Umstrukturierung. Sie sind eng angelehnt an die vorhandenen und bewährten verhaltenstherapeutischen Therapiemanuale und Schriften zur Psychoedukation (Margraf und Schneider, 1990; Hautzinger, 2000; Bäuml, 1994; Bäuml und Pitschel-Walz, 2003; Linehan, 1996). Neben der Wissensvermittlung und Vermittlung eines Krankheitsmodells sind sie lösungsorientiert. Außerdem erhalten die Patienten je nach Störungsbild neben stützenden Einzelgesprächen auch verhaltenstherapeutische Einzelsitzungen. Es besteht ein Bezugspflegesystem, bei dem jedem Patienten mindestens eine Pflegekraft als Kotherapeut/in zugeordnet ist, der/die zusätzlich wenigstens zweimal pro ein Gespräch führt, bei dem der Wochenplan mit den verschiedenen Aktivitäten geplant wird und wobei lebenspraktische Probleme besprochen und wo notwendig geübt werden. Auch in der Einzelverhaltenstherapie besprochenes und begonnenes Expositionstraining kann mit der Bezugspflegekraft weitergeübt werden. Die Patienten sind zusätzlich in verschiedene Aktivitäten eingebunden, wie z.B. wöchentliche Ausflüge und Kochgruppe. Je nach eigenem Interesse und Fähigkeiten gibt es noch Gruppenangebote, die frei zu wählen sind. Ziel dieser Gruppenaktivitäten ist u.a. die Aktivitätssteigerung und das Erlernen von sozialen Kompetenzen und die Förderung der Wiederaufnahme von Alltagsfähigkeiten. Im weiteren Verlauf erfolgt die Außenorientierung mit Belastungsproben, wo sich die Patienten stundenweise in ihrer natürlichen Umgebung aufhalten. Vor Aufenthaltsende wird eine Überleitung in eine weitere ambulante Therapie angestrebt.

Spezielles Stationsprogramm am Beispiel der Station für Angststörungen

Patienten mit einer Agoraphobie und Panikstörung, einer sozialen Phobie oder einer anderen Angststörung bzw. somatoformen Störung oder Zwangsstörung werden auf dieser Station aufgenommen. Meist besteht eine zusätzliche Depression, so dass gleich zu Beginn der Behandlung eine antidepressive Behandlung (meist mit serotonerg wirksamen Antidepressiva (SSRIs)) vereinbart und begonnen wird. Die

Wahl des Medikaments hängt von der Diagnose, aber auch von den Vorerfahrungen und Befürchtungen von Nebenwirkungen des Patienten ab. Die Patienten mit zusätzlicher Suchterkrankung werden vom Suchtmittel entzogen; die außerdem oft zusätzlich bestehende Persönlichkeitsstörung wird in den Therapieplan mit integriert. Bei der Aufnahme erhält der Patient eine Informationsbroschüre zu Angststörungen (aus Margraf und Schneider, 1990), die er durcharbeiten soll, ein Symptomtagebuch, einen Wochenplan der Station und einen leeren Wochenplan, in den er alle eigenen Aktivitäten und Therapien eintragen soll. Die Anzahl derselben erhöht sich im Laufe der Behandlung im Einklang mit höherer Belastbarkeit. In ein Oktavheft, das ebenso ausgeteilt wird und immer mitgeführt werden soll, werden alle Merksätze, der Notfallplan, individuelle Übungen und Erfahrungen eingetragen. In einem intensiven Einführungsgespräch, an dem neben dem behandelnden Arzt und dem Oberarzt auch die künftige Bezugspflegekraft teilnimmt, wird den Patienten das Therapiekonzept der Station vermittelt. In der Folge werden neben ausführlicher Diagnostik zur Einschätzung der Schwere der Erkrankung zusätzlich Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen erhoben, um den Ausgangswert vor Behandlungsbeginn mit den Werten am Ende der Behandlung vergleichen zu können und damit ein Maß für den Erfolg der Therapie zu haben. Mit der Bezugspflegekraft werden nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt die Therapien im Wochenplan eingetragen und nochmals erklärt (Beispiel einer Patientin in der 2.-5. Behandlungswoche, Abb.1). Die Teilnahme an den Visiten, insbesondere den psychoedukativen Gruppensitzungen zum Thema Angststörungen, bei denen die Erkrankungen einschließlich Symptomen, Behandlung, prädisponierenden und aufrechterhaltenden Faktoren, Angstkreislauf, eigene Ressourcen u.Ä. besprochen werden, ist Pflicht. Ebenso ist die Teilnahme an der spezifischen Gruppe für Patienten mit Agoraphobie und Panikstörung bzw. sozialer Phobie Pflicht für die entsprechenden Klienten. Dies sind spezifischere Gruppensitzungen, die mehr auf den Einzelnen und seine Situation eingehen, als es die Gruppensitzung kann, bei denen gemeinsame Übungen ausgearbeitet und durchgeführt werden. Alle Patienten mit Angststörungen und/oder depressiver Störung sind angehalten, am Entspannungstraining nach Jacobson teilzunehmen, alle mit Defiziten in der sozialen Kompetenz auch am Gruppentraining für soziale Kompetenz (angelehnt an Hinsch und Pflingsten, 2002). Zusätzlich finden einzel-verhaltenstherapeutische Sitzungen statt. Einzelübungen werden nicht nur mit dem Verhaltenstherapeuten, sondern nach genauer Anleitung und Vorbereitung auch mit der Bezugspflegekraft durchgeführt, so dass gerade zu Beginn der Therapie ein viel intensiveres Training möglich ist als im ambulanten Setting. Es hat sich gezeigt, dass selbst Patienten, die ausgeprägten Alkohol- und/oder Benzodiazepinmissbrauch betrieben haben oder abhängig waren, von Anfang an von den "Angstgruppen" profitieren und höher motiviert sind, ihr Verhalten zu ändern, nachdem sie das Therapierational verstanden haben und sich Hilfe erhoffen.

Neben diesem spezifischen Trainingsprogramm und der Pharmakotherapie gehören zusätzliche aktivierende Maßnahmen zur Therapie wie die Teilnahme an der Bewegungsthera-

Wochenplan einer Patientin mit Agoraphobie mit Panikstörung und Depression

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
	8:00 bis 9:00 gemeinsames Frühstück im Tagesraum					
	8.30 9.00 Bewegungs- therapie	8.30 9.00 Bewegungs- therapie	8.30 9.00 Bewegungs- therapie	8.30 9.00 Bewegungs- therapie	8.30 9.00 Bewegungs- therapie	
9.00	9.30 - 10.30 Psychoedukative Gruppe für Angststörungen	9.30 - 12.00 Oberarztvisite	9.30 - 10.30 Scorevisite	9.30 - 10.30 Psychoedukative Gruppe für Angststörungen	9.15- 10.15 Gruppenvisite mit Planung des Wochenendes	9.30- 10.00 Gruppen- kurzvisite
11.00	11.00 - 12.00 VT- Einzeltherapie	9.30 - 13.00 Kochgruppe oder 10.30 - 12.00 Offenes Atelier	11.00 - 11.45 Entspannung (PMR nach Jacobson)	11.00 - 12.00 VT-Einzeltherapie	10.30 - 12.00 Offenes Atelier 11.15 - 12.00 Entspannung (PMR nach Jacobson)	ab 10.00 Uhr: kein Stations- programm Patienten sollen an mindestens einem Tag Exposition üben Einzelgespräche Bezugspflege (auch abends)
	12.00 - 12.30 gemeinsames Mittagessen im Tagesraum					
12.30	13.00 - 14.00 Ergotherapie: Planung Koch- gruppe	13.30 - 14.30 VT- Gruppentherapie für Agoraphobie	12.30 - 13.00 Ausflugsplanung 13.00 - 14.30 Euthyme Therapie	ca. 13.30 - 18.00 Therapeutischer Ausflug - Belastungs- training	13.30 - 14.00 Einzelgespräch Bezugspflege	
13.00	14.00 gemeinsames Kaffeetrinken im Tagesraum				15.00 - ca. 16.00 Gemeinsames Kaffeetrinken	
14.00	14.00 - 15.00 Tanzstunde	15.00-16.30 VT- Einzeltherapie mit Exposition	16.00 - 18.00 Gruppentraining Soziale Kompetenz			
15.00	15.00 - 16.00 Ergotherapie: Bildnerisches Gestalten				15.45 - 17.15 Euthyme Therapie	
abends	Joggen		Joggen		Joggen	Joggen

pie und an der Ergotherapie, auch die Teilnahme an lebenspraktischen Übungen wie der Koch- und Backgruppe mit Einkaufen und anschließendem Essen als sozialer Veranstaltung. Hierzu gehört ebenso die stationsübergreifende Tanzstunde, die zwar auf freiwilliger Basis besucht wird, aber auch zum Training sozialer Kompetenzen gehört und ein Stück "Normalität" in die Klinik bringt, ebenso die Gelegenheit zum Kennenlernen und Ansprechen anderer Patienten gibt. Ein weiteres Angebot auf freiwilliger Basis ist die euthyme Therapie (nach Lutz, 1983), die von den meisten Patienten sehr gerne angenommen wird und die ein positives Gegengewicht zur Konzentration auf Defizite in anderen Therapiestunden darstellt.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt vier bis sechs Wochen, in Einzelfällen länger. Noch während der stationären Therapie wird die ambulante Weiterbehandlung gebahnt, der Übergang z. B. durch nur noch tagesklinischen Aufenthalt oder poststationäre Termine erleichtert. Die spezifische Angstgruppe hat stationär-ambulanten Charakter, d. h., sie kann und soll noch mindestens für sechs Wochen nach der Entlassung weiterbesucht werden. Bei vielen früheren Patienten hat sich daraus ein längerfristiger privater Termin in der Art einer Selbsthilfegruppe ergeben.

Weitere spezifische Stationsorganisationen in Kurzform

Spezifisches Setting einer Depressionsstation

Ähnlich der beschriebenen Schwerpunktstation für Angststörungen besteht ein spezifisches Programm für die Depressionsstation mit psychoedukativen Gruppenvisiten nach dem Programm von Hautzinger (2000), einer separaten verhaltenstherapeutischen Depressionsgruppe, Einzeltherapie, Bezugspflege, aktivierendem Sportprogramm, Ergotherapie und Einübung alltagspraktischer Tätigkeiten. Dazu gehört selbstverständlich auch eine individuell ausgefeilte Pharmakotherapie.

Spezifisches Setting der Schizophreniestation

Auch hier werden neben der unbedingt erforderlichen pharmakologischen Behandlung zwei psychoedukative Gruppenvisiten pro Woche durchgeführt, in denen Ursachen und Auslöser der Erkrankung, die Behandlung und deren Nebenwirkungen sowie zusätzliche nichtmedikamentöse Behandlungsformen erklärt werden. Wenn die Patienten etwas stabilisiert sind bzw. an deutlicher Minussymptomatik leiden, können sie am Selbstsicherheitstraining für schizophrene Patienten teilnehmen. Auf der Basis des Vulnerabilitäts-Stress-Modells,

werden typische Stressoren, wie etwa die Schwierigkeit, sich abzugrenzen, in verschiedenen Situationen erarbeitet und in Rollenspielen sozial kompetentes und subjektiven Stress reduzierendes Verhalten geübt. Es handelt sich auch hier um eine stationär-ambulante Gruppe, die von der Tagesklinik aus oder ambulant weiterbesucht werden kann und soll.

Auf dieser Station liegt die Betonung naturgemäß noch mehr auf der Tagesstrukturierung und Aktivierung als auf anderen Stationen.

Spezifisches Setting der Station für Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Auch hier werden nach einem standardisierten Diagnostikverfahren die Patienten in störungsspezifischen Gruppen nach dem Konzept von Linehan (1996) behandelt, zusätzlich bestehen weitere aktivierende Gruppen (s.o.), auch eine Gesundheitsgruppe und verhaltenstherapeutische Einzeltherapie. Im Rahmen der Bezugspflege ist jeder Patientin ein Kotherapeut zugeteilt, mit dem spezifische Probleme besprochen werden und an deren Lösung gearbeitet wird.

Die erfolgte Kurzaufzählung der Stationsstrukturen soll lediglich ein Beispiel geben, wie die Kombination aus stationärem Aufenthalt, Pharmakotherapie sowie Gruppen- und einzelverhaltenstherapeutischem Programm aussehen kann. Die diesbezüglichen Möglichkeiten sind vielfältig und können bei entsprechendem Stations- bzw. Behandlungskonzept auf fast alle Störungsbilder angewendet werden.

Klinische Ergebnisse bei stationärer Psychotherapie: Erfahrungen und Studienlage

Erstaunlicherweise gibt es nur wenige Studien, die verhaltenstherapeutische Behandlung während eines stationär-psychiatrischen Aufenthaltes evaluiert haben (Backenstraß et al., 2001; Takahashi und Kosaka, 2003). Es existieren praktisch keine Studien, die randomisiert die Patienten einer Erkrankungsgruppe entweder einem manualgestützten verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppenprogramm oder alternativ einem nicht spezifischen Gruppenprogramm bzw. einer stationären Behandlung „as usual“ mit stützenden Gesprächen, psychopharmakologischer Behandlung, Ergo- und Bewegungstherapie zugeteilt haben, um die Effektivität zu vergleichen.

Nach dem „klinischen Eindruck“ der meisten Behandler sind gruppentherapeutische Angebote bei Behandlungsbeginn besonders die psychoedukativen Gruppen, auch bei noch akut kranken Patienten trotz mancher damit verbundenen Schwierigkeiten, ein gutes Verfahren, um die Krankheits- und Behandlungseinsicht zu fördern. Dies wiederum verbessert die Mitarbeit der Patienten, die sich als Teil eines Ganzen und Mitglied einer Gruppe verstehen. Sie lernen sich gegenseitig schneller kennen, unterstützen sich untereinander und betreiben eine gewisse gegenseitige Psychoedukation. Die Voraussetzung für diese positiven Gruppeneffekte ist dabei allerdings das Unterbinden möglicher gegenseitiger negativer Verstärkung. Die instrumentellen Gruppenbedingungen wie Gruppenkohäsion, Vertrauen und Offenheit (Grawe, 1980;

Yalom, 2001) wirken auch unabhängig von der Störungsspezifität einer Gruppe, entfalten dort aber in Verbindung mit dem Gruppenprogramm möglicherweise noch eine bessere Wirksamkeit für eine spezifische Erkrankung. In der Studie von Takahashi und Kosaka (2003) wurde soziales Kompetenztraining einmal wöchentlich in Gruppen gemischter Patienten unterschiedlichster Diagnosen durchgeführt, wobei die mittlere Teilnahmehäufigkeit drei Sitzungen betraf und dabei bei allen Patientengruppen eine deutliche Verbesserung der sozialen Fähigkeiten festgestellt wurde. Die Liegedauer der Patienten übertraf zwar die heute in Deutschland übliche, aber auch Yalom, der in USA arbeitet und Gruppen für akut kranke Patienten anbietet, die dort in der Regel nur sehr kurze Zeit stationär behandelt werden, beschreibt dennoch einen sehr positiven Effekt dieser Interventionen. Obwohl er ja keineswegs ein Verhaltenstherapeut ist, betont er die Notwendigkeit eines klar strukturierten Vorgehens in diesen Gruppen, die eher psychoedukativen Charakter haben, und gibt als Ziel besseres Krankheits- und Behandlungsverständnis an, das die nachfolgenden ambulanten Weiterbehandlungen bahnen soll.

Zusammenfassend kann man sagen, dass verhaltenstherapeutisch orientierte stationäre Gesamtbehandlungspläne (Pharmakotherapie und verhaltenstherapeutische Module integriert) verschiedener psychiatrischer Störungsbilder unter Einbeziehung aller in der psychiatrischen Klinik tätiger Berufsgruppen die verfügbaren personellen Ressourcen wahrscheinlich am besten nutzen. Dies ist bei stetig kürzeren stationären Liegezeiten der Patienten und damit einhergehenden akuterer Erkrankungen auch notwendig, um Patienten so rasch wie möglich so weit zu stabilisieren, dass der Übergang in die ambulante Weiterbehandlung erfolgreich ohne Rückfall und ohne Therapieabbruch gelingt. Letztendlich trägt die größere Verantwortung jedes Einzelnen im Behandlungsteam, eingebettet in eine Sicherheit gebende Struktur, nicht nur zum besserem Bezug zu den Patienten, sondern auch zu einer größeren Arbeitszufriedenheit bei. Um sowohl die Behandlungseffizienz stationärer Verhaltenstherapie in der psychiatrischen Klinik als auch die berufliche Zufriedenheit der Behandler genauer zu evaluieren, wären weitere vergleichende Studien verschiedener Behandlungssettings dringend wünschenswert.

Literatur

- Backenstraß M, Kronmüller KT, Schwarz T, Reck C, Karr M, Kocherscheidt K, Schifferer E, Niethammer R, Weisbrod M, Mundt C, Fiedler P: Kognitive Verhaltenstherapie in und mit Gruppen – Ein Behandlungsprogramm für depressive Patienten in stationärer Behandlung. *Verhaltenstherapie* 2001;11:305-311
- Bäuml J, Pitschel-Walz G: Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer-Verlag, 2003
- Bäuml J: Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, ein Ratgeber für Angehörige und Patienten. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 1994
- Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P: Prevention of recurrent depression with cognitive behavioural therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:816-820
- Gloaguen V, Cortraux J, Cucherat M, Blackburn I: A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998;49:59-72

- Grawe K: Verhaltenstherapie in Gruppen. München: Urban & Schwarzenberg, 1980
- Hautzinger M: Depression im Alter. Ein kognitiv verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm. Weinheim: Beltz-Verlagsgruppe Psychologie Verlags Union, 2000
- Hinsch R, Pflingsten U: Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK. Weinheim: Beltz-Verlagsgruppe Psychologie Verlags Union, 2002
- Hohagen F, Winkelmann G, Rasche-Ruchle H, Hand I, König A, Munchau N, Hiss H, Geiger-Kabisch C, Kappler C, Schramm P, Rey E, Aldenhoff J, Berger M: Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Results of a multicentre study. Br J Psychiatry 1998;Suppl. 35:71-78
- Linehan MM: Trainingsmanual zur dialektisch-behaviouralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien, 1996
- Lutz R: Genuß und Genießen. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag, 1983
- Margraf J, Schneider S: Panik, Angstanfälle und ihre Behandlung. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 1990
- Meyer TD, Hautzinger M: Kognitive Verhaltenstherapie als Ergänzung der Pharmakotherapie manisch-depressiver Störungen. Nervenarzt 2002;73: 620-628
- Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, Johnson AL, Garland A, Moore R, Jenaway A, Cornwall PL, Hayhurst H, Abbott R, Pope M: Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: a controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1999;56:829-835
- Takahashi M, Kosaka AK: Efficacy of open-system social skills training in inpatients with mood, neurotic and eating disorders. Psychiatr Clin Neurosci 2003;57:295-302
- Yalom ID: Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Stuttgart, Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2001

Maria C. Jockers-Scherübl

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité-Universitätsmedizin Berlin
Campus Benjamin Franklin
Eschenallee 3, Berlin
(Direktorin: Frau Prof. Dr. Dipl.-Psych. I. Heuser)
Tel: 030-8445-8707/8601
Fax: 030-8445-8341
E-Mail: maria.jockers@medizin.fu-berlin.de