

Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie in der Psychiatrie

Grundlagen und Praxis

Von Annette Schaub



Annette Schaub
Dr., Ltd. Dipl.- Psychologin an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum der Universität München, LMU München; Supervisorin der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK)

Gruppenangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben in den letzten 20 Jahren an Bedeutung gewonnen. Diese basieren zumeist auf dem Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Konzept und verweisen auf persönliche und familienbezogene Ressourcen wie Selbstwirksamkeit, Adhärenz mit der pharmakologischen und psychologischen Behandlung sowie familiäres Problemlösen. Destabilisierung kann durch Unter- bzw. emotionale Überstimulation auftreten. Strukturierte psychoedukative und kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungskonzepte, die die kognitiven und emotionalen Möglichkeiten des Betroffenen berücksichtigen, können konstruktiv eingesetzt werden. Diese Angebote werden mit Angehörigengruppen kombiniert, da Bewältigungskompetenzen und das Wissen von Patienten und ihren Angehörigen über die Erkrankung und ihre Behandlung den Krankheitsverlauf optimieren. Psychiatrische Störungen sind aus unserer Sicht gut zu behandeln, wenn eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Patienten und dem Arzt bzw. dem Psychologen etabliert, die Bedürfnisse des Betroffenen berücksichtigt, kognitiv-psychoedukative Gruppenansätze in Kombination mit Pharmakotherapie realisiert und die Angehörigen in das Behandlungskonzept einbezogen werden.

Einleitung

Aktuelle Behandlungskonzepte basieren auf der Annahme, dass Betroffene bei der Bewältigung ihrer Erkrankung eine aktive Rolle einnehmen können und nicht nur Opfer ihrer Erkrankung sind. Gruppenansätze, die sich auf das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell (Nuechterlein, Dawson, Gitlin et al. 1992) beziehen, haben in Europa und in den Vereinigten Staaten an Bedeutung gewonnen (Schaub 2003, Mueser, Corrigan, Hilton et al. 2002). Im Vergleich zu früher, als Konzepte der Unheilbarkeit bei schizophrenen Störungen im Vordergrund standen, bildet dieses Modell die Grundlage für pharmakologische und psychotherapeutische Interventionen

bei schizophrenen und bipolaren Störungen und ihren Krankheitsverlauf. Es bezieht sich auf stabile Vulnerabilitätsfaktoren, persönliche und umgebungsbezogene protektive Faktoren wie Selbstwirksamkeit und familiäres Problemlösen sowie umgebungsbezogene Stressoren wie High Expressed Emotion (Hahlweg, Dürr, Müller 1995). Letztgenannter Faktor, geringe bis fehlende Krankheitseinsicht, Mangel an sozialer Unterstützung und fehlende Motivation für eine aktive Zusammenarbeit bei der Behandlung können häufig mit einem Rückfall einhergehen und es gilt daher diese zu verbessern (Schaub 2006). Die Struktur der Therapiegruppen und ihre Inhalte sollen so aufbereitet werden, dass die kognitiven Defizite

der Teilnehmer kompensiert werden können (Schaub, Neubauer, Mueser et al. 2013; Schaub 2010). An der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der LMU München werden seit 1995 kognitiv-psychoedukative Gruppen für Patienten mit schizophrenen, affektiven und substanzbezogenen Störungen angeboten sowie Angehörige in die Behandlung einbezogen (Schaub, Hippus, Möller, Falkai 2016).

Planung, Organisation und Gesprächsführung

Psychotherapeutische Methoden können kognitiv-verhaltenstherapeutisch, psychodynamisch, humanistisch oder systemisch ausgerichtet sein. Das klar strukturierte interaktive Vorgehen im

Hinblick auf Gruppenregeln und den Inhalt der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppe vermittelt aus unserer Sicht eine konstruktive Arbeitsatmosphäre und trägt dazu bei, Überforderungssituationen zu vermeiden (Schaub, Roth, Goldmann 2013). Die Gesprächsführung ist gesprächs- und verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Die Gruppen werden von 1-2 Psychologen geleitet und erstrecken sich über 10-12 Sitzungen mit 2 Sitzungen pro Woche über 60-90 Minuten. Die in der Gruppe erarbeiteten Inhalte werden didaktisch aufbereitet und durch Flipcharts und Handouts vermittelt.

Übersicht über Gruppenangebote für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im stationären Setting

Psychoedukation ist ein zentraler Baustein der Psychotherapie (Hahlweg, Dürr, Müller 1995). Die interaktive Wissensvermittlung über die Erkrankung und ihre pharmakologische und psychiatrische Behandlung schafft die Basis für die Entwicklung eines Störungsmodells, das dem Patienten die relevanten Behandlungsschritte verständlich macht und im Sinne eines „Shared decision making“ ihn zur Zusammenarbeit motiviert. Die kognitive Verhaltenstherapie will durch die kognitive Umstrukturierung mit Hilfe des sokratischen Dialogs „entkatastrophisieren“. Dysfunktionale Annahmen des Patienten sowie Grundüberzeugungen und Überlebensregeln werden hinterfragt und der Realitätsgehalt dieser Annahmen überprüft (Hautzinger 2005). Therapeutische Maßnahmen beziehen sich auf die Akutsymptomatik (z.B. Erlernen von Entspannungsstrategien, Einnahme angstreduzierender Medikation), die Stabilisierungsphase (z.B. Aufrechterhalten eines ausgewogenen Tagesablaufs aus angenehmen und die leistungsbezogenen Aktivitäten), Rezidivprophylaxe (z.B. Erkennen und adäquater Umgang mit Frühwarnzeichen wie Schlafstörungen) oder Umgang mit chronischen Symptomen (z.B. „Stimmenhören“). Die Behandlungsmethoden umfassen Psychoedukation, Symptommanagement, Aufbau positiver Aktivitäten, kognitive Verhaltenstherapie und Rückfallprävention.

Tabelle 1: Kognitiv-psychoedukative Gruppen in der Behandlung psychiatrischer Störungen (Schaub et al. 2016; Seite 83, siehe auch Anmerkung Textende)

INHALTE

- Psychoedukation: Vermittlung von Wissen über die Erkrankung und ihre Behandlung basierend auf dem Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell
- Symptommanagement, Aufbau positiver Aktivitäten
- Erkennen und Verändern dysfunktionaler Kognitionen über die Erkrankung und das Selbstwertgefühl
- Rückfallprävention

BEHANDLUNGSKONZEPTE

*Stationsspezifische Gruppen**

Behandlung in spezifischen Gruppen

- Bewältigungsorientierte Therapie bei schizophrenen Störungen (Schaub 2008)
- Kognitiv-psychoedukative Therapie bei bipolaren Störungen (Schaub, Bernhard, Gauck, 2004)
- Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen (Schaub, Roth, Goldmann, 2013)
- Kognitive-psychoedukative Therapie bei älteren Teilnehmern mit Depressionen (Schaub et al. 2013, Maercker/Forstmeier 2013)
- Metakognitives Training (Moritz, Veckenstedt, Randibar, Vitzthum et al. 2012)
- Gruppe zum Aufbau von adäquatem Essverhalten bei Patienten mit Anorexie Nervosa (Born, Meisenzahl, Schüle, Schaub 2015)

**wöchentliche Anzahl der Teilnehmer sollte nicht $n=18$ Personen überschreiten, da sonst ein zweiter Psychologe teilnehmen müsste*

VORGEHEN

Spezifische Behandlungsgruppen

- Gruppenleiter: 1 oder 2 Psychologen
- Gruppenmitglieder: 8 bis 13 Patienten
- Dauer: 12 Sitzungen, 2x die Woche für 75 bis 120 Minuten
- Manual, Information und Arbeitsblätter, Hausaufgaben, video-unterstützte Supervision
- Angehörigengruppen für schizophrene und affektive Störungen (Schaub et al. 2013, Schaub 2008, Schaub et al. 2004)
- Sprechstunde für Kinder von Angehörigen mit psychiatrischen Erkrankungen (Schaub und Frank, 2010)

Stationsspezifische Gruppen

- Die Gruppen beschäftigen sich mit Themen wie Depression, Schizophrenie und Substanzabhängigkeit auf störungsspezifischen Stationen.

Tabelle 1 (oben) gibt einen Überblick über die Gruppenangebote (Schaub, Hippus, Möller, Falkai 2016). Die Behandlungskonzepte beziehen sich auf sechs bis zehn Stationen für Patienten mit schizophrenen, affektiven Störungen oder psychische und Verhaltensauffälligkeiten. Zusätzlich werden auch Konzepte zum Aufbau sozialer Fertigkeiten (Hinsch und Pflingsten 2012) und

zur Bewältigung intensiver Emotionen bei Borderline-Störung (Linehan 2003), chronischer Depression (Schramm 2010, Mc Cullough 2006) oder zur Stressbewältigung (Kaluza 2011) angeboten.

Wirkfaktoren der Gruppe

Die Gruppentherapie hat in den letzten Jahrzehnten an Bedeutung

gewonnen (Fiedler 2005; Grawe, Donati, Bernauer, 1994, Yalom 2005, Marwitz 2016). Fiedler (2005) war einer der ersten, der der Gruppentherapie einen größeren Stellenwert einräumte. Grawe et al. (1994), die einen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz vertreten, untersuchten insbesondere die Wirkfaktoren bei verschiedenen therapeutischen Schulen. Diese beziehen sich auf Intentionsklärung und -realisierung sowie prozessuale Aktivierung und Ressourcenaktivierung.

Nach Grawe et al., ist die Qualität der therapeutischen Beziehung der zentrale Faktor für den Therapieerfolg. Die Eigenarten, Motive, Fähigkeiten und Interessen des Patienten werden als positive Ressourcen für das therapeutische Vorgehen aktiviert.

Die Probleme, die in der Therapie verändert werden sollen, werden durch das Aufsuchen von Situationen, in denen diese auftreten, unmittelbar erfahrbar oder durch therapeutische Techniken (z.B. intensives Erzählen, Imaginationsübungen, Rollenspiele) auf der Erlebnisebene aktualisiert. Im Rahmen der motivationalen Klärung gewinnt der Patient ein klareres Bewusstsein der Ursprünge, Hintergründe und aufrechterhaltenden Faktoren seines problematischen Erlebens und Verhaltens. Die Psychotherapie unterstützt den Patienten mit bewährten problemspezifischen Maßnahmen bei positiven Bewältigungserfahrungen, damit dieser im Umgang mit seinen Problemen gewinnen kann.

Therapeutische Faktoren beziehen sich auf das stationäre Setting, die Vermittlung von Hoffnung und von Informationen, die Erfahrung, dass Mitpatienten ähnliche Erfahrungen gemacht haben (Universalität), der Erfahrung, anderen in ihrer Krise geholfen zu haben (Altruismus), konfliktlösendes Aufarbeiten der Konflikte der Herkunftsfamilie, Entwicklung sozialer Umgangsformen sowie nachahmendes Verhalten, Katharsis, Beschäftigung mit existenziellen Themen (z.B. Einsamkeit),

Kohäsion und interpersonelles Lernen. Marwitz (2016) fokussiert die Durchführung zieloffener verhaltenstherapeutischer Gruppen in der Psychosomatik.

Indikation und Kontraindikationen für die Teilnahme an gruppentherapeutischen Angeboten

Als Voraussetzung für eine konstruktive Teilnahme ist es aus unserer Sicht

wesentlich, dass der Patient über ausreichende Deutschkenntnisse verfügt und in der Lage ist, sich mindestens 30 Minuten weitestgehend konzentrieren zu können. Deutlich beeinträchtigte Patienten laden wir u.U. ein,

auf dem „Ruhestuhl“ Platz zu nehmen. Diese Maßnahme impliziert, dass wir die Anwesenheit des Patienten sehr wertschätzen, ihn aber aufgrund seiner derzeitigen Beeinträchtigung nicht aktiv in den Gruppenprozess einbeziehen. Wenn er selber aktiv werden möchte, kann er sich gerne einbringen. Kontraindikationen beziehen sich auf massive Denkstörungen (z.B. wahnhaftes Einengung), Gedächtnis- oder Aufmerksamkeitsprobleme.

Umgang mit schwierigen Situationen

Zu Beginn der Gruppentherapie werden die Inhalte der Sitzungen vorgestellt und zusammen mit den Teilnehmern Gruppenregeln etabliert. Diese umfassen „Pünktlichkeit und Regelmäßigkeit der Teilnahme, ggfs. rechtzeitig abmelden; Schweigepflicht; das Recht zu sprechen und zu schweigen; gegenseitiges Vertrauen und Rücksichtnahme, z.B. andere ausreden lassen; vorsichtig mit Kritik umgehen; Kritik an der Sache und nicht an der Person; es ist erlaubt, Schwierigkeiten zu haben und Fehler zu machen; Motto „aus Fehlern kann man lernen; Störungen haben Vorrang (Schaub et al. 2013, S. 83).

Diese Regeln sind das Grundkorsett der Gruppe: Wenn Patienten aufgrund ihrer Symptomatik Schwierigkeiten haben sich an diese Regeln zu halten, werden sie immer wieder auf

diese Regeln (sie hängen zumeist im Gruppenraum) aufmerksam gemacht. Die Gruppen werden so geleitet, dass sie sich an der Leistungsfähigkeit des „schwächsten“ Patienten orientieren. Veranschaulichungen, Arbeiten am Flipchart und Zusammenfassungen erleichtern es dem Patienten bei der Sache zu bleiben. Aus unserer Sicht sind zu stark emotionale Gruppen (z.B. Familienaufstellung) für Patienten mit Psychosen weniger geeignet, da eine zu hohe emotionale Belastung wieder ein Rezidiv auslösen kann. Im Hinblick auf Entspannungsverfahren haben wir gute Erfahrungen mit der Progressiven Muskelentspannung gemacht. Das Autogene Training überfordert einige Patienten und kann psychosenahe Erlebnisse triggern.

Zusammenfassung

Psychoedukation in Gruppen über schizophrene, bipolare und depressive Störungen sowie die Vermittlung von Selbsthilfestrategien sind nun international als Behandlungsstandard akzeptiert. Ansätze zur Krankheitsbewältigung beziehen sich auf kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen wie die Vermittlung von Bewältigungsstrategien und von Hoffnung im Hinblick auf herausfordernde Erlebnisse und Zielsetzungen. Die Unterstützung der Behandlungsdhärenz und der Einbezug der Angehörigen sind wesentlich, um das soziale Netzwerk zu stärken und die Rückfallraten zu reduzieren. Diese Therapieansätze bilden die Basis für gemeinsame Entscheidungs- und Behandlungsprozesse in der stationären Behandlung.

Anmerkung

Zu Tabelle 1: The table of the paper originally published in *Schizophrenia Bulletin* vol. 42 suppl. No. 1 pp. S. 81–89, 2016 doi:10.1093/schbul/sbw057. Published by Oxford University Press on behalf of the Maryland Psychiatric Research Center. Supplement article: Psychoeducational and Cognitive Behavioural Treatment Programs; Implementation and Evaluation From 1995 to 2015 in Kraepelin's Former Hospital. Schaub Annette, Hippus Hans, Möller Hans-Jürgen, and Falkai Peter.

Literatur

Ausführliche Literaturangaben zu diesem Beitrag finden sich im Internet unter www.kerbe.info