

Strategisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (SBT-J)

Evaluation einer Kombination von Einzeltherapie, Gruppen- und Elterntaining

Annette J. Richter-Benedikt, Serge K. D. Sulz, Marion Reindl, Eva Vietz

Centrum für Integrative Psychotherapie München

Zusammenfassung

Die SBT-J ist ein integrativ-behavioraler Therapieansatz, der es dem Jugendlichen ermöglichen soll, funktionaler mit sich selbst und seiner Umwelt umzugehen, so dass adoleszenzspezifische Entwicklungsaufgaben angegangen werden können und letztlich Persönlichkeitsentwicklung möglich wird. Der Elternarbeit sowie der Kombination aus Einzel-Gruppen-Setting räumt die SBT-J einen zentralen Stellenwert ein. In einer Pilotstudie wurde die Wirksamkeit der SBT-J bei jugendlichen Patienten mit multiplen Diagnosen unter klinisch repräsentativen Bedingungen überprüft. Zu diesem Zweck wurde eine Behandlungsgruppe (n=14) mit einer Wartegruppe (n=16) in einer Reihe von Variablen zu zwei Messzeitpunkten (vor und nach Therapie bzw. Wartezeit) verglichen. Es zeigte sich in den erhobenen Symptommaßen sowohl im Selbst- als auch im Fremdurteil eine hohe Wirksamkeit der SBT-J in der untersuchten Patientenstichprobe mit großen Effektgrößen von 1.05 und 1.66.

Einleitung

Das Konzept der Strategisch-Behavioralen Therapie für Jugendliche (SBT-J) leitet sich aus der entwicklungsinhärenten Dynamik des Lebensabschnitts „Jugend“ ab. In Anlehnung an das Konstrukt der „Entwicklungsaufgabe“ wird das Jugendalter als eine einschneidende Episode für die Persönlichkeitsentwicklung verstanden, wobei dem Individuationsprozess eine besondere Bedeutung beigemessen wird. Die SBT-J (Richter, 2006; Richter-Benedikt, 2009) richtet sich an Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren, wobei keine Störungsspezifität vorliegt. Den theoretischen Hintergrund für die SBT-J bilden die affektiv-kognitive Entwicklungstheorie nach Sulz (2001) und deren therapeutische Implikationen.

Zentrale therapeutische Ziele der SBT-J sind dabei:

- Symptomreduktion
- Steigerung der Reflexionsfähigkeit in Hinblick auf personinterne bzw. interaktive Prozesse
- Aufbau einer funktionaleren Emotionswahrnehmung und -regulation sowie Beziehungsgestaltung
- Grundsätzliche Förderung einer funktionalen Bewältigung des Entwicklungsabschnittes „Adoleszenz“ auf Seiten der Eltern und der Jugendlichen

Therapieablauf

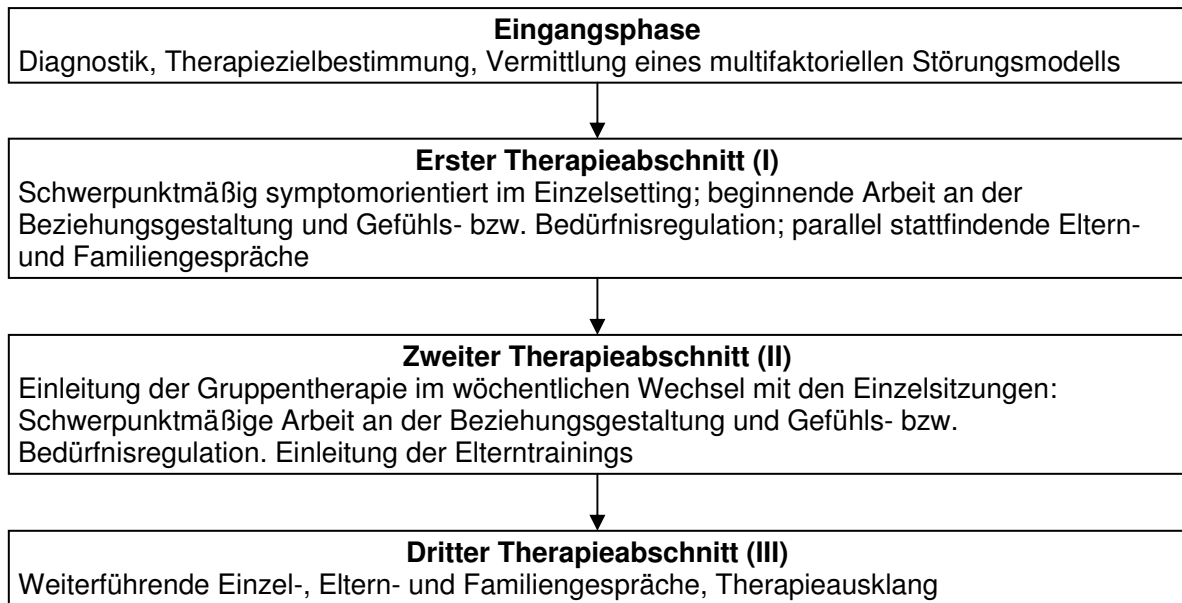


Abbildung 1: Therapieablauf der SBT-J

Fragestellung

Ziel der Pilotstudie war die Wirksamkeitsevaluation der SBT-J im ambulanten Setting unter klinisch repräsentativen Bedingungen.

Methode

Studiendesign

Es wurde eine unbehandelte Kontrollgruppe (n=16) mit einer Therapiegruppe (n=14) zu zwei Messzeitpunkten

- t_1 = vor der Wartezeit bzw. Therapie und
- t_2 = nach der Wartezeit bzw. am Ende der Therapie

untersucht. Diagnostik und Behandlung wurden, mit Ausnahme der Fremdeinschätzung durch unabhängige Kinder- und Jugendlichenpsychiater, am Centrum für Integrative Psychotherapie durch eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin durchgeführt.

Patienten

- Ad-hoc Stichprobe
- Nach Alter gematchte Zuteilung der Patienten zu den Studienbedingungen

Tabelle 1: Stichprobenbeschreibung

	Therapiegruppe (n=14)	Wartegruppe (n=16)
Weiblich n (%)	5 (35.7)	9 (56.3)
Alter M (SD) R	14.6 (1.6) 12-18	14.3 (1.4) 12-16
Familienstand Eltern n (%)		
getrennt, geschieden, allein lebend	1 (7.1)	6 (37.5)
zusammen lebend, verheiratet	11 (78.6)	9 (56.3)
getrennt, in neuer Partnerschaft	2 (14.3)	1 (6.3)
Hauptdiagnose n (%)		
F4	9 (64.3)	7 (43.8)
F9	4 (28.6)	8 (50.0)
Sonstige	1 (7.1)	1 (6.3)

Evaluationsparameter

- Selbstbeurteilung: Brief Symptom Inventory (Franke, 2000): Erhebung der allgemeinen psychischen Belastung [Global Severity Index (GSI)] zu t_1 und t_2
- Fremdbeurteilung: Einschätzung der Veränderung des Funktionsniveaus der Patienten von t_1 zu t_2 durch 9 unabhängige Psychiater auf einer 11-stufigen Skala von -5 („extreme Verschlechterung“) bis 5 („extreme Verbesserung“)

Datenanalyse

Unterschiede zwischen den Gruppen wurden in demografischen und klinischen Merkmalen (ANOVA, Chi²-Test bzw. exakter Test nach Fisher) überprüft. In die Kovarianzanalysen ging das Ausmaß der psychischen Belastung (GSI) zu t_1 als Kovariate ein. Neben der Gruppenzugehörigkeit wurde die Variable Familienstand als weitere unabhängige Variable in die Kovarianzanalysen aufgenommen. Als Effektgröße wurde Hedges g berechnet (Bühner, 2009). Nach Cohen (1988) entspricht ein g von 0.2 einem kleinen, ein g von 0.5 einem mittleren und ein g von 0.8 einem großen Effekt.

Die Patienten wurden zu t_2 nach dem Prinzip der statistischen und klinischen Signifikanz (Jacobson & Truax, 1991) in Gruppen eingeteilt, wobei ein zweiseitiges Signifikanzniveau von 5% für statistisch signifikante Veränderung und als Kriteriumswert für eine klinisch relevante Verbesserung ein GSI-Wert kleiner als 0.62 verwendet wurden. Dies entspricht dem Grenzwert (Franke, 2000) für auffällige psychische Belastung.

Folgende Gruppen wurden unterschieden:

- Norm: GSI zu t_1 und t_2 innerhalb Normbereich (GSI < 0.62)
- Verschlechtert: statistisch signifikante Verschlechterung
- Unverändert: keine statistisch signifikante Veränderung
- Verbessert: statistisch signifikante Verbesserung
- Klinisch bedeutsam verbessert: statistisch signifikante und klinisch relevante Verbesserung (GSI zu t_2 < 0.62)

Ergebnisse

In den Kovarianzanalysen zeigte sich ein signifikanter Einfluss der Gruppenbedingung auf das Ausmaß psychischer Belastung (GSI) ($F(1,23)= 8.71, p<0.01$) sowie auf die Fremdbeurteilung der Veränderung des Funktionsniveaus ($F(1,23)= 21.77, p<0.001$) zu t_2 . Es ergaben sich große Effektstärken mit $g=1.05$ und $g=1.66$.

Das Ausmaß der psychischen Belastung zu t_1 hatte ebenfalls einen signifikanten Einfluss ($F(1,23)=10.42, p<0.01$) auf die psychische Belastung (GSI) zu t_2 . Es ergab sich eine große Effektstärke ($g=1.15$).

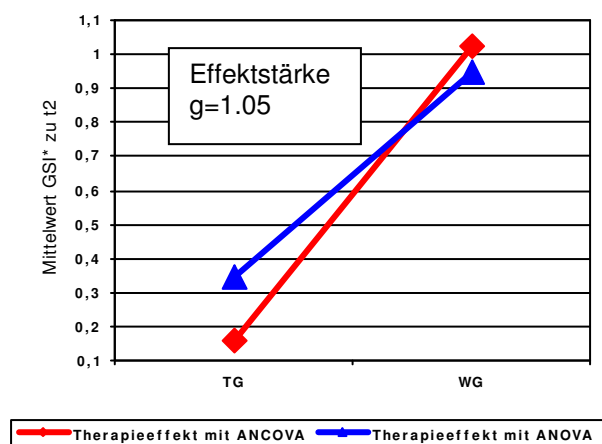


Abbildung 2: Mittelwert des GSI zu t_2 mit und ohne Kontrolle der Kovariate Ausmaß der psychischen Belastung zu t_1

*es handelt sich um adjustierte Mittelwerte

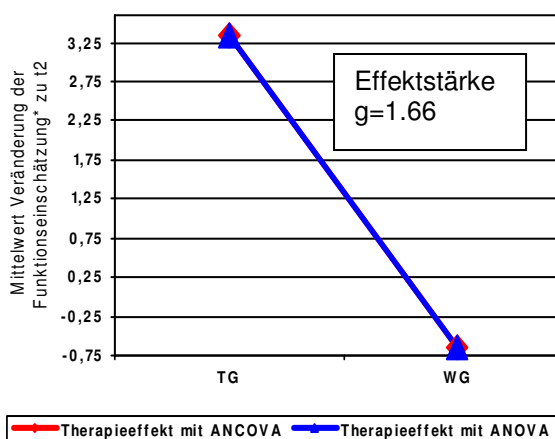


Abbildung 3: Mittelwert der Veränderung der Funktionseinschätzung zu t_2 mit und ohne Kontrolle der Kovariate Ausmaß der psychischen Belastung zu t_1

*es handelt sich um adjustierte Mittelwerte

Statistisch signifikante und klinisch relevante Veränderung

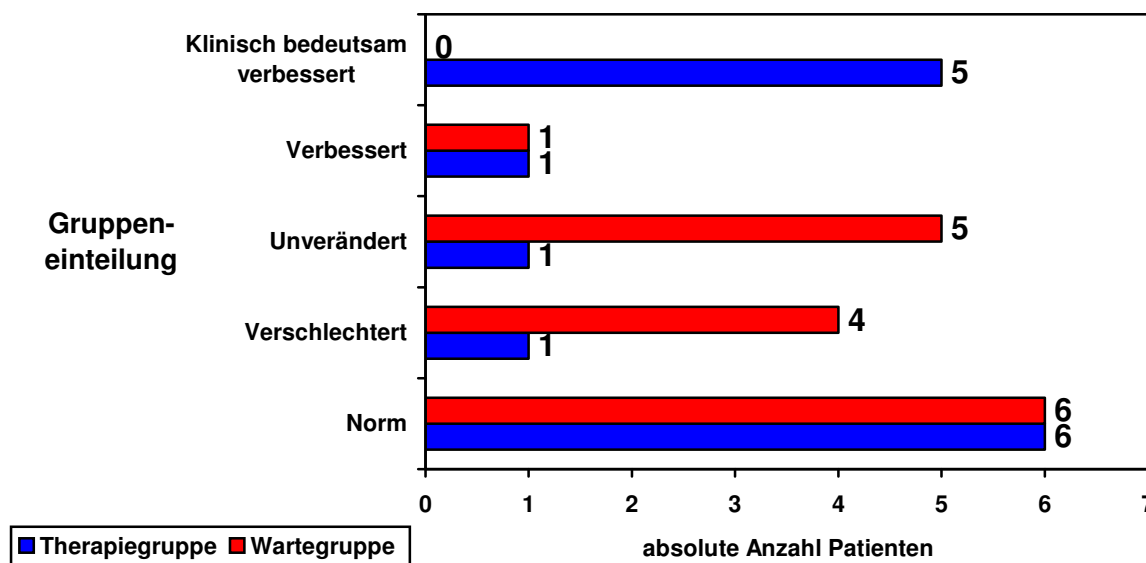


Abbildung 4: Einteilung der Patienten nach Veränderung des Ausmaßes psychischer Belastung (GSI) von t_1 zu t_2

Diskussion

- Hohe Wirksamkeit der SBT-J in der klinischen Praxis bei einer Vielzahl an Störungsbildern im Vergleich zu einer Wartegruppe (große Effektstärken von $g=1.05$ und $g=1.66$)
- Hohe Bedeutsamkeit der Arbeit an Emotionsregulation und Beziehungsgestaltung zusätzlich zur Symptomtherapie bei einer Kombination aus Einzel- und Gruppensetting bzw. intensiver Elternarbeit
- Replikation der Evaluation unter kontrollierten Bedingungen und größerer Stichprobe aussichtsreich

Literatur

- Bühner, M. & Ziegler, M. (2009). *Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. München: Pearson Studium.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Science*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Association.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis. Deutsche Version. Testmappe*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Richter, J.A. (2006). Strategic Therapy for Adolescents. *European Psychotherapy*, 6, 159-187.
- Richter-Benedikt, J.A. (2009). Strategische Jugendlichentherapie. In S.K.D. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie*. München: CIP- Medien.
- Sulz, S. (2001). *Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie*. München: CIP Medien.