

Iris Liwowsky, Roland Mergl, Frank Padberg

SBT-Depressionstherapie in und mit der Gruppe Konzeption und Evaluation im stationär-psychiatrischen Setting

SBT-therapy of depression in and with a group

Conceptual design and evaluation with psychiatric inpatients

Die Depressionstherapie in psychiatrischen Kliniken orientiert sich meist an psychoedukativen oder klassischen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Erweiterungen der therapeutischen Konzepte, wie sie in der dritten Welle der Verhaltenstherapie beschrieben sind, werden oft nicht ausreichend berücksichtigt. In diesem Beitrag wird die Konzeption der strategisch behavioralen Depressionstherapie, ein Ansatz, der Elemente wie Achtsamkeit und Akzeptanz, Entwicklung, Motivation und Emotion beinhaltet, als manualisierte Gruppenintervention vorgestellt. Die Umsetzung berücksichtigt die Besonderheiten des stationär-psychiatrischen Settings, wie multimorbide, schwer depressive Patienten sowie einen engen Zeitrahmen, und nutzt zugleich die Gruppe als Erfahrungsraum und zusätzlichen Wirkfaktor. Das strategische Depressionsmodell stellt die Vermeidung intensiver Emotionen ins Zentrum der Depressionsentstehung. Ziel der Therapie ist es, die Patienten an ihre Emotionen heranzuführen, sie zur Emotionsregulation zu befähigen und die Interaktion und Beziehungsgestaltung der Patienten zu verbessern.

Nach der Darstellung der Inhalte werden exemplarisch einige Ergebnisse aus der Pilot-evaluation des Manuals vorgestellt.

Schlüsselwörter

Depression – SBT – Emotionsexposition – Gruppentherapie

Depression therapy in psychiatric medical centers is mostly based on psychoeducation or classic cognitive-behavioral-therapeutic approaches. Enlargements of the behavioral concept as described in the so-called "third wave" of behavior therapy are rarely taken into account.

This article presents the conception of strategic behavioral group therapy (SBT) for depression, a therapeutic concept which, among other things, includes awareness, acceptance, developmental aspects, motivational and emotional aspects.

The manual respects the peculiarities of inpatient treatment in psychiatric settings, i.e. multi-morbidity, severely depressed patients, limited treatment time; at the same time it uses the group context as a realm of possibility and additional impact factor. The strategic depression model emphasizes avoidance of intense emotions as essential in the development of depression. The aim of this approach is to teach patients about their

emotions, enable them to control them and improve both their interpersonal skills and the way they relate to other people.

Finally, some results of the pilot evaluation are reported after having presented the content of the SBT depression group manual.

Keywords

depression – SBT – exposition to emotion – group therapy

Einführung

Der hier beschriebene Ansatz der strategisch-behavioralen Therapie (SBT) (Sulz, 1994, 1998; Sulz & Hauke, 2009) zählt zu den „Dritte Welle“-Therapien. Er schlägt eine Brücke zwischen Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie und berücksichtigt entwicklungspsychologische Aspekte, motivationale Aspekte, intrapsychische Prozesse sowie äußere Verstärkungsbedingungen. Weiterhin werden Strategien der Achtsamkeit und Akzeptanz vermittelt, zentrale Emotionen und Bedürfnislagen fokussiert und eine Orientierung hin zu zentralen Werten gefördert. Die SBT ist also eine kognitive Verhaltenstherapie, die alle neueren Entwicklungen in sich vereint.

Dieser Artikel legt seinen Schwerpunkt, nach einer kurzen Einführung in die strategisch-behaviorale Therapie der Depression, auf die Umsetzung als Gruppentherapie mit Depressionspatienten. Ergänzend werden exemplarisch einige Ergebnisse aus der Evaluation der vorgestellten Gruppentherapie referiert und diskutiert.

Die Depression ist eine Erkrankung, die mit enormen Beeinträchtigungen der Lebensqualität einhergeht. In der sogenannten Global Burden of Disease-Studie der Weltgesundheitsorganisation rangierten depressive Erkrankungen hinsichtlich Mortalität und Funktionseinschränkungen unter den am schwersten wiegenden Krankheiten (Murray & Lopez, 1997; Lopez, Mathers & Ezzati, 2006). Zugleich ist sie eine sehr häufige Erkrankung. Wittchen und Jacobi (2006) ermittelten in Deutschland eine 12-Monatsprävalenz von 6,9%. Das angenäherte Lebenszeitrisiko, an einer Depression zu erkranken, schätzen die genannten Autoren auf ca. 14%. Für Deutschland bedeutet dies fünf bis sechs Millionen Menschen, die aktuell an einer behandlungsbedürftigen Depression leiden. Weltweit sind ca. 121 Millionen Menschen an einer Major Depression erkrankt, wobei die Tendenz steigend ist (WHO, 2001; Gottlieb & Hammen, 2002). Die Psychotherapie leistet einen wichtigen Beitrag zur Behandlung dieser Erkrankung, was sich auch in der aktuellen Leitlinie (de Jong-Meyer, Hautzinger, Kühner & Schramm, 2007) zur Behandlung affektiver Störungen niederschlägt. Hier erhält die Verhaltenstherapie mit der Beurteilung „wirksam und spezifisch“, die beste Einstufung aller zur Verfügung stehenden Psychotherapieverfahren bei Depression. Zur Effektivität kognitiv-verhaltenstherapeutischer Gruppenprogramme im Bereich der Depression liegen Metaanalysen vor, die deren gute Wirksamkeit belegen (Kühner, 2003; Cuijpers, Muñoz, Clarke & Lewinsohn, 2009). Trotz dieser bestehenden guten Konzepte verbleibt immer ein Teil der Patienten ohne zufriedenstellendes Outcome. Dieser Tatsache Rechnung tragend, bleibt es weiterhin wichtig, neue Konzepte zur Behandlung depressiver Patienten zu entwickeln.

Das strategische Depressionsmodell und die therapeutische Umsetzung in der Gruppe

Für eine ausführliche Darstellung der theoretischen Fundierung der SBT, ihrer zentralen Konstrukte und der therapeutischen Vorgehensweise sei auf das Buch „Strategisch-Behaviorale Therapie“ (Sulz & Hauke, 2009) verwiesen, für eine ausführliche Darstellung der Konzeption und Evaluation der SBT-Depression als Gruppentherapie auf Liwowsky (2014). Für die Therapie depressiver Störungen postuliert der SBT-Ansatz einige Annahmen, die hier kurz expliziert werden sollen.

In der kognitiv-behavioralen Heuristik wird die Depression als Vermeidungsverhalten betrachtet. Klassische Modelle der Depression vernachlässigen oft die funktionale Bedeutung der depressiven Verstimmung. Sie betrachten die Depression z. B. als Reaktion auf ein Verlustereignis, als Reaktion auf negative Gedanken oder als Konsequenz der wiederholten Erfahrung von Hilflosigkeit. Aus Perspektive der SBT besitzen Stimmungen eine Funktion im Bereich der Emotionsregulation und der Handlungssteuerung. Stimmungen können verhindern, dass wir auf Personen oder Ereignisse mit einer bestimmten Gefühlsintensität reagieren. Bei depressiven Verstimmungen werden, je nach Schweregrad der Depression, bestimmte Gefühle wie Wut oder Trauer entweder nicht mehr gespürt, oder sie verlieren ihre Zielrichtung. Eine solche Vermeidung schützt die Person davor, unangenehme, gefürchtete Emotionen durchleben zu müssen, und wird durch den Wegfall antizipierter negativer Konsequenzen gleichzeitig verstärkt. In der Annahme, dass die Unterdrückung bestimmter Gefühle nicht isoliert vor sich geht, sondern sich eine Dysregulation im Bereich des Umgangs mit aggressiven Gefühlen auch auf andere Bereiche, wie etwa den Umgang mit Angst auswirkt, berücksichtigt die Therapiestrategie der SBT-Depression eine Hinwendung zu den vier großen Gefühlskategorien Freude, Angst, Ärger und Trauer. Dabei erwerben die Patienten Strategien kognitiver Selbststeuerung und Fertigkeiten für eine kompetente Interaktions- und Beziehungsgestaltung.

Aufbau der Gruppentherapie

Das Manual wurde für die Therapie stationär-psychiatrischer Patienten entwickelt. Im stationären Kontext ist davon auszugehen, Patienten mit mindestens mittelgradigen, oft aber auch schweren Depressionen vorzufinden. Das Manual versucht, die Inhalte sehr klar und einfach zu präsentieren. Wenige zentrale Konzepte, die sich im Verlauf der Therapie immer wiederholen, bilden dafür eine gute Basis. Die zweite zu berücksichtigende Grundbedingung ist die ausschließliche Arbeit in der Gruppe. Anders als im ambulanten Setting, in dem häufig zur Erhebung der Biographie, zur Vertiefung komplexer Inhalte oder zur Operationalisierung und Beobachtung persönlicher Ziele zusätzlich zur Gruppe auch Einzeltermine stattfinden, galt es, in der Konzeption der SBT-Depressionsgruppe alle wichtigen Therapieelemente in die Gruppenarbeit zu integrieren.

Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Verweildauer psychiatrischer Patienten auf Station wurde die SBT-Depressionsgruppe für zwölf Doppelstunden konzipiert. Sie erstreckt sich bei zwei Einheiten pro Woche über einen Zeitraum von sechs Wochen. Die Gruppen wurden mit maximal acht Teilnehmern durchgeführt und von jeweils zwei Therapeuten angeleitet.

Die Inhalte werden stets erfahrungsnah dargeboten und durch Visualisierung am Flipchart unterstützt. Ein wesentlicher Vorteil der Gruppe besteht in der Möglichkeit, von Teilnehmern beschriebene Situationen darstellen zu lassen und neues, erwünschtes Verhalten im Rollenspiel zu üben. So kommen die Teilnehmer vom Denken ins Erleben und machen nachhaltige Erfahrungen. Zusätzlich erhalten die Teilnehmer zu jeder Einheit ein Handout, das die wesentlichen Inhalte nochmals zusammenfasst und Übungsaufgaben enthält. Die untenstehende Graphik visualisiert den inhaltlichen Aufbau der Gruppe. Wie die Tabelle zeigt, werden in der ersten Hälfte der Zeit alle grundlegenden Konzepte der SBT-Depressionstherapie den Patienten vermittelt, um in der zweiten Hälfte intensiv mit Situationsanalysen und deren Bezug zur Überlebensregel zu arbeiten.

Abbildung 1: Inhaltlicher Aufbau der SBT-Depressionsgruppe

1. Woche		Woche 2		Woche 3		Woche 4		Woche 5		Woche 6	
Ankommen	Beziehung	Freude	Freude	Freude	Angst	Angst	Angst	Trauer	Wut	Wut	Abschied
Beziehung	Störungsmodell	Autonome Psyche Gefühle	Überlebensregel	Lebensregel	Situationsanalyse						
<p>Achtsamkeit</p> <p>_____</p> <p>Aktivitäten</p> <p>_____</p> <p>Überlebensregel</p> <p>_____</p> <p>Situationsanalysen</p> <p>_____</p>											

Zu Beginn jeder Stunde wird eine Achtsamkeitsübung durchgeführt. Zudem erhalten die Teilnehmer zu jeder Stunde kleine Übungsaufgaben, deren Umsetzung am Anfang der darauffolgenden Einheit besprochen wird. Um die Patienten zur aktiven Mitarbeit und zur Umsetzung der dargebotenen Inhalte zwischen den Sitzungen zu motivieren, wurde ein Arbeitsblatt entwickelt, in dem die Patienten ihre durchgeführten Übungen protokollieren.

Inhalte der Gruppenstunden

Erste Einheit

Je besser die Patienten in der Gruppe ankommen, sich wohl- und angenommen fühlen und miteinander in Kontakt treten, desto besser kann der Gruppenprozess gelingen. Um diesen theoretischen Erkenntnissen Rechnung zu tragen, baut sich die erste Gruppenstunde folgendermaßen auf: Begrüßung der Teilnehmer und Einladung zu einer imaginativen Ankommübung. Vorstellung der Gruppenleiter, Klärung des äußeren Rahmens, Überblick über die erste Einheit und gemeinsames Herausarbeiten von Gruppenregeln

als Basis für ein gutes Miteinander. Danach gehen die Patienten in Paaren zusammen und sollen sich jeweils fünf Minuten pro Person anhand vorgegebener Kriterien einander vorstellen. Nach der Übung stellen die Gesprächspartner sich wechselseitig in der Gruppe vor. Die Gruppe darf nachfragen, sich interessieren. Aus den Hobbys und den Geschichten versuchen die Gruppenleiter bereits, auf die Ressourcen, die Stärken der Patienten zu schließen und diese zu verbalisieren, zu wiederholen, zu unterstreichen. Um einer ausschließlichen Problemfokussierung entgegenzusteuern, ist der letzte Punkt bei der Vorstellung der Person immer die Frage, welches Tier eine Person gerne wäre. Dies führt die Patienten in positive Vorstellungen etwa von Freiheit („Ich möchte ein Adler sein“), Kraft und Eleganz („Ich möchte ein Tiger sein“) oder totaler Versorgung („Ich möchte ein Hund sein“). Im nächsten Schritt werden die Symptome einer Depression erhoben und auf dem Flipchart notiert. Dieser Teil kann bei dem Teilnehmer leicht eine sehr negative Stimmung induzieren. Es ist daher wichtig, die Sammlung nicht zu lange andauern zu lassen und währenddessen viel zu strukturieren und zu erklären. Zum Abschluss der Stunde wird eine kleine Übung durchgeführt, bei der alle Anspannung aus dem Körper ausgeschüttelt wird, um die Patienten nicht in gedrückter Stimmung wegzuschicken. Als Aufgabe in Vorbereitung der nächsten Einheit sollen die Teilnehmer überlegen, mit welchem Ereignis ihre Depression vielleicht zu tun haben könnte.

Zweite Einheit

Der wesentliche Inhalt dieser Stunde ist die Erarbeitung eines Störungsmodells. Die Beispiele der Patienten aus der Hausaufgabe helfen meist bereits, um einen Zusammenhang zwischen Depression und Emotion herzustellen. Als theoretischer Input wird der Unterschied zwischen Gefühl und Stimmung beschrieben. Gefühl als ein Zustand, der sich auf ein Ereignis oder einen Menschen bezieht, intensiv und in der Regel von kurzer Dauer ist. Stimmung dagegen verliert diesen Bezug zum Ereignis bzw. zur Person, ist diffus und lang andauernd. In der Depression werden Gefühle dysreguliert, so haben depressive Menschen weniger Gefühle, oder sie nehmen negative Gefühle vermehrt wahr. Über die eigenen Gefühle nachzudenken ist für viele Patienten neu und ungewohnt. Meist wird das Konzept, auch durch die anschaulichen Graphiken dazu, von den Patienten aber gut aufgenommen und als plausibel erlebt. Um die bereits im Störungsmodell angestoßenen metakognitiven Prozesse weiter zu verstärken, schließt sich dieser Stunde eine kurze Psychoedukation über Gefühle an. Wozu sind Gefühle eigentlich gut? Was geschieht, wenn ich sie vermeide? Durch Rollenspiele zu verschiedenen Gefühlen und zur Unterdrückung dieser Gefühle sollen die Patienten spüren, welche Auswirkung z. B. unterdrückter Ärger auf die Fähigkeit zur Freude hat. Zum Ende der Stunde werden die vier Therapiestrategien der SBT Freude-Exposition, Angst-Exposition, Trauer-Exposition und Wut-Exposition an das Flipchart geschrieben. Bis zur nächsten Stunde sollen die Teilnehmer das Handout lesen und ihren eigenen Umgang mit Emotionen beobachten. Jeder Teilnehmer soll drei Gedanken, die er sich zum Thema Gefühle gemacht hat, notieren.

Dritte Einheit

Am Anfang der dritten Einheit steht eine Reise zum inneren Kind. Ziel dieser Stunde ist es, das Konstrukt der autonomen Psyche genauer zu betrachten und den Begriff der Überlebensregel einzuführen. Die Arbeit an der Überlebensregel ist das zentrale Element in der SBT-Depressionsgruppe. Es ist daher sehr wichtig darauf zu achten, dass

die Teilnehmer verstehen, wie ihre Gefühle entstehen. Die Hausaufgabe, sich Gedanken zum Thema Gefühle zu machen, und die Reise zum inneren Kind lassen die Patienten eine reflexive Perspektive einnehmen. Die Erfahrungen aus der Imagination werden in der Gruppe gesammelt. Wie war dieses Kind? Woran hat es Freude gehabt? Was hätte es gebraucht? Die Teilnehmer sind durch diese Übung meist sehr berührt. Es gelingt ihnen, aus der Distanz heraus eine wertschätzende Haltung sich selbst gegenüber einzunehmen. Die Patienten beginnen Verständnis für ihre inneren Regeln zu entwickeln. Sie lernen zu verstehen, dass inneres Erleben etwas mit Erfahrungen zu tun hat. Die autonome Psyche arbeitet ganz ohne unser bewusstes Zutun nach diesen Regeln. Zentrale Regeln nennen wir Überlebensregeln. Diese schützen und lenken uns, werden aber nicht mehr hinterfragt. Als Bild kann man den Patientinnen beispielsweise ein Navigationssystem, das mit altem Kartenmaterial arbeitet, anbieten. In dieser Stunde wird die Syntax der Überlebensregel präsentiert, damit die Patienten mit der Formulierung etwas vertraut werden.

Im zweiten Teil der Stunde beginnt die Arbeit an der Freude-Exposition. Aktivierung ist ein wichtiger Faktor in der Depressionsbehandlung. Die SBT-Depression versucht deshalb sehr früh damit zu beginnen und die Aktivitätenplanung, die sich hinter den verschiedenen Möglichkeiten der Freudeexposition verbirgt, über die gesamte Dauer der Therapie fortlaufen zu lassen. Es hat sich in den Gruppen bewährt, mit dem Genussstraining den Einstieg in die Freude-Exposition zu beginnen. Gerade depressive Patienten haben oft jeglichen Genuss im Leben verloren. Der leichteste Schritt einer positiven Aktivität kann der Genuss eines Sinneserlebnisses sein. Man braucht dazu keine großen Mittel, keine anderen Menschen und auch nicht viel Kraft. Das Genussstraining wird aktiv durchgeführt, besprochen, und danach werden Genussregeln erarbeitet. Die Sammlung genussvoller Momente führt zu einer sehr angenehmen Stimmung in der Gruppe. Die Patienten spüren, dass sie sich an gute Dinge erinnern können, diese für einen Moment wiedererleben und damit Einfluss auf ihr Befinden nehmen.

Vierte Einheit

In der vierten Doppelstunde sind die Patienten bereits etwas mit der SBT-Sichtweise der Depression und der Funktion der menschlichen Psyche vertraut. Sie haben sich mit Emotion beschäftigt und eine Idee erhalten, inwiefern Emotion und Depression etwas miteinander zu tun haben. Sie kennen die Vorstellung von einem selbstregulatorischen psychischen Apparat und vom Einfluss früherer Lebenserfahrungen auf verhaltenslenkende Regeln.

Auch diese Stunde beginnt mit einer Reise zum inneren Kind. Als Hauptziel dieser Stunde wird die individuelle Überlebensregel erarbeitet. Dazu werden die Teilnehmer in einer Imagination angeleitet, sich eine belastende Situation vorzustellen. Die Situation soll mit allen dazugehörigen Gefühlen, Gedanken und Körpersensationen wiedererlebt werden. Nach dieser Imaginationsübung wird die Gruppe in zweimal vier Patienten aufgeteilt, die jeweils zusammen mit einem Therapeuten die einzelnen Überlebensregeln erarbeiten. Als Hilfsmittel hat jede Gruppe die Kategorien der zentralen Ängste, zentralen Bedürfnisse, zentralen Wut und eine Liste mit Persönlichkeitseigenschaften vorliegen. Die Überlebensregel wird innerhalb der Kleingruppe gemeinsam erarbeitet. Die aktive Diskussion der Überlebensregel in der Kleingruppe, die Wiederholung (es werden vier Überlebensregeln pro Gruppe durchgesprochen), das Lernen von den anderen und das

Mitdenken für die anderen, führt dazu, dass die Überlebensregeln für die Patienten Bedeutung erhalten.

Nach der kognitiv und emotional herausfordernden Erarbeitung der Überlebensregel folgt eine aktivierende Übung. Dies kann ein Klatschspiel sein, ein Ballspiel oder Ähnliches. Im zweiten Teil der Einheit wird die Arbeit an der Freude-Exposition weitergeführt. Dabei wird der Zusammenhang zwischen Aktivität und Stimmung betrachtet. Die Patienten sammeln in der Gruppe Dinge, die sie früher gerne getan haben. Bis zur nächsten Stunde sollen die Patienten zwei angenehme Aktivitäten durchführen und jeden Tag ihre Überlebensregel lesen.

Fünfte Einheit

Auseinandersetzung mit Regeln zur Aktivität. Was brauche ich, um erfolgreich aktiver werden zu können? Die Patienten werden zu Selbststeuerung angeleitet. Wie kann ich mich selbst motivieren, strukturieren und verstärken? Die Ideen und Erfahrungen der Teilnehmer werden am Flipchart gesammelt und wenn nötig von den Gruppenleitern ergänzt. Selbstverstärkung ist für depressive Patienten oft ein schwieriges Thema. Es werden deshalb sogenannte Erfolgsverstärker und Erfolgsverderber identifiziert. Zu den bereits besprochenen Aktivitäten Genuss und angenehme Tätigkeiten werden weitere wichtige Bereiche wie soziale Aktivitäten, sich selbst verwöhnen, Sport und Bewegung in dieser Stunde erarbeitet.

Abgerundet wird der erste Teil der Stunde durch einen kurzen Vortrag der Gruppenleiter zum Thema Achtsamkeit. Achtsamkeit wurde in der Praxis bereits in jeder Gruppeneinheit geübt. In dieser Stunde sollen die theoretischen Hintergründe zur Achtsamkeit erörtert und die Zusammenhänge zur Therapie erklärt werden.

Der zweite Teil der fünften Einheit greift das Thema der Überlebensregel wieder auf und führt diese weiter. Hat einer der Patienten zufällig beobachtet, an welchen Stellen in seinem Alltag diese wirksam ist? Haben die Patienten Bereiche entdeckt, in denen die Überlebensregel sie hindert? Bevor die Teilnehmer eine neue Lebensregel etablieren, ist es essentiell, sie darauf aufmerksam zu machen, wie schwierig es sein kann, alte Regeln zu modifizieren. Dazu wird in der Stunde eine Imagination zur Reflexion der Gefühle durchgeführt, die bei der Vorstellung, gegen die Überlebensregel zu handeln, beim Patienten entstehen. Es gibt Raum, um über diese Gefühle, Bedenken und Widerstände zu sprechen. Am Ende sollen die Patienten eine neue Lebensregel formulieren. In einem Vertrag legen die Patienten fest, welches Verhalten sie in welcher Situation zeigen möchten. Bis zur nächsten Therapiestunde führen die Patienten eine Aufgabe aus den Bereichen „Achtsamkeit im Alltag“, „Bewegung“, „Sichverwöhnen“ durch und setzen einen geplanten sozialen Kontakt um. Zusätzlich sollen sie die Lebensregel und den Vertrag lesen und das neue Verhalten in der Vorstellung üben.

Sechste Einheit

Wechsel vom Thema Freudeexposition hin zum Thema Angst-Exposition. Das Modul Angst-Exposition deckt sich stark mit den klassischen Themen der sozialen Kompetenz. Zur Einstimmung auf das Thema führt die Gruppe eine Übung zu Nähe und Distanz durch. In der Gruppe wird der Transfer von der Übung zu den alltäglichen Situationen hergestellt. Wie schaffen es die Patienten, sich in der Klinik oder zu Hause abzugrenzen? Welche Fähigkeit braucht man dazu? Die Patienten nennen Beispiele, in denen es ihnen

nicht gelang, sich abzugrenzen oder etwas zu fordern. Im nächsten Schritt wird die Methode der Situationsanalyse eingeführt. Jeder Teilnehmer analysiert im Laufe der Gruppe mindestens einmal eine Situation, die ihm Angst macht, in der er sich nicht abgrenzen konnte. Die wiederholte Durchführung der Situationsanalysen in der Gruppe, sensibilisiert die Patienten für die Auswirkungen von automatisierten kognitiv-emotional-behavioralen Schemata. Wichtiges Element der Reaktionskette ist der Bezug zur Überlebensregel. Am Ende der Situationsanalyse steht immer ein Rollenspiel mit neuem Verhalten. Um den Patienten eine positive Erfahrung zu ermöglichen, beginnen die Rollenspiele in der Gruppe zunächst sehr einfach und immer mit Unterstützung. Nach einer Weile, wenn die Patienten geübter sind, steigt das Schwierigkeitsniveau. Die Patienten sollen lernen, sich auf ihr Verhaltensziel zu konzentrieren, egal welche störenden Gedanken oder Gefühle in ihnen auftauchen. Dazu wird im Verlauf der Gruppe ein Rollenspieler eingeführt, der während der Patient sein Zielverhalten übt, diesen stört und ihm die alte Überlebensregel einflüstert. Als Hausübung werden die Teilnehmer gebeten, das neue Verhalten des Lebensvertrags zu üben. In dieser sechsten Einheit findet eine Veränderung der Arbeitsweise statt. Die ersten fünf Einheiten sind informativ und erfordern viel kognitive Leistung von den Patienten. Die Patienten können sich dadurch auch noch etwas zurücklehnen, Sicherheit gewinnen, sich akkommodieren. Ab der sechsten Einheit werden die Patienten stark gefordert, Dinge nicht nur zu verstehen, sondern zu erleben, auszuprobieren, sich einzulassen und die Gruppe aktiv mitzugestalten.

Siebte Einheit

Der Fokus liegt weiterhin auf Angsexposition. Als neuen Inhalt enthält diese Stunde Regeln für selbstsicheres Verhalten. Diese werden anhand einer Übung zum Neinsagen und Abgrenzen erarbeitet und am Flipchart festgehalten. Nach dieser Übung ist die Gruppe aktiviert und sensibilisiert für die Wirkung, die ihr eigenes Verhalten auf andere haben kann. So vorbereitet, beginnt die Arbeit an den Reaktionsketten der Patienten. Wichtig ist dabei, den Patienten bevor er in das Rollenspiel geht, spüren zu lassen, wo und wie seine alte Überlebensregel Einfluss nimmt und ihn hindert, weiterhin, wie die Vermeidung angstbesetzter Impulse sich auf seine Gefühle, seine Gedanken und sein körperliches Erleben auswirkt. Es gilt, den Prozess der Patienten fürsorglich zu begleiten. Jede kleine Veränderung muss gesehen und validiert werden. Die Patienten betreten hier oft tatsächlich Neuland.

Achte Einheit

Im Übungsteil führen je drei Patienten ihre Situationsanalysen durch, so dass bei acht Patienten am Ende dieser Einheit jeder Patient eine Situationsanalyse unter Berücksichtigung der Auswirkung der Überlebensregel und ein Rollenspiel zu seinem neuen Verhalten durchgeführt haben sollte. Der theoretische Inhalt dieser Stunde besteht in der Erweiterung des Themas Selbstbehauptung und Selbstsicherheit, um den Aspekt der Selbständigkeit. Das Thema Selbständigkeit wird zunächst in einer Gruppendiskussion operationalisiert. Selbständigkeit im Sinne der SBT bedeutet zum Beispiel, Dinge allein zu unternehmen, einen eigenen Geschmack zu haben, eine eigene Meinung zu vertreten, einen eigenen Freundeskreis zu haben, allein sein zu können, sich trauen, mittelmäßig zu sein, zu wissen, dass man auch ohne das Wichtigste im Leben weitermachen kann. Die Patienten werden befragt, wie es ihnen in diesen unterschiedlichen Bereichen geht. Was

fällt leicht, was ist schwer? Daran schließt sich ein Rollenspiel an, in dem eine Person ihre Meinung gegen drei andere Personen vertritt. Jeder Patient wählt einen Bereich aus dem Selbständigkeitstraining und führt bis zur nächsten Stunde ein Experiment damit durch.

Neunte Einheit

In dieser Stunde findet ein Wechsel von Angst-Exposition zur Trauer-Exposition statt. Anfänglich sollte der Themenbereich Trauer analog zu der Vorgehensweise in Bezug auf Angst oder Wut im Expositionsmodus durchgeführt, die Patienten in ihre schmerzhafteste Trauer hineingeführt werden. Diese Vorgehensweise erwies sich als Überforderung. Bereits bei den Beispielen zu Traueranlässen traten sehr schwierige biographische Erlebnisse zutage. Patienten berichteten vom Suizid des Partners oder vom eigenen Suizidversuch, vom Tod des Kindes. Außerdem fehlten den depressiven Patienten Strategien, um mit diesem Anfluten von negativen Gefühlen umzugehen. Es kam zu negativen Ansteckungseffekten zwischen den Patienten, so dass ein konstruktives Arbeiten kaum mehr möglich war. Aus diesen Gründen wurde für die SBT-Depressionsgruppe für die Trauerarbeit der Modus gewechselt, weg von der Exposition hin zur Edukation. Was ist Trauer? Wie drückt diese sich aus? Was braucht ein trauernder Mensch? Im Verlauf der Einheit werden Trauerphasen besprochen. Die Botschaft dabei soll sein: Trauer ist eine natürliche Reaktion. Sie geht mit verschiedenen Gefühlen und Verhaltensweisen einher. Diese Gefühle sind hilfreich und wichtig. Die Einheit wird mit einer Imaginationsübung „Ein Schiff legt ab und fährt zu neuen Ufern“ abgeschlossen.

Zehnte Einheit

Die zehnte Einheit geht vom Modul Trauer zum Modul Wut-Exposition. Zur Einstimmung werden Gefühle pantomimisch dargestellt. Es folgen Überlegungen zu Situationen, in denen Wut oder Ärger entsteht. Wozu brauchen wir Wut? Wobei hilft uns die Wut? Wo im Körper spürt man die Wut? Was will der Körper tun bei Wut? So erkennt die Gruppe nach und nach: Wut hilft mir zu erkennen, wenn meine Bedürfnisse frustriert werden, mir etwas weggenommen wird oder jemand meine Grenzen verletzt. Wut hilft mir in solchen Situationen, aktiv zu werden, mich zu äußern. Die Art und Weise, wie der Patient sein Anliegen vorbringt, entscheidet wesentlich darüber, ob er gehört wird. Deshalb wird in dieser Einheit über Kommunikation gesprochen. Rollenspiel „Mein Gesprächspartner hört nicht zu“. In der Nachbesprechung des Rollenspiels generiert die Gruppe in der Regel die Erkenntnis, Kommunikation besteht aus Sender und Empfänger. Die Gruppe wird geteilt. Ein Teil überlegt, wie gutes Zuhören geht, der zweite Teil, wie gutes Sprechen aussehen muss. Diese Regeln werden zusammengetragen und am Flipchart notiert.

Zur Emotionsexposition wird eine wütend machende Situation imaginiert. Die Patienten gehen ganz zu ihrem Ärger, lassen ihn anwachsen, größer werden. Sie spüren ihre Wut und lassen alle Gedanken, Körpergefühle und Phantasien, die dabei entstehen, zu. Patienten, die sich Wut oft nicht erlauben, lernen dabei, ihre Wut wahrzunehmen und zuzulassen. Gleichzeitig gewinnen sie Sicherheit darin, ihre angewachsene Wut kontrollieren zu können. Zwischen Gefühl und Handlung steht eine aktive Entscheidung. Wut bricht nicht von alleine heraus und richtet Schaden an, wenn die Patienten dies nicht zulassen. Weiterhin üben sie in dieser Einheit unter Berücksichtigung der Kommunikationsregeln, in Rollenspielen ihre Wut auszusprechen.

Elfte Einheit

Das Thema ist weiterhin Wut-Exposition. Zu den Kommunikationsstrategien werden Verhandlungsstrategien hinzugenommen. Der Schwerpunkt ist die aktive Arbeit der Patienten in Rollenspielen zu ärgerlichen Situationen, die sie in der Hausaufgabe gesammelt haben. Aufgabe der Gruppenleiter ist es, immer wieder die Überlebensregel der Patienten in den Fokus zu bringen und Bezüge dazu aufzuzeigen. Ergänzend wird eine Imaginationsübung zum Thema „Wie ich meine Wut wegmache“ durchgeführt. Welche Gedanken lassen die Wut kleiner werden? Welches Verhalten entfernt mich von der Wut? Wie schaffe ich es, wieder zu meiner Wut zurückzukehren? Der Fokus der Übungen liegt auf dem Spüren der Wut und dem vertieften Üben der Kommunikations- und Verhandlungsfertigkeiten. Die Rollenspiele sind kürzer, so dass jeder Patient drankommt. Die Aufgabe bis zum nächsten Termin besteht darin, weiterhin mit der neuen Lebensregel zu arbeiten und zu beobachten, ob im Verlauf der letzten sechs Wochen irgendeine Veränderung im Bezug auf diese eingetreten ist.

Zwölfte Einheit

In der zwölften und letzten Einheit werden zunächst Frühwarnsymptome der Depression erhoben und anschließend ein Krisenplan erarbeitet. Der zweite Teil der Einheit widmet sich einer Zusammenschau der Inhalte. Die Patienten sollen berichten, was ihnen im Gedächtnis geblieben ist, welche Themen besprochen wurden. Die Gruppenleiter stellen die elementaren Annahmen nochmals heraus. Depression entsteht durch Vermeidung von Emotion. Unsere autonome Psyche arbeitet auf der Basis von Überlebensregeln, die sie durch frühe Erfahrungen gebildet hat. Diese gilt es zu reflektieren und zu modifizieren. Zentral sind dabei regelmäßige Verstöße gegen die alten Regeln, damit neue Erfahrungen gemacht werden können. Dies geschieht, indem sich der Patient wieder alle Gefühle erlaubt und aktiv für sich selbst sorgt. Die Patienten überlegen, worauf sie in ihrer Lebensführung in Zukunft achten wollen, um gesund zu bleiben, und schreiben dies nieder. Schlussendlich folgen der Abschied und die Validierung der Leistung der Gruppe und jedes Einzelnen.

Einige zentrale Ergebnisse der Evaluation

Studienbeschreibung

Die SBT-Gruppentherapie wurde an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München evaluiert. Da die SBT-Depressionsgruppe Bestandteil der Regelversorgung der Patienten war, wurde sie nicht als Monotherapie, sondern als Kombinationstherapie angeboten. Alle Patienten erhielten im Rahmen ihres stationären Aufenthalts auch Medikamente und adjuvante Therapien, wie etwa Musiktherapie, Kunsttherapie oder Bewegungstherapie. Im Stationsalltag fanden regelmäßige Visiten und Einzelgespräche mit Ärzten statt. Der Versorgungsauftrag stand im Vordergrund, so dass weder eine Vorauswahl der Patienten noch ein Wartegruppen-Kontrolldesign möglich waren. Einschlusskriterium war das Vorliegen einer depressiven Episode. Es bestanden keine speziellen Ausschlusskriterien, außer jenen, die für alle Psychotherapiegruppen der Klinik galten; fluide Psychose, Demenz und akute Suizidalität. Ziele der Untersuchung waren die Entwicklung eines Manuals zur Umsetzung der SBT-Depressionstherapie im stationären Setting und die Prüfung von Feasibility (Umsetzbarkeit) und Effectiveness (potentielle Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen) dieser Therapie.

Stichprobe

Im Zeitraum von 12 Monaten nahmen 64 Patienten an den SBT-Depressionsgruppen teil. Fünf Patienten weigerten sich Fragebögen zu bearbeiten. Die restlichen 59 Patienten zeigten sich bereit, zumindest die Hauptfragebögen zur depressiven Symptomatik, zur Lebensqualität und zum SBT-Feedback zu bearbeiten. Im Verlauf der Gruppentherapie brachen 7 Patienten die Behandlung ab. Zur Dreimonatskatamnese ist anzumerken, dass der Rücklauf der Fragebögen sehr schlecht war. Entsprechende Daten liegen nur für vier Patienten vor. Wegen der fehlenden Aussagekraft wurde darauf verzichtet, statistische Tests mit diesen Daten durchzuführen. 41 (69,5 %) der Teilnehmer waren weiblich und 18 (30,5 %) männlich waren. Die Probanden waren zwischen 22 und 69 Jahre alt, wobei das Durchschnittsalter 46,39 Jahre ($SD=11,005$) betrug. Was den Bildungsstand der Stichprobe betraf, so hatten vier Testpersonen (6,8 %) die Volksschule besucht, 23 Probanden (39,0 %) verfügten über einen Hauptschulabschluss, jeweils 15 (25,4 %) besaßen mittlere Reife bzw. Abitur, und zwei Personen (3,4 %) hatten ein Studium an Universität oder Hochschule absolviert

Zum Familienstand der Studienteilnehmer kann gesagt werden, dass der größte Teil der Probanden (29 Personen bzw. 49,2 %) zum Erhebungszeitpunkt verheiratet war; 21 Teilnehmer (35,6 %) waren ledig, sechs (10,2 %) lebten getrennt, und drei (5,1 %) waren verwitwet.

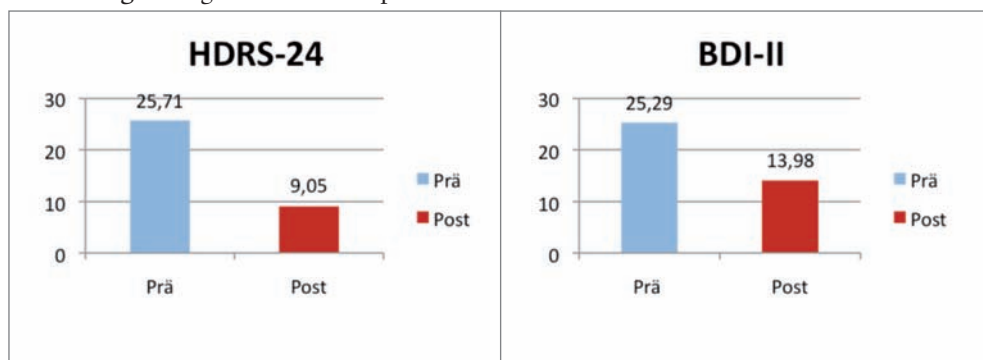
Untersuchungsinstrumente

In der Untersuchung kamen sowohl Interviewverfahren als auch Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen zum Einsatz. Der Prä-Untersuchungstermin lag in der Woche vor Beginn der Gruppe. Die Post-Termine schlossen sich unmittelbar an den Abschluss der Gruppe an. Einige Instrumente wurden lediglich zur Eingangsdiagnostik eingesetzt. Andere wurden zur Evaluation im Verlauf der Behandlung wiederholt. Der SBT-Feedbackfragebogen wurde den Teilnehmern einmal am Ende der SBT-Depressionsgruppe ausgehändigt. Es wäre zu umfangreich, alle Ergebnisse der Studie an dieser Stelle auszuführen. Im Folgenden werden daher nur die Ergebnisse der Depressionsfragebögen BDI-II (Hautzinger, Keller & Kühner (2009) und HDRS-24 (Hamilton, 1960) sowie des VDS-32 (Sulz, 1992) und des SBT-Feedbackfragebogens dargestellt.

Ergebnisse Depressivität

In der Fremdbeurteilung durch die HDRS-24 wiesen die Patienten vor Beginn der Gruppentherapie einen Mittelwert von 25,71 (Spannweite von 10 bis 54; $SD = 9,88$) auf. Nach Beendigung der SBT-Gruppe sank dieser Mittelwert auf 9,05 (Spannweite von 0 bis 27; $SD = 6,91$). Damit lag der Mittelwert der Stichprobe bei einem angenommenen Cutoff von 10 nach Gruppenende in dem Bereich, der als nicht depressiv eingestuft wird. Vergleicht man die Mittelwerte der Prä- und der Post-Messung mit Hilfe eines T-Tests für abhängige Stichproben bei einem a priori Bonferroni-korrigierten Signifikanzniveau von $\alpha = 2,5$, so ergibt sich bei zweiseitiger Testung eine signifikante Verbesserung ($p=0,01$). Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Ergebnissen des BDI-II: Der Mittelwert dieses Fragebogens sank von 25,29 (Spannweite von 13 bis 42; $SD=9,19$) bei T0, auf einen mittleren Wert von 13,98 (Spannweite von 0 bis 37; $SD=8,98$) bei T1. Auch diese Veränderung ist statistisch signifikant ($p=0,01$). Untenstehende Tabellen verdeutlichen die referierten Ergebnisse.

Abbildung 2: Ergebnisse zur Depressivität



Ergebnisse zum VDS-32

Kernstrategie der SBT-Gruppentherapie ist die Heranführung der Patienten an gefürchtete und vermiedene Emotionen, die Erweiterung des emotionalen Spektrums und die Förderung emotionaler Kompetenz. Die Veränderungen im VDS-32 sind daher besonders bedeutsam. Der Fragebogen gliedert sich in verschiedene Bereiche. Zunächst werden die Emotionen Freude, Trauer, Angst und Wut betrachtet und von 0 (habe ich kaum oder nie) bis 2 (habe ich oft) bewertet. Für den Bereich Freude zeigten die Teilnehmer nach Beendigung der SBT-Depressionsgruppe signifikant höhere Werte in den Items Freude, Lust, Zufriedenheit, Stolz, Begeisterung und Gelassenheit. Im Bereich Trauer ergaben sich signifikante Verbesserungen für die Items Traurigkeit und Verzweiflung. Für den Bereich der Angst ergab die Auswertung des Fragebogens folgendes: Die Patienten erlebten sich nach der SBT-Gruppentherapie signifikant weniger ängstlich-angespannt, weniger verlegen, weniger selbstunsicher und weniger unterlegen. Zusätzlich berichteten sie über signifikant weniger Scham und Schuldgefühle. Im Bereich der Wut wurde der Mittelwertunterschied zwischen Gruppenanfang und Gruppenende nur das Item Ungeduld statistisch signifikant reduziert.

Weiterhin erfasst der VDS-32 die Haltung zu den verschiedenen Emotionen. Er bietet die Antwortkategorien akzeptiere ich (0), lehne ich ab (1), halte ich kaum aus (2) und traue ich mich nicht (3). Die Ergebnisse zeigen hier sehr deutlich eine Veränderung hin zu mehr Akzeptanz von Gefühlen. Betrachtet man die Unterschiede auf statistische Signifikanz, so zeigen sich folgende Ergebnisse. Die Patienten konnten am Ende der Therapie die Gefühle Stolz, Traurigkeit, Ärger, Widerwille, Neid und Eifersucht signifikant besser akzeptieren.

Der letzte Bereich der VDS-32 erfasst dysfunktionale Strategien des Umgangs mit Emotionen. Hier zeigte der durchgeführte Wilcoxon-Test am Ende der Gruppentherapie signifikante Veränderungen für die Items „Ich nehme kein Gefühl wahr“, „Ich nehme ein unpassendes Gefühl wahr“, „Ich reagiere körperlich“, „Ich bleibe am Gefühl hängen“, „Ich verstumme“ und „Ich werde bewegungslos“. Abbildung 3 und 4 visualisieren diese Ergebnisse.

Abbildungen 3: Veränderung des Gefühlsspektrums im Verlauf der Therapie

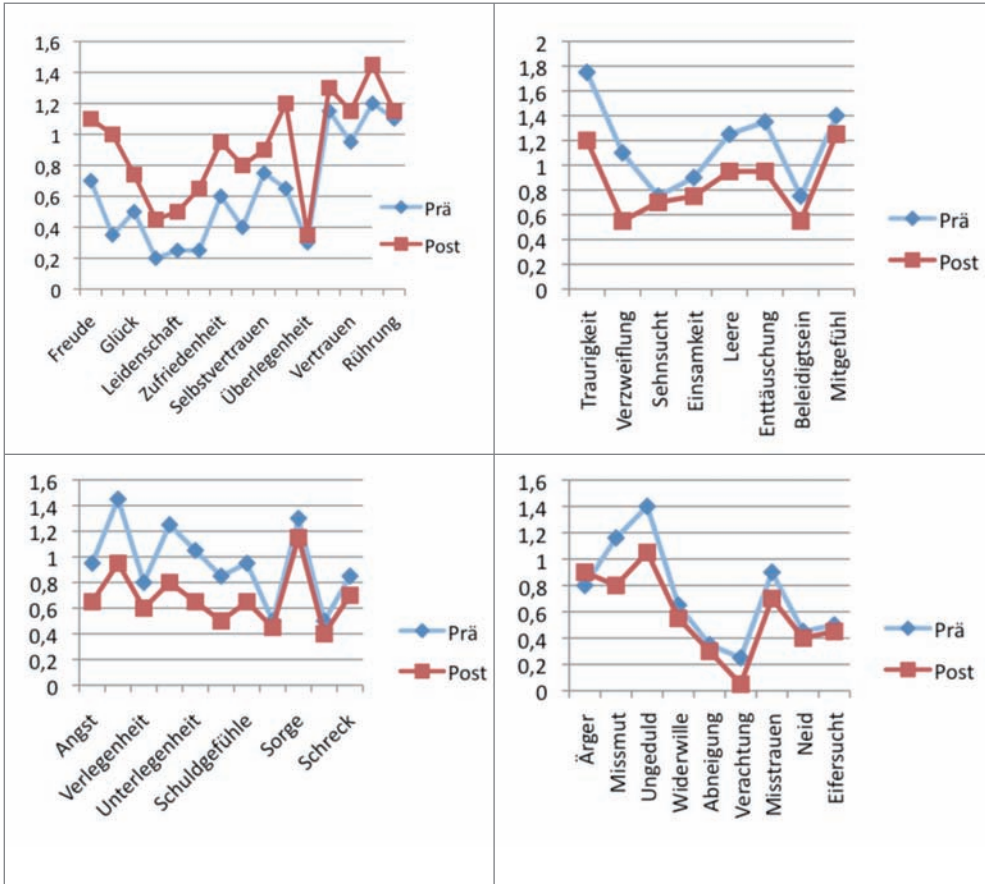
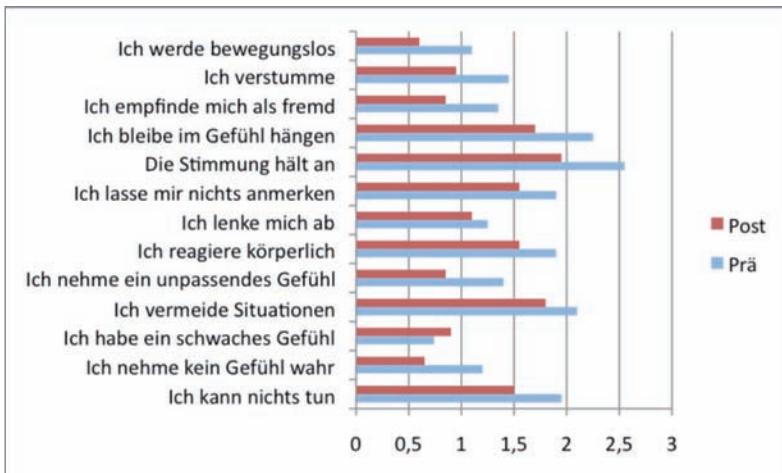


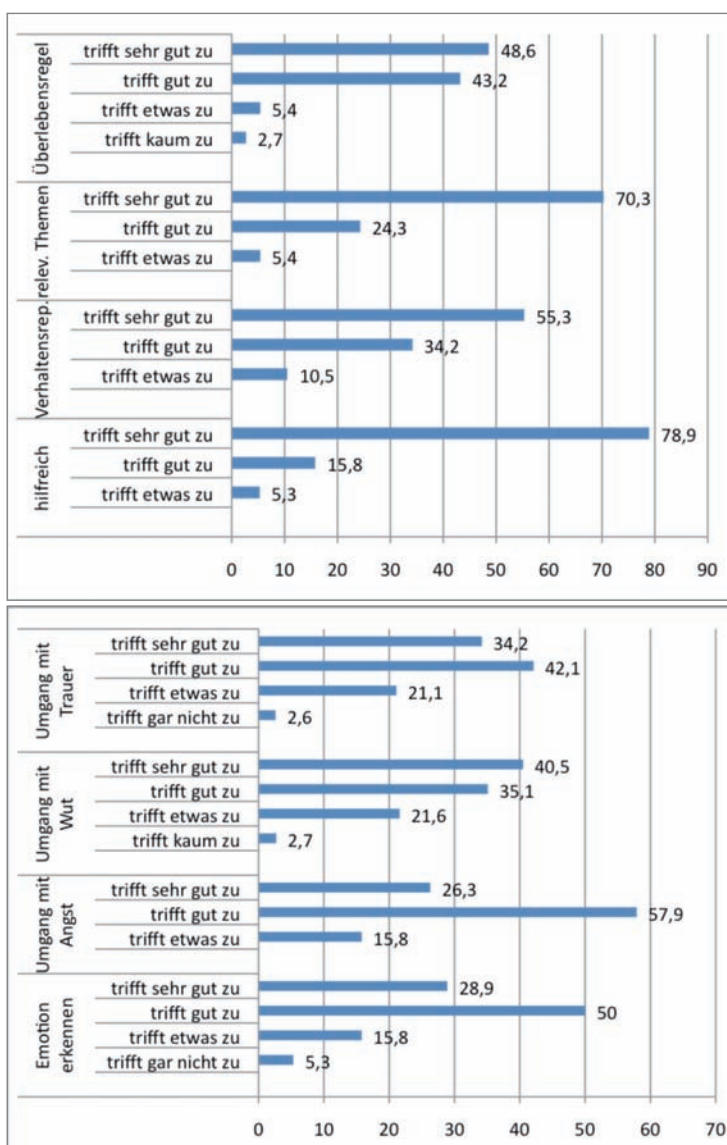
Abbildung 4: Umgang mit Emotion



Feedbackfragebogen

Um eine Rückmeldung zu den spezifischen Inhalten der SBT-Gruppentherapie zu erhalten, wurde ein einfacher Feedbackfragebogen konzipiert. Dieser umfasst 15 Fragen, die auf einer fünfstufigen Skala von 0 (trifft gar nicht zu) bis 4 (trifft sehr gut zu) eingeschätzt werden können. Der Evaluationsfragebogen erhebt einerseits den Lernerfolg der Patienten, fragt andererseits aber auch nach der Relevanz der Themen, der Kompetenz der Gruppenleiter, der eigenen Motivation und dem eigenen Einsatz. Einige Ergebnisse finden sich in Abbildung 5 und 6.

Abbildung 5 und 6: Ergebnisse Feedbackfragebogen



Die Ergebnisse zur Akzeptanz und Konzeption der SBT-Depressionsgruppe spiegelten durchweg eine gute Resonanz für diese Methode wider. 95 % der Teilnehmer bezeichneten die Gruppe als hilfreich bis sehr hilfreich und waren der Meinung, die Inhalte würden auch über die aktuelle Therapie hinaus für sie hilfreich sein. Die Teilnehmer haben sich zu 97,4 % in der Gruppe wohlfühlt. 90 % der Patienten waren der Meinung, dass sie ihr Verhaltensrepertoire erweitern und 79 % ihre Stimmung verbessern konnten. Die Patienten betrachteten sich zu mehr als 75 % als motiviert und gaben zu drei Vierteln an, die erlernten Strategien zu üben und im Alltag anzuwenden.

Auch die SBT-spezifischen Fragen zur Überlebensregel, zum Umgang mit Emotion und zu den einzelnen Emotionen wurden von den Teilnehmern der Gruppe durchweg positiv bewertet. Mehr als 90% erachteten die Arbeit mit der Überlebensregel als hilfreich bzw. sehr hilfreich. 80% der Teilnehmer hatten den Eindruck, Emotionen durch die SBT-Gruppentherapie besser erkennen zu können. Im Umgang mit Emotion gaben über 80 % der Teilnehmer an, durch die SBT-Gruppentherapie besser mit Angst und Wut umgehen zu können. Für den Bereich des Umgangs mit Trauer lagen die Ergebnisse immerhin noch über 70 %.

Resümee

Der Ansatz der strategisch-behavioralen Depressionstherapie, mit seinen wesentlichen Elementen der Emotionsexposition, dem Aufbau von Selbststeuerung und kompetenter Beziehungsgestaltung, lässt sich sehr gut in der Gruppe umsetzen. Das vorgestellte Manual wahrt einen Mittelweg zwischen notwendiger Informationsvermittlung (Psychoedukation) und erlebnisorientiertem Arbeiten (Problemaktualisierung und Bewältigung). Das Gruppensetting ermöglicht es den Patienten, Erfahrungen zu machen, die im Einzelsetting nicht möglich sind. Die Arbeit in der Gruppe ist für Patienten und Therapeuten belebend und bereichernd. Die Erarbeitung der Überlebensregel in der Gruppe, das Wissen der Mitpatienten um die Überlebensregel der anderen, die wiederholten Verhaltensanalysen unter Preisgabe biographischer Informationen und die zahlreichen Rollenspiele führten zu einer starken Kohärenz und konstruktiven Arbeitsatmosphäre in der Gruppe. Die Gruppe ermöglichte es den Patienten, eine validierende Haltung gegenüber der eigenen Biographie einzunehmen, neues Verhalten zu üben und ihre Ressourcen wieder zu spüren. Dies fand seinen Niederschlag in den Ergebnissen der Evaluation. Hier ergaben sich signifikante Verbesserungen der Depressivität, mehr Kompetenz im Umgang mit Emotion und ein positives Feedback der Gruppentherapie. Durch die Ansiedlung der Studie im stationären Setting sind konfundierende Effekte von Pharmakotherapie, Arztgesprächen und adjuvanten Therapien anzunehmen. Eine eindeutige Zuordnung der positiven Effekte auf die SBT-Therapie lässt sich daher nicht vollziehen. Um die positiven Erfahrungen dieser Pilotstudie mit wissenschaftlicher Evidenz zu untermauern, sind für die Zukunft Untersuchungen unter kontrollierten Bedingungen und mit angemessenem Katamnesezeitraum zu wünschen.

Literatur

- Cuijpers, P., Muñoz, R.F., Clarke, G. & Lewinsohn, P. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty years later. *Clinical Psychology Review*, 5, 449-458.
- de Jong-Meyer, R., Hautzinger, M., Kühner, C. & Schramm, E. (2007). Evidenzbasierte Leitlinien zur Psychotherapie Affektiver Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Gottlieb, I.H. & Hammen, C.L. (2002). *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hautzinger, M. (1995). Psychotherapie und Pharmakotherapie bei Depressionen. *Psychotherapeut*, 40, 373-380.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2009). BDI-II. Beck-Depressions-Inventar. 2., rev. Aufl. Frankfurt: Pearson Assessment:
- Kühner, C. (2003). Das Gruppenprogramm „Depression bewältigen“ und seine Varianten – eine aktualisierte Metanalyse. *Verhaltenstherapie*, 13, 254-262.
- Liwowsky, I. (2014). Strategisch-Behaviorale Gruppen-Therapie der Depression: Konzeption und Evaluation im stationär-psychiatrischen Setting. München: CIP-Medien.
- Lopez, A.D., Mathers, C.D. & Ezzati, M. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet*, 367(9524), 1747-1757.
- Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. (1997). Global mortality, disability and their contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* (349), 1435-1442.
- Sulz, S.K.D. (1992). Das Verhaltensdiagnostiksystem VDS – von der Anamnese zum Therapieplan. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (1994). Strategische Kurzzeittherapie – Wege zur effizienten Psychotherapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (1998). Strategische Kurzzeittherapie – Ein Weg zur Entwicklung des Selbst und der Beziehungen. In S. Sulz (Hrsg.), *Kurz-Psychotherapien*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Hauke, G. (Hrsg) (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes*. München: CIP-Medien.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2006). Epidemiologische Beiträge zur Klinischen Psychologie. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie*. Berlin: Springer.
- World Health Organization (WHO) (2001). *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.

Korrespondenzadresse

Dr. rer. med., Dr. phil., Dipl. Psych., Dipl. Soz.Päd. Iris Liwowsky
Leitende Psychologin | Zentrum für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie
& Palliativmedizin | Benedictus Krankenhaus GmbH & Co. KG
Bahnhofstraße 5 | 82327 Tutzing
Tel.: +49 8158-23710 | Fax.:+49 8158-23711 | i.liwowsky@krankenhaus-tutzing.de