

# **Struktur und Inhalte verhaltenstherapeutischer Basismethoden in der Rehabilitation**

**Manfred Zielke**

## **1 Rehabilitationsziele und Organisationsstruktur einer Klinik**

Hat eine Einrichtung der stationären Rehabilitation zum Ziel, Patienten zu Experten im Umgang mit ihrer Erkrankung zu machen, also ihnen Handlungskompetenzen zu vermitteln, die zu mehr Selbstsicherheit, Eigenverantwortung, Selbständigkeit und Unabhängigkeit beitragen, hat dies weitreichende Konsequenzen auf allen Ebenen der Organisationsstruktur einer Klinik (z.B. Organisation des therapeutischen Angebots, Entwicklung und Umsetzung individueller Therapiepläne, Ausmaß der den Mitarbeitern einer Klinik gewährten und von ihnen geforderten Verantwortung).

Ein Mitarbeiter, der subjektiv und objektiv "nichts zu sagen hat", überwiegend Anweisungen "von oben" ausführt, sich ständig in der Ausführung dieser Anweisungen kontrolliert fühlt (oder auch kontrolliert wird), dessen selbst verantworteter Aufgabenbereich also extrem begrenzt ist, wird kaum in der Lage sein, einem Patienten eigene Entscheidungsräume zuzugestehen, die dessen Eigenverantwortung und Selbständigkeit fördern. Er wird Patienten eher vorgeben, was wichtig und unwichtig ist, sie in der Durchführung der festgelegten Therapiemaßnahmen stärker kontrollieren und abweichendes Verhalten schneller mit negativen Sanktionen belegen. Wenn er also ein guter Mitarbeiter - im Sinne der ordnungsgemäßen Ausführung von hierarchisch bestimmten Anweisungen - ist, hat er eine eher kontraproduktive Wirkung, indem er Einstellungen und Verhaltensweisen fördert, die im Gegensatz zu den genannten handlungsleitenden Zielsetzungen einer Behandlung stehen.

Die Umsetzung einer solchen Handlungsmaxime ist im deutschen Krankenhauswesen jedoch mit einer Reihe erheblicher Problemstellungen verbunden. Hier sind die in der Regel hierarchisch geprägte Sozialisation der Ärzte und großer Bereiche des weiteren medizinischen Fachpersonals, der Verwaltungsfachleute und nicht zuletzt auch vieler Patienten zu nennen, die - besonders wenn sie häufig mit medizinischen Behandlungseinrichtungen zu tun hatten - hierarchische Therapiestrukturen erwarten, in denen ihnen vorgegeben wird, was sie zu ihrer Gesundheit zu tun und zu lassen haben.

In der Tat ist die Umsetzung von Führungsprinzipien, die Eigenverantwortung fördern sollen, eine ständige Gratwanderung zwischen Kontrolle einerseits und Förderung oder Ermöglichung von Selbständigkeit andererseits auf allen Ebenen einer Klinik. Patienten merken in der Regel sehr schnell, wenn sie es mit Personen zu tun haben, die sich unselbständig und eng weisungsgebunden verhalten (müssen) oder auf der untersten Hierarchieebene tätig sind. Hin und wieder bekommen sie Mitleid mit demjenigen Therapeuten und solidarisieren sich mit dessen Ohnmacht; häufig genug sind sie "ordentliche" Patienten, die tun, was man ihnen sagt, und sich selten gegen zu ausgeprägte Kontrollmaßnahmen wehren.

Für den **Behandler** in der medizinischen Rehabilitation besteht bei der Entwicklung des Behandlungsplans ein ständiges Spannungsverhältnis zwischen:

- Der Vorgabe von Maßnahmen oder Therapiebausteinen (vor dem Hintergrund seiner fachlich begründeten Indikationsstellung) und
- dem in der Regel schwierigen und langwierigen gemeinsamen Herausarbeiten und Konkretisieren von Behandlungszielen,
- dem Erkunden und Abwägen von Therapieschritten und
- der Auswahl von Therapiebausteinen bis zur
- endgültigen Festlegung der individuellen therapeutischen Modalitäten.

In zahlreichen Kliniken wird dieser schwierige Planungsprozeß "auf dem Verordnungsweg" gelöst. Patienten erhalten unmittelbar nach der Aufnahmeuntersuchung eine Liste mit den vom Arzt festgelegten Therapiemaßnahmen und einen entsprechenden Laufzettel, den sie ständig bei sich zu führen und dessen Veranstaltungsvorgaben sie während ihres Aufenthaltes abzuhaken haben. Dieser Vorgang ist verwaltungstechnisch und in Hinblick auf die maximale Ausschöpfung der Behandlungsmöglichkeiten einer Klinik völlig korrekt. Jede externe Prüfungskommission (z.B. der Kostenträger) würde hierzu konstatieren, daß ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis besteht, indem Patienten schnell in die für sie notwendigen Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen eingegliedert werden.

Fragt man Patienten jedoch, mit welcher persönlichen Zielsetzung sie eine bestimmte Maßnahme absolvieren, warum es für sie wichtig ist, dies zu tun, was sie sich langfristig davon versprechen oder welchen Lerneffekt sie sich erhoffen, trifft man in Kliniken mit solchen "Verordnungsstrukturen" häufig auf recht ratlose Patienten. Sie geben entweder an "weil es mir gut tut" oder verweisen darauf, daß ihr Arzt ihnen das verordnet hat.

Rehabilitation unter der Vorgabe "Patienten zu Experten im Umgang mit ihrer Erkrankung zu machen" erfordert vor allem:

- **Aufgeklärte Patienten**, die wissen, welche Maßnahmen aus welchem Grund für sie persönlich wichtig sind und denen klar ist, was sie damit erreichen möchten,
- **eigenständige Patienten**, die nach Beratung mit einem Fachmann selbst entscheiden, welche Rehabilitationsbausteine sie auswählen und
- **kritische Patienten**, die nicht alles hinnehmen, was andere für sie als wichtig erachten und Vorschläge zu Verbesserungen machen können, die zu Änderungen führen.

Die Entscheidungs- und Planungsstrukturen einer Klinik müssen jedoch, wenn sie dieser Zielvorgabe genügen wollen, Patienten solche Handlungs- und Entscheidungsspielräume möglich machen, im besten Fall erzwingen. Nach meiner Auffassung und Erfahrung sind dafür notwendig:

- Individuelle Aufklärung und Beratung. Ich halte es für einen großen Fehler, auf die Notwendigkeit gesundheitsbewußten Verhaltens in Großgruppenreferaten und Diskussionen hinzuweisen. Die Gründe für die Aufgabe oder Veränderung gesundheitsschädigender oder -gefährdender Einstellungen und Verhaltensweisen sind ganz persönlicher Natur, die nur in einer individuellen Arbeitssituation herausgearbeitet werden können.
- Individuelle Entscheidungen und Strategien. Nur wenn Patienten persönliche Entscheidungen treffen können, die bedeutsam für Veränderungen individueller Einstellungen und Verhaltensweisen sind, werden sie in der Lage sein, die Vorhaben aktiv anzugehen und eventuell auftretende Probleme zu bewältigen. Werden ihnen diese Entscheidungen abgenommen, verhalten sie sich eher passiv-duldig oder machen die Entscheidungsträger für die Probleme verantwortlich.

Beide Aspekte in der Planung und Umsetzung von Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen führen zu einer Veränderung im Rollenverständnis des Therapeuten. Er muß sich als jemanden sehen, der dem Patienten ermöglicht, eine persönliche Problem- und Zielanalyse durchzuführen und individuelle Entscheidungen über notwendige Schritte und Maßnahmen zu treffen. Damit entwickelt er sich:

- Zu einem fachbezogenen **Berater**, der dem Patienten die Behandlungsmöglichkeiten einer Klinik soweit transparent macht, daß der Patient auswählen kann und
- zu demjenigen, der seine Erfahrungen dem Patienten zur Verfügung stellt, damit dieser eigene machen kann.

Auf dieser Ebene beraten zwei Experten (der Patient als zukünftiger Experte seines eigenen Krankheits- und Gesundheitsverhaltens und der Therapeut als

Experte der spezifischen Möglichkeiten und Zielsetzungen einer Klinik) über den Rehabilitationsprozeß und entwickeln ein gemeinsames Handlungskonzept. Solche Rollenauffassungen führen natürlich dazu, daß Entscheidungen über konkrete Rehabilitationsschritte nicht so “schnell über die Bühne gehen”, wie man es sich von einer formal “effizienten” Planung gerne wünscht. Der **Therapeut** in der stationären Rehabilitation wird:

- Unsicherheiten aushalten müssen, wenn der Patient sich noch nicht entschieden hat,
- dem Entscheidungsdruck widerstehen müssen, der von außen an ihn herangetragen wird und
- damit zurechtkommen müssen, wenn der Patient eigene oder eigenwillige Entscheidungen trifft, die seinen Vorstellungen zuwiderlaufen.

**Patienten** müssen lernen, Verantwortung für den Rehabilitationsprozeß zu übernehmen - was vielen überhaupt nicht gefällt. Dies bedeutet im einzelnen, daß sie sich:

- Informationen über die Art ihrer Erkrankung und deren Entstehung beschaffen,
- Klarheit über individuelle Veränderungsziele und -schritte verschaffen,
- mehr für ihre Motivation tun müssen, den Rehabilitationsprozeß durchzuhalten und
- sich dabei stärker für ihre eigenen Gesundheitsinteressen engagieren müssen.

Dies sind Forderungen und Erwartungen, die für viele Patienten zunächst ungewohnt bis unangenehm sind, weil sie sich ihrer Verantwortung nicht mehr entziehen können. Praktisch bedeutet die Zielvorgabe des **Patienten als Experten**, daß die Entwicklung des Behandlungs- und Rehabilitationsplans als wesentliches Element der gesamten Rehabilitationsmaßnahme gesehen werden muß, dem auch zeitlich ein größeres Gewicht beizumessen ist. Darüber hinaus entwickelt sich diese Konzeption von standardisierten Behandlungsplänen weg zu individuell entwickelten Programmelementen, die selbst bei Patienten mit gleicher Hauptsymptomatik zu unterschiedlichen Behandlungspaketen mit verschiedenen zeitlichen Entscheidungsabläufen führen können.

## 2 Der Bezugstherapeut als Moderator von Lernerfahrungen

Da Patienten während der stationären Behandlung mit Therapeuten in unterschiedlichen Funktionen zu tun haben, die möglicherweise verschiedene therapeutische Ziele verfolgen, ist es notwendig, dem Patienten während des gesamten Aufenthaltes einen konstanten und fachlich versierten Ansprechpartner zur Verfügung zu stellen. Dieser ist für sämtliche Belange der Behandlung verantwortlich und soll die Vertrauensbasis schaffen, auf der die verschiedenen therapeutischen Methoden und Vorgehensweisen an den Patienten herangetragen, koordiniert und umgesetzt werden sollen.

Dazu bedarf es eines Koordinations- und Konsultationsmodells, das die fachspezifischen Kompetenzen und Zuständigkeiten der Berufsgruppen berücksichtigt und ausschöpft sowie deren Grenzen in Diagnostik und Therapie überwindet. Mit dem 1981 erstmals in der Psychosomatischen Klinik Bad Dürkheim praktizierten **Bezugstherapeutenmodell** wurde eine Lösung gefunden, das berufsgruppenbezogene Zuständigkeitsgerangel, insbesondere zwischen Ärzten und Psychologen, zu überwinden. Gleichzeitig konnte dem Bedürfnis von Patienten entsprochen werden, einen festen Ansprechpartner zu haben, zu dem eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden kann, auf deren Basis die vielfältigen therapeutischen Methoden ausgewählt und nutzbar gemacht werden können.

Der **Bezugstherapeut**, dessen Zuständigkeit für einen bestimmten Patienten in einer Verteilungskonferenz festgelegt wird, ist für alle Aspekte zuständig, die für diesen Patienten während der stationären Behandlung von Bedeutung sind. Er ist für den Patienten Hauptansprechpartner in allen Angelegenheiten. Kein anderer Behandler darf, außer in Notfällen, mit diesem Patienten Absprachen treffen oder Interventionen durchführen, ohne dies mit dem Bezugstherapeuten abgestimmt zu haben oder von ihm beauftragt zu sein. Sollte dies aus einer Akutsituation heraus erforderlich sein, ist der Bezugstherapeut als erster davon zu unterrichten. Werden andere Behandler durch Patienten in Anspruch genommen, sollen sie auf ihren Bezugstherapeuten verwiesen werden.

Als Bezugstherapeuten kommen Ärzte und Psychologen mit entsprechender therapeutischer Erfahrung in Betracht. Das Zuständigkeitsmodell bedeutet, daß sie nicht alles zur Problemanalyse und -lösung notwendige selbst können müssen - dies ist utopisch. Sie haben vielmehr die Aufgabe, die Problemstellung zu explorieren und zu prüfen, welche Fachkompetenzen innerhalb des Behandlungsteams oder der Klinik zur Klärung und Behandlung heranzuziehen sind. Falls sie über die spezifischen Kompetenzen nicht selbst verfügen, müssen sie sich um entsprechende Konsiliar- und Konsultationsaufträge bemühen, deren Durchführung sicherstellen, sich mit zuständigen Fachkollegen über die

weiteren Vorgehensweisen beraten und schließlich die vereinbarten Maßnahmen mit dem Patienten umsetzen.

In der praktischen Umsetzung führt dieses Bezugstherapeutenmodell nicht zu einer Abgrenzung der verschiedenen Fachdisziplinen innerhalb einer Klinik, sondern, entgegen mancher Befürchtungen, zu einem gegenseitigen intensiven Konsiliar- und Konsultationsverhalten (vgl. Abb. 1). Da der Bezugstherapeut für eine erfolgreiche und angemessene Problemerkennung und -lösung zuständig ist, wird er besonders bei Unsicherheiten um eine Klärung auf breiter fachlicher Basis bemüht sein und sich eher zu häufig als zu selten mit anderen abstimmen.

Neben der Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, der Erstellung einer Verhaltens- und Bedingungsanalyse und der Umsetzung darauf aufbauender eigener Interventionen kommt es für den stationären Bezugstherapeuten darauf an, sich dem Patienten als Moderator, Berater oder Koordinator zur Verfügung zu stellen. Als solcher hilft er dem Patienten, sich nach der Analyse der Veränderungsziele die verschiedenen Lernmöglichkeiten verfügbar zu machen. Nur wenn indizierte therapeutische Maßnahmen zum erforderlichen Zeitpunkt nicht verfügbar sind, wird der Bezugstherapeut diese Interventionen selbst durchführen. Für eine solche "Moderierung von Lernprozessen" muß sich der Bezugstherapeut in seiner Bedeutung für die Veränderungsprozesse des Patienten zurücknehmen beziehungsweise relativieren und seine Interventionen über andere Therapeuten planen und umsetzen. Dafür ist ein engmaschiger Dialog mit allen Fachdisziplinen in der Rehabilitationsklinik erforderlich.

Die dabei abzustimmenden Fachthemen beschränken sich nicht nur auf die Psychologie oder Medizin; sie sind sehr viel weiter zu fassen. Dies wird aus der Übersicht der Aufgabenstellungen, Konsiliaradressaten und Institutionen ersichtlich, die in Abbildung 1 dargestellt sind. Den primären Planungskreis in der stationären Verhaltenstherapie bilden der (Bezugs-)Therapeut, Co-Therapeut und der Patient. Nach der körperlichen Aufnahmeuntersuchung durch den Teamarzt führen Bezugstherapeut, Co-Therapeut und Patient in Einzelgesprächen die Verhaltens- und Bedingungsanalyse durch. Aus diesen Gesprächen resultieren die:

- Konkretisierung der Behandlungsziele,
- Ableitung von Veränderungs- und Behandlungsschritten,
- Planung und Festlegung von Maßnahmen (einzel- und gruppentherapeutisch),
- Anmeldung des Patienten bei den ausgewählten Standardgruppen, themenzentrierten Gruppen und Gruppenmaßnahmen der Funktionsbereiche.

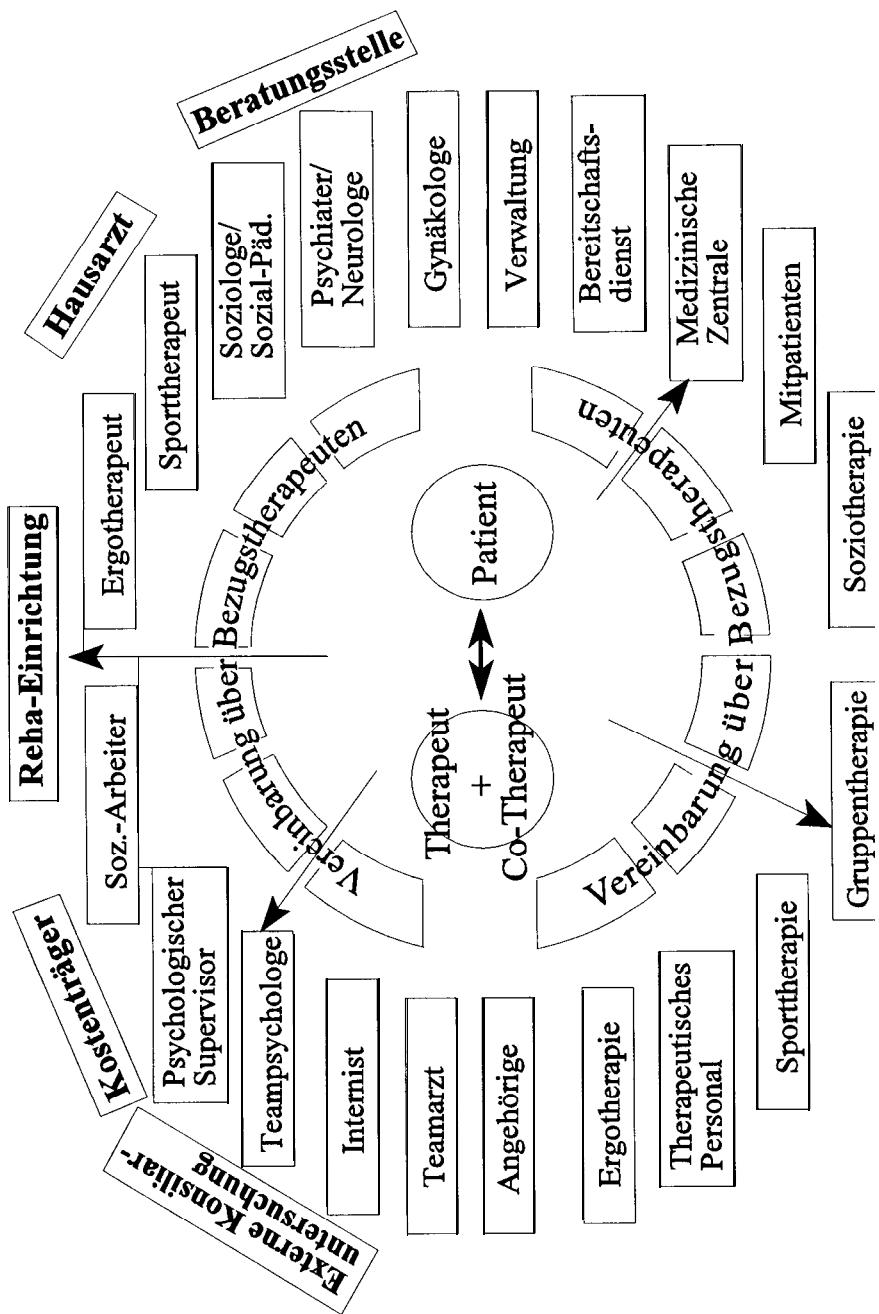


Abbildung 1: Das Bezugs-therapeutenmodell (nach Zielke, 1994a).

Diese sind für alle anderen Funktionsträger innerhalb der Klinik verbindlich. Die Erhebung der Bedingungsanalyse und die Gestaltung der therapeutischen Gesamtstrategie liegen in der Hand des Bezugstherapeuten, da sich alle Interventionen auf das von ihm entwickelte und therapeutisch verantwortete Gesamtbehandlungskonzept beziehen. Er ist unter Kontrolle des ärztlichen und psychologischen Supervisors dafür verantwortlich, daß die Kompetenz des gesamten multiprofessionellen Teams an der Problemlösung für den Patienten berücksichtigt wird.

Diese Struktur, die prinzipiell für alle unterschiedlichen Funktionen gilt, hat neben den genannten Aspekten vier wichtige Vorteile:

- Sie zwingt alle Beteiligten (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Sporttherapeuten usw.) zu einer kontinuierlichen Kooperation, weil es keine Diskussionen über Zuständigkeiten bei aktuellen Probleme gibt;
- dadurch ergeben sich optimale interdisziplinäre Lernmöglichkeiten.
- Die Lösung institutioneller Probleme wird beschleunigt, da jeder an der Umsetzung seiner Funktion in eine schnelle und erfolgreiche Problemlösung interessiert ist und seine Verantwortung für Lösungsbemühungen nicht mehr hierarchisch “nach oben” delegieren kann.
- Die Kompetenzen in einer Klinik werden ohne größere Reibungsverluste maximal ausgeschöpft.

Das Prinzip des Bezugstherapeutenmodells in einer Klinik hat sich als besonders wirksam erwiesen, wenn es in ein Führungsprinzip der “Verantwortung in Funktionen” eingebunden ist und nicht durch hierarchisch begründete Eingriffe in die Funktion des Bezugstherapeuten unterlaufen wird. Ein Patient, der einmal erfahren oder von anderen Patienten gehört hat, daß Vereinbarungen mit seinem Bezugstherapeuten durch dessen Vorgesetzte aufgehoben oder erheblich modifiziert wurden, wird den Vereinbarungen künftig kaum mehr die erforderliche Bedeutung zumessen. Sollten sich aus Sicht der Fach- und Dienstvorgesetzten Veränderungen der Behandlungsvereinbarungen als notwendig erweisen, müssen sie mit dem Bezugstherapeuten beraten werden. Dieser ist dann in der Lage, einen Kurswechsel seiner Behandlung durchzuführen und diese Änderungen dem Patienten gegenüber zu begründen und zu vertreten.

### **3 Struktur und Grundsätze der Gruppentherapie**

Während Fiedler (1987) noch eher vorsichtig bemerkte, daß “. . . heute außer Zweifel stehe, daß die Verhaltenstherapie der Gruppenpsychotherapie-Vielfalt einen eigenen Impuls zu geben vermochte . . .” (S. 112), kann man inzwischen

konstatieren, daß die Verbreiterung verhaltenstherapeutischer Methoden im wesentlichen durch verhaltenstherapeutische Gruppenkonzepte erfolgte. Charakteristisches Merkmal solcher Gruppenkonzepte ist die Orientierung an spezifischen Problemstellungen und Behandlungsbausteinen der verschiedenen psychischen, psychosomatischen und verhaltensmedizinischen Erkrankungen. Durch die Berücksichtigung der ätiologischen Aspekte der jeweiligen Störung und der darauf aufbauenden krankheitsspezifischen Behandlungsbausteine, wird eine Problemorientierung des therapeutischen Ansatzes erleichtert und gefördert. Diese leitet über zu einer verstärkten Zielorientierung als wichtigen Aspekt verhaltenstherapeutischer Strategien.

Vor allem die Durchführung themenbezogener Gruppentherapien ist mit Vorteilen verbunden, die bei den Patienten zu einer uneingeschränkten Akzeptanz dieser Gruppen führen. Alle störungsspezifischen und problemorientierten Gruppen knüpfen von ihrer Konzeption her primär an die Problembereiche und Störungen an, unter denen die Patienten zu Beginn ihrer Behandlung leiden. So ist in der Regel nur eine geringe Motivationsarbeit erforderlich, wenn ein Patient sich entscheiden soll, Entspannungsverfahren in der Gruppe zu lernen oder an einer themenzentrierten Gruppe zur Angstbewältigung teilzunehmen. Hierbei hat der Therapeut lediglich die Aufgabe, die eher geringen Hemmungen und Vorbehalte der Patienten, sich vor einer Gruppe zu präsentieren, abzubauen. Da alle Patienten in solchen Gruppen relativ ähnliche Probleme haben, wird diese Entscheidungsschwelle noch weiter herabgesetzt.

Die Fortschritte der Verhaltensmedizin resultieren aus der Entwicklung und Differenzierung problemorientierter und störungsspezifischer Gruppenkonzepte. Die auf die jeweilige Störung oder wesentlichen Problembereiche bezogenen Gruppenkonzepte bieten Vorteile auf unterschiedlichen Ebenen:

- Die **Ausarbeitung der Gruppenelemente** kann (muß) die Besonderheiten der jeweiligen Störung berücksichtigen,
- die **Themenzentrierung** führt zu einer höheren Akzeptanz bei den Patienten, da sie sich nicht mit (individuell) "nebensächlichen" Themen beschäftigen müssen,
- die **systematische Erfahrungsbildung** mit homogenen Problembereichen und Störungsbildern führt bei den Therapeuten zu einem komprimierten Erfahrungsprozeß,
- in die **Durchführung** der Gruppen und **Gruppenleitung** können die jeweils notwendigen Fachdisziplinen fakultativ oder kooperativ eingebunden werden, ohne daß damit ein konzeptioneller Bruch verbunden wäre,
- die **Aufdeckung und Aufarbeitung** verdeckter interaktioneller Strategien ist bei bestimmten Störungen (z.B. Anorexia nervosa) in störungshomogenen Gruppen leichter,

- die **Gruppenkohäsion** entwickelt sich häufig allein durch die Bearbeitung identischer Probleme und
- die möglichen Anwendungsbereiche **themenzentrierter Gruppenmaßnahmen** sind unter verhaltensmedizinischen Gesichtspunkten theoretisch nicht begrenzt.

Bei der Klassifikation verhaltenstherapeutischer Gruppenansätze sind folgende Gesichtspunkte von Bedeutung:

- Orientierung an wesentlichen Problembereichen,
- Sicherstellung der notwendigen Versorgungsstruktur und
- Orientierungshilfe für Patienten und Psychotherapeuten (Sturm & Zielke, 1984).

Eine Einteilung der Gruppen nach dem Standardisierungsgrad (standardisiert, teilstandardisiert), den vorrangig verwendeten Behandlungsmethoden oder den primären Behandlungszielen (z.B. Selbstkontrollansätze) hat sich nicht als sinnvoll erwiesen. Berücksichtigt man die Spezifika einzelner verhaltensmedizinischer Kliniken, ergibt sich folgende Einteilung von Gruppenmaßnahmen:

- **Standardgruppen** (für Standardproblembereiche),
- **Themenzentrierte Gruppen** (krankheits- und problembereichsbezogen),
- **Gruppentherapie in den Funktionsbereichen** (Sporttherapie, Ergotherapie, Soziotherapie) und
- **Informations- und Aufklärungsprogramme.**

Die Bezeichnung Standardgruppen orientiert sich nicht am Standardisierungsgrad der Gruppen, sondern an der Häufigkeit der Problembereiche innerhalb der Gesamtklientel. Die Gruppentherapie von Standardproblemen erfordert besondere Versorgungsstrukturen, da das Angebot kontinuierlich aufrechterhalten werden muß und eine entsprechend große Anzahl paralleler Gruppen erforderlich macht. In der Regel werden Standardgruppen von den einzelnen Behandlungsteams durchgeführt. Die häufigsten Standardgruppen sind:

- **Problemlösungsgruppen,**
- Gruppen zum **Entspannungstraining** und
- zum **Selbstsicherheitstraining.**

Da die Standardgruppen ständig angeboten werden (müssen), sind sie als halb-offene Gruppen zu konzipieren. Das bedeutet, daß regelmäßig Patienten wegen Beendigung der Behandlung aus diesen Gruppen ausscheiden und neue Patienten hinzukommen. Hierfür sind spezielle Maßnahmen zur Vorbereitung und Einführung neuer Patienten vorzusehen.

**Tabelle 1:** Klassifikation verhaltenstherapeutischer Gruppen in der Klinik (vgl. Zielke, 1994c).

<b>Standardgruppen (für Standardproblembereiche)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Problemlösungsgruppe</li> <li>● Entspannungstraining</li> <li>● Selbstsicherheitstraining</li> <li>● Gesundheits- und krankheitsspezifisches Kompetenztraining</li> </ul>	
<b>Themenzentrierte Gruppen (krankheits- und problembereichsbezogen)</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● (Indikative Gruppen, Problemorientierte Gruppen)</li> <li>● Adipositasgruppe</li> <li>● Angstbewältigungstraining</li> <li>● Antidepressives Verhalten</li> <li>● Asthma bronchiale</li> <li>● Ruhrniegruppe</li> <li>● Emotionstraining</li> <li>● Frauengruppe</li> <li>● Männergruppe</li> <li>● Funktionelle Störungen</li> <li>● Genußtraining</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Partnerseminar</li> <li>● Schlafstörungen</li> <li>● Schmerzbewältigungsgruppe</li> <li>● Sexuell deviantes Verhalten</li> <li>● Sexuelle Funktionsstörungen</li> <li>● Sexueller Mißbrauch</li> <li>● Spielsucht</li> <li>● Suchtmittelmißbrauch</li> <li>● Umgang mit schweren körperlichen Erkrankungen</li> <li>● Zwangsstörungsgruppe</li> <li>● Jugendgruppe</li> </ul>
<b>Themenzentrierte Gruppen der Funktionsbereiche</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sport</li> <li>● Körperwahrnehmung</li> <li>● Zirkeltraining</li> <li>● Rückenschule</li> <li>● Soziotherapie</li> <li>● Jugend-Problemlösungsgruppe</li> <li>● Freizeitgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ergotherapie</li> <li>● Projektgruppe</li> <li>● Materialgruppe</li> </ul>
<b>Informations- und Aufklärungsprogramme</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Verhaltensmedizinische Psychosomatik für Patienten</li> <li>● Krankheit und Sexualität</li> <li>● Ernährung</li> <li>● Einführungstraining</li> </ul>	

Diese kann beispielsweise durch eine Einzeleinführung in das Entspannungstraining durch den Gruppenleiter oder durch vorbereitende Instruktionen durch ein erfahrenes Gruppenmitglied erfolgen, wie es beim Selbstsicherheitstraining häufig praktiziert wird. Sicher ist die primäre Zielsetzung eine weitgehende Konstanz der Gruppenzusammensetzung; diese ist jedoch wegen des hohen Versorgungsgrades mit Standardgruppen nur relativ erreichbar.

In *themenzentrierten Gruppentherapien* werden Patienten mit ähnlichen Problemen, Erkrankungen oder Störungen behandelt. Sie werden nach dem vorrangigen Störungsbild, Problembereich beziehungsweise dem hauptsächlichen Be-

handlungsziel beschrieben. Die durchgängigen Themen solcher Gruppen haben sowohl eine *allgemeine Struktur*, die sich an den Problembereichen des “chronischen Krankheitsverhaltens” orientiert als auch eine *spezielle Struktur*, die auf die Erfordernisse des spezifischen Krankheitsbildes ausgerichtet ist.

In Tabelle 2 sind die wesentlichen Basisbausteine und Zielsetzungen der themenzentrierten Gruppentherapien zusammengefaßt. Alle wichtigen Konzepte der problemorientierten Gruppentherapie enthalten Strukturelemente der aufgeführten Basisbausteine.

Tabelle 2: Generelle Bausteine und Zielsetzungen themenzentrierter Gruppentherapien.

- Informationen, Aufklärung, Beratung
- Wiedereinwerb von Vertrauen in die Funktionsstüchtigkeit des eigenen Körpers
- Wiedererwerb von Vertrauen in die psychische und soziale Funktionstüchtigkeit
- Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten im sozialen und körperlichen Bereich
- Umgang mit Gefühlen und kritischen sozialen Situationen
- Aufgaben der Krankenrolle
- Kritischer Umgang in der Inanspruchnahme medizinischer Hilfen, Medikamente und Suchtmittel
- Rückfallprophylaxe

Die inhaltliche Gestaltung der Bausteine und ihre Bedeutung innerhalb der störungsspezifischen Konzeptualisierung ist naturgemäß äußerst unterschiedlich. So wird der Informationsteil bei der Gruppentherapie der Bulimia nervosa, des Asthma bronchiale oder chronischer Schmerzen völlig unterschiedlich sein. Entsprechende Unterschiede ergeben sich auch bei allen anderen Bausteinen.

Die Einbindung der Funktionsbereiche **Ergo-, Sport- und Soziotherapie** in das inhaltliche Konzept des klinischen Gesamtbehandlungsplans ist in den stationären Einrichtungen unterschiedlich weit entwickelt. Die konzeptionellen Pole reichen vom Angebot der Funktionsbereiche als Instrument der Freizeitgestaltung oder Füllangebot der therapeutischen Versorgungslücken bis zur gezielten Nutzung der therapeutischen Besonderheiten bei speziellen Problemkonstellationen. Der Wirkungsgrad der besonderen Ansatzmöglichkeiten dieser Bereiche wird häufig unterschätzt. **Themenzentrierte Gruppen in den Funktionsbereichen** stellen hervorragende Möglichkeiten dar, Patienten aus ihrem Rückzugsverhalten heraus in experimentelles Handeln hineinzubewegen, ohne daß das jeweilige Angebot bereits einen psychotherapeutischen Anstrich hat. So entstehen beispielsweise in der Tongruppe der Ergotherapie spezifische Problem- und Bewältigungssituationen, die sich von den Lernmöglichkeiten in einer Aquarell- oder Batikgruppe erheblich unterscheiden. Sie ermöglichen das Heranführen an kritische Situationen und machen den (veränderten) Umgang mit solchen Situationen erforderlich.

Für die klinischen Konzeptbildungen in der Verhaltensmedizin ist es von besonderer Bedeutung, welche Lern- und Erfahrungsmöglichkeiten bei welchen Problemkonstellationen auch in den themenzentrierten Gruppen der Funktionsbereiche bereitgestellt werden können. Wer einmal die therapeutischen Prozesse in einer Gruppe zur Körperwahrnehmung oder die Wirkungen veränderter Atemtechniken beobachtet hat (beides Maßnahmen der Sporttherapie), wird sich als Psychotherapeut intensiv darum bemühen, die Wirkprozesse solcher spezifischer Angebote für seine eigenen Patienten nutzbar zu machen.

Die Möglichkeiten von **Informations- und Aufklärungsprogrammen** werden, insgesamt gesehen, in der stationären Behandlung und Rehabilitation noch nicht ausreichend genutzt. Häufig erschöpfen sich solche Maßnahmen in anonymen Großveranstaltungen (Vorlesungen), damit diese Leistungen im individuellen Leistungskatalog des Entlassungsberichts abgehakt werden können. Bei der Entwicklung und Umsetzung solcher Angebote muß darauf geachtet werden, daß:

- Die angesprochenen Themen auch in der praktizierten Konzeption der Gesamtklinik fortgesetzt und von den Therapeuten aufgegriffen werden,
- bestimmte Gruppengrößen bei den Informationsteilen (je nach Thema 20-30 Patienten) nicht überschritten werden und
- auf eine gleichbleibende Qualität geachtet wird.

Es ist immer wieder eine überraschende Erfahrung, wie groß das Informationsbedürfnis der Patienten ist, besonders, wenn die Informationen verständlich vorgebracht und Themen behandelt werden, die für Patienten unmittelbar von Bedeutung sind. Die bislang gut erprobten Informations- und Aufklärungsprogramme umspannen den Bogen von:

- Umfangreichen **Einführungsveranstaltungen** in der Aufnahmewoche mit allen neu aufgenommenen Patienten,
- einer Vortrags- und Diskussionsreihe über **verhaltensmedizinische Psychosomatik** und **Ernährungsverhalten** bis
- zum **Zusammenhang** von **Krankheit** und **Sexualität**.

Informations- und Aufklärungsprogramme haben eine wichtige orientierende Funktion. Sie sind jedoch nur dann sinnvoll, wenn die entsprechenden Themen in der Einzel- und Gruppenbehandlung auch aufgegriffen und weitergeführt werden (können).

### 3.1 Problemlösungsgruppen

Die Erwartungen an die allgemeinen verhaltenstherapeutischen Gruppenkonzepte für die Klinik, die sich auf das von Grawe und Mitarbeitern entwickelte Problemlösungskonzept ausrichten, haben sich insgesamt bestätigt (vgl. Grawe, 1980). Es hat sich als ausgesprochen geeignet erwiesen, den komplexen Problemstellungen bei heterogen zusammengesetzten Patientengruppen gerecht zu werden. Benötigt wurde eine Form der Gruppentherapie:

- Die neben der Einzeltherapie eine Weiterführung der Verhaltens- und Bedingungsanalyse erlaubt,
- in der die Möglichkeiten zu sozialem Lernen geschaffen werden und
- in der interaktionelle Verhaltensmuster von Patienten beobachtet und in die erweiterte Bedingungsanalyse eingefügt werden können.

Der Zielsetzung, den Patienten zum Experten im Umgang mit seiner Erkrankung zu machen und ihm Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung zu eröffnen, kam der in dem Grawe Konzept enthaltene Problemlösungsansatz sehr entgegen.

Die Arbeitsebenen und Zielsetzungen der **interaktionellen Problemlösungsgruppe** umfassen insgesamt vier Bereiche:

- Weiterführung der Verhaltens- und Bedingungsanalyse in der Gruppe unter Einbeziehung von Problemlösungsstrategien,
- Ausschöpfung des sozialen Lernens in der Gruppe,
- Entwicklung von Beziehungen in der Gruppe, deren Regulation sowie die Rückführung solcher interaktionellen Aspekte auf die Problemdefinition und
- Aufgreifen themenzentrierter Bausteine in der Gruppe.

Bei einem optimalen Behandlungsablauf sollten die mit dem Bezugstherapeuten entwickelten Ansatzpunkte der Verhaltens- und Bedingungsanalyse weiter **fortgeführt** werden. Besitzen die Patienten bereits verhaltenstherapeutische Vorerfahrungen, kann auf diesen aufgebaut werden. Werden Verhaltensanalysen in der Gruppe durchgeführt, ist besonders darauf zu achten, daß Problembereiche analysiert werden, die für mehrere Patienten von Bedeutung sind oder daß die Verhaltensanalysen von den Gruppenteilnehmern selbst durchgeführt werden. Ansonsten kann es leicht passieren, daß die anderen Patienten warten, "bis sie dran" sind und nicht den Eindruck haben, daß ihre Beteiligung an dem Klärungsprozeß von Bedeutung ist. In Tabelle 3 sind zwölf Arbeitsthemen zusammengestellt, die unter Berücksichtigung der Problemlösungsschritte und der Weiterführung der Verhaltens- und Bedingungsanalyse von Belang sind.

Tabelle 3: Arbeitsthemen zur Weiterführung der Verhaltens- und Bedingungsanalyse in der "Interaktionellen Problemlösungsgruppe" (vgl. Zielke, 1994b).

- Wahl des Problemverhaltens
- Selbstbestimmte Gruppenbildung
- Einführung in Lerntheorie, Verhaltenstherapie und Verhaltensanalyse
- Analyse der Auslösebedingungen
- Analyse der Konsequenzen
- Definition des Zielverhaltens
- Quantifizierung von Problem- und Zielverhalten
- Verstärkeranalyse
- Symbolische Verstärker
- Therapeutischer Vertrag
- Vertragskorrekturen
- Generalisierung

Es kann hilfreich sein, solche Arbeitsthemen im Gruppenraum auszuhängen. Bei stockenden Gruppenprozessen kann die Aufmerksamkeit der Teilnehmer auf das gerade aktuelle Arbeitsthema gelenkt werden.

Der häufigste Fehler bei der Weiterführung der Verhaltens- und Bedingungsanalyse besteht darin, einen Patienten vor (oder in) der Gruppe zu explorieren. Das Engagement der Patienten, die gerade nicht dran sind, sinkt rapide ab und beschränkt sich nur noch auf die Vorbereitung des eigenen "Auftritts". Selbst wenn die gegenseitigen Befragungen der Patienten etwas holprig sind, ist es langfristig besser, solche gegenseitigen Explorationen durch die Gruppenteilnehmer durchführen zu lassen.

Die Entwicklung und Regulation von Beziehungen in der Gruppe geht wesentlich über das von Grawe (1980) beschriebene interaktionelle Problemlösungsverhalten hinaus. Für den Umgang mit dieser Thematik sind zwei Aspekte von Bedeutung:

- Die meisten stationären Patienten haben keine Erfahrungen mit psychotherapeutischen Gruppen und können nicht abschätzen, welche Prozesse in einer Gruppentherapie auf sie zukommen. Möglicherweise entwickeln sich Probleme in den Beziehungen zu anderen, die belastender werden können als die Behandlungssymptomatik. Es ist die vordringliche Aufgabe des Therapeuten, Patienten auf die Risiken hinzuweisen und sie nicht einfach unvorbereitet in solche Problemkonstellationen hineinschlittern zu lassen. Wenn den Patienten bewußt ist, daß die Art ihrer Beziehungsgestaltung eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung der therapeutischen Strategien gewinnen kann, sind sie in der Lage, solche Entwicklungen zu bewerten und einzuordnen.

- Welche speziellen Beziehungsmuster sich bei einer bestimmten Gruppenzusammensetzung entwickeln, kann vorab nicht geplant werden. Diese Zufälligkeit erweist sich als problematisch, wenn alle Gruppenteilnehmer sich ähnlich verhalten und man zur Korrektur oder Ergänzung andersartige Interaktionsmuster benötigt. Es kann erforderlich sein, daß der Gruppentherapeut oder ein eventuell vorhandener Co-Therapeut die fehlenden Verhaltensrollen übernimmt.

Alle Facetten von Beziehungen sowie ihre Kontrolle spielen in der verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie eine Rolle - ob man dies nun will oder nicht. Es beginnt mit der:

- **Kontaktaufnahme** in der Gruppe (gehemmt, zögernd, überschießend, impulsiv, altruistisch, ich-bezogen, offensives und defensives Vermeiden),
- geht über **allgemeine soziale Verhaltensweisen** (Vertrauen/Mißtrauen, Offenheit/Verschlossenheit, Dominanz/Submission, Ausüben und Ertragen von Kontrolle, Übernahme/Ablehnung von Verantwortung) bis hin
- zum **Kampf um Führungsrollen** (Bilden von Koalitionen und Opposition, Konkurrenzen unter den Patienten und zum Gruppenleiter) sowie
- vielfältigen **Identifikationen und Ablehnungen**.

Häufig unbeachtet - weil in der Gruppe nur selten offensiv berichtet - ist das Ausmaß der **Selbstwertbedrohung** durch die Gruppe. Fühlen sich Patienten in ihrem Selbstwertgefühl durch die Gruppe massiv bedroht und verfügen sie nicht über offensive Gegenstrategien, berichten sie diese Bedrohungen eher in Gesprächen mit dem Bezugstherapeuten oder versuchen den Gruppenleiter außerhalb der Gruppenstunden darüber zu informieren. Da Patienten in der Regel nicht möchten, daß dieses Thema an ihrem Beispiel in die Gruppe gebracht wird, empfiehlt es sich, die Selbstwertbedrohung als allgemeines Thema zu besprechen. Dabei entsteht häufig eine stillschweigende bis offene Solidarität der "Unterdrückten", die eine gute Basis für die Weiterarbeit darstellt.

Es muß jedoch betont werden, daß die Entwicklung und Bearbeitung von Beziehungen nicht zu einem Selbstzweck entarten darf. Es ist immer notwendig, die aktuellen interaktionellen Problembereiche auf den primären Behandlungsauftrag beziehungsweise die Stufe des ins Stocken geratenen Problemlösungsprozesses rückzubeziehen. Bei heftigen Krisen in der Gruppe ist es erforderlich, viel Zeit auf diese Rückführung zu verwenden. Kann dies nicht für alle Patienten transparent geleistet werden, kann sich die Gruppensituation dramatisch zuspitzen: Es werden affektiv geladene Wortgefechte geführt, was zwar interessant sein kann, jedoch niemandem nützt.

Neben der inhaltlichen problemorientierten Weiterführung der Verhaltens- und Bedingungsanalyse kommt es für den Gruppentherapeuten besonders darauf an, fortlaufend die **instrumentellen Gruppenbedingungen** zu beobachten und zu bewerten sowie gezielte Interventionen vorzunehmen, wenn einzelne Aspekte nicht ausreichend vorhanden sind. So hat es sich bei der Zusammenstellung der Gruppen bewährt, Patienten aus einem breiten Spektrum von Erkrankungen zusammenzufassen, da so die Möglichkeiten der gegenseitigen Hilfestellung breiter angelegt sind. Der Vorteil heterogener Gruppenzusammensetzungen liegt darin, daß Patienten mit unterschiedlichen Erkrankungen verschiedene Fertigkeiten und Fähigkeiten haben, die sie in die Gruppe einbringen und so anderen Patienten helfen, an diesen Fertigkeiten voneinander zu lernen. Dabei müssen allerdings einige problematische Konstellationen berücksichtigt werden, die im Einzelfall eine Veränderung der Gruppenzusammenstellung erforderlich machen können.

Im Verhältnis von strukturierten Arbeitsabläufen und dynamischen Gruppenprozessen in einer Problemlösungsgruppe stehen die Zielorientierung und der Problemlösungsansatz immer an erster Stelle. Auf der Basis einer in der Gruppe entwickelten Verhaltens- und Bedingungsanalyse kann es sich als notwendig erweisen, emotionsforcierende Methoden anzuwenden, die jedoch aus einer konkreten Zielorientierung abgeleitet werden müssen. Mit der Integration von Therapieelementen anderer psychotherapeutischer Ansätze befinden wir uns, wie aus den Ausführungen von Lazarus (1980) zur multimodalen Verhaltenstherapie ersichtlich ist, in bester verhaltenstherapeutischer Gesellschaft. Damit soll jedoch nicht der ungehemmten oder unkontrollierten Öffnung für beliebige Strategien das Wort geredet werden.

Der wirklich weitreichende konzeptionelle Vorteil des "Interaktionellen Problemlösungsansatzes in Gruppen" ist darin zu sehen, daß er ein thematisches Gerüst für die Weiterführung der Verhaltens- und Bedingungsanalyse in der Gruppe darstellt. Aus diesem können Strukturierungshilfen für die konkrete Problemstellung und den Gruppenprozeß abgeleitet werden. Es ist gleichzeitig möglich und notwendig, die Entwicklung von Beziehungen sowie die vielfältigen Aspekte der Beziehungsregulation in diesen Problemlösungsprozeß zu integrieren. Für die stationäre Behandlung stellt es sich darüber hinaus als Vorteil dar, daß bei entsprechender Indikation auch themenzentrierte Bausteine aus störungsbezogenen Gruppen integriert werden können.

### 3.2 Selbstsicherheitstraining

Selbstsicheres Verhalten umfaßt jede sozial gebilligte Form des Ausdrucks **eigener Gefühle und persönlicher Rechte**. Dabei geht es sowohl um die selbst-

sichere Handlung (“assertion”) als auch um das Konstrukt Selbstsicherheit (“assertiveness”) im Sinne einer Verbindung aus Handlungen, Kognitionen und Emotionen. Die Förderung und Entwicklung von Selbstsicherheit geht weit über den in der Praxis häufig verkürzten Ansatz der Selbstbehauptung hinaus und umfaßt:

- Eigene Gefühle und Rechte kennen und akzeptieren,
- ein Gefühl von Selbstsicherheit haben, was oft als Selbstvertrauen bezeichnet wird und
- verantwortungsbewußtes, effektives Handeln bei der Behauptung eigener Rechte und beim Erleben von Gefühlen.

Tabelle 4 enthält einen Überblick der Inhalte und Bereiche selbstsicheren Verhaltens und Erlebens. Sie umfassen die Fertigkeiten, sich frei äußern und Gefühle auszudrücken zu können ebenso wie die Gestaltung sozialer Beziehungen im privaten, persönlichen und beruflichen Bereich.

Im Selbstsicherheitstraining soll ängstliches, selbstunsicheres oder aggressives Verhalten abgebaut und selbstsicheres Verhalten aufgebaut werden. Deshalb ist es wichtig, eine angstfreie, wenig belastende Situation zu schaffen, in der durch:

- Modellernen neues Verhalten erworben werden kann,
- Verstärkung positive Verhaltensaspekte in ihrer Auftretenswahrscheinlichkeit gefördert werden,
- Löschung negative Verhaltensaspekte nach und nach zum Verschwinden gebracht werden,
- Kopplung einer entspannten Situation mit ansteigend angstbesetztem Verhalten die Angst allmählich reduziert wird und
- die kognitiven Fähigkeiten, die Voraussetzung für eine Reihe selbstsicherer Verhaltensweisen sind, vermittelt werden.

Für die praktische Verwirklichung dieser Strategie bietet die Gruppe gegenüber der Einzeltherapie folgende Vorteile:

- Die Beobachtung anderer Klienten führt im allgemeinen zu einer differenzierteren Beurteilung der eigenen Probleme.
- Die verschiedenen Modelle bieten ein größeres Spektrum an nachahmenswertem Verhalten.
- Das Recht auf Selbstbehauptung wird leichter akzeptiert, wenn auch andere sich behaupten, die früher selbst Schwierigkeiten damit hatten.
- Die Generalisierung in den Alltag geschieht durch die Übung mit verschiedenen Personen und verschiedenen Situation rascher.

**Tabelle 4:** Inhalte und Bereiche selbstsicheren Verhaltens (in Anlehnung an Schneider, 1994).

<p><b>Sich frei äußern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sachverhalte klären: Zuhören, Wiederholen und Äußern von Instruktionen und Meinungen.</li> <li>● Gespräche mit Freunden, Angehörigen oder Bekannten aufnehmen, fortführen und beenden (Ziel ist die Unterhaltung, nicht das Kennenlernen!).</li> <li>● Informationen einholen und geben.</li> <li>● Unterhaltungen über ein bestimmtes Thema zum Zweck des Informationsaustausches führen.</li> </ul>
<p><b>Gefühle ausdrücken</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● In Mimik und Gestik Gefühle zeigen, wenn es der Situation entspricht.</li> <li>● Zuneigung gleich- und gegengeschlechtlichen Personen gegenüber offen äußern.</li> <li>● Gereiztheit, Zorn, Belästigtsein und Ärger offen und angemessen äußern.</li> <li>● Kritik annehmen und direkt, also nicht verletzend, äußern.</li> <li>● Komplimente und Lob annehmen und geben.</li> <li>● Gefühle der Trauer, des Bedauerns, der Trübsal und des Kammers zeigen.</li> </ul>
<p><b>Soziale Beziehungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Selbstbehauptung zeigen, d.h. mit dem Widerstand anderer gegen die eigene Bedürfnisbefriedigung umgehen und ihn überwinden; ungerechtfertigte Wünsche zurückweisen.</li> <li>● Freizeitverhalten selbst organisieren, z.B. Unternehmungen mit Freunden vereinbaren, andere zu sich einladen, Feste organisieren.</li> <li>● Kontakte herstellen: Neue Leute kennenlernen, Verabredungen treffen mit dem Ziel, neue Bekannte und Freunde zu gewinnen.</li> <li>● Persönliche Wünsche äußern, z.B. Freunde, Verwandte und Bekannte um einen Gefallen bitten.</li> <li>● Alltags-Selbstbehauptung: Rechnungen bezahlen, Käufe tätigen, fehlerhafte Ware oder schlechtes Essen zurückgeben, Umgang mit Ämtern und Bürokraten.</li> </ul>
<p><b>Arbeitsleben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Anstellungsgespräche herbeiführen, führen und später nachfragen.</li> <li>● Im Umgang mit Vorgesetzten, Kollegen und Untergebenen: Kritik und Lob geben und nehmen; nach genaueren Anweisungen fragen; eindeutige Anordnungen erteilen; Gehaltsforderungen stellen; unerwünschte Mehrarbeit zurückweisen.</li> </ul>

- Die Gruppe kann kreative Verhaltensalternativen finden, die dem Therapeuten nicht einfallen wurden.
- Durch die Gruppensituation können bei Einzelnen aggressive und selbstunsichere Verhaltensweisen ausgelöst werden, die unmittelbar thematisiert werden können.

Diese Gründe - und nicht zuletzt das für den Therapeuten ökonomischere Vorgehen - haben die Gruppentherapie zur bevorzugten Form des Selbstsicherheitstrainings werden lassen.

Die am weitesten entwickelte Standardisierung stellt das Selbstsicherheits-training (ATP = Assertive Training Program) von Ullrich de Muynck und Ullrich (1977) dar. Alle Patienten gehen durch die gleiche Hierarchie von sozialen Konfliktsituationen und üben diese mit anderen Patienten im Rollenspiel, nachdem die Therapeuten das Verhalten modellhaft vorgegeben haben. Die vier Bereiche "Forderungen stellen", "Nein sagen und kritisieren", "Kontakte herstellen" und "Sich Fehler erlauben und öffentlicher Beachtung aussetzen" werden in ihrem Schweregrad durch Variationen der Aspekte "Handlung", "Bezugspartner", "Partnerverhalten" und "Ort/Zeit" systematisch gesteigert. Die Vorteile eines derartigen Programms liegen in der:

- **Transparenz und guten Lehrbarkeit**, was zum Beispiel Vertretungen durch Kollegen erleichtert,
- **Unterbindung von Vermeidungsverhalten**, wie zum Beispiel das "Vergessen eigener Situationen", Zerreden und Komplizieren der Handlungssequenzen, sowie
- **klaren Strukturierung und Handhabbarkeit** des Programms, was zum Beispiel negative Tagesschwankungen eines Therapeuten vermindert.

Eine übermäßige Standardisierung ist jedoch mit einigen Nachteilen verbunden. In einem standardisierten Modell können Teile des Trainings für die individuelle Problematik des einzelnen Patienten irrelevant sein, wodurch das Training unökonomisch und aufwendig wird. In stationären Therapien reicht die Zeit zur Durchführung des standardisierten ATP selbst bei drei Sitzungen pro Woche nicht aus, weshalb die Therapeuten ihre Arbeit zum Teil als unbefriedigendes "Stückwerk" erleben. Die individuelle Problematik kann gegenüber dem "Programm" in den Hintergrund geraten, was der Motivation zur Teilnahme und zum Transfer abträglich ist. Die Therapie ist wenig flexibel und kann nicht so gut auf besondere Rück- und Fortschritte der Patienten eingehen.

In bezug auf das Selbstsicherheitstraining ist eine Reihe von Kliniken dazu übergegangen, lediglich die Einführung (lerntheoretischer Hintergrund, Kennenlernen der Trainingsmethoden wie Rollenspiel, Rückmeldungen oder Videoaufnahmen) standardisiert durchzuführen, danach die Gruppe über die für sie relevanten Problemsituationen beraten zu lassen und eine Trainingsabfolge zu vereinbaren. Erfahrungsgemäß trägt eine solche, immer wieder neu durchzuführende Anpassung der Übungselemente wesentlich dazu bei, die Motivation zur Teilnahme aufrechtzuerhalten und das kooperative Engagement der Patienten zu verbessern. Wichtige therapeutische Interventionen neben der Berücksichtigung nonverbaler Aspekte sind vor allem:

- Instruktionsverfahren,
- Verhaltenseinübung,

- Hilfestellungen,
- Modellvorgaben und Modellernen,
- Bekräftigungstechniken,
- interpersonelles Feedback,
- Rollenspiele,
- Videorückmeldungen und
- Übungen in Alltagssituationen.

Die Ablaufschemata der einzelnen Gruppenstunden sind ausführlich in der jeweiligen Originalliteratur dargestellt (Ullrich de Muynck & Ullrich, 1977; Schneider, 1994). Im Rahmen dieses Beitrags sollen die spezifischen Aufgaben des Therapeuten präzisiert werden.

Der Therapeut ordnet die vom Patienten geschilderte Situation und entwickelt hieraus ein Rollenspiel. Seine Aufgaben lassen sich wie folgt beschreiben:

- Klare Anweisungen und Hilfestellungen für das erwünschte Verhalten geben und diese während der Durchführung häufig wiederholen.
- Den Patienten zum Durchspielen der Situation in kleinen Schritten zu ermutigen und für ein effektives Modellverhalten sorgen.
- Positive und negative Rückmeldung geben und schrittweise das effektivere Verhalten ausformen.
- Zwischen den Sitzungen Hausaufgaben aufsteigenden Schwierigkeitsgrades für in-vivo-Übungen geben.

Dazu bedient er sich - wenn möglich - aller verfügbaren technischen Hilfsmittel (z.B. Videoaufnahmen). Neben der Konkretisierung der Hausaufgaben kann es wichtig sein, die Patienten auf mögliche Reaktionen der Umwelt vorzubereiten, da diese sich nicht immer angemessen verhält, wenn eine ehemals unsichere Person plötzlich selbstbewußt auftritt.

Der Therapeut sollte die Rollenspiele aktiv gestalten. Im Vergleich zu anderen Gruppensituationen erfordert die Leitung des Selbstsicherheitstrainings ein hohes Ausmaß an handlungsbezogener Beweglichkeit des Therapeuten. Er sollte über einen Vorrat von Standardsituationen verfügen, die zur Lösung schwieriger Gruppensituationen beitragen können.

Zur Zusammensetzung der Gruppe gibt es zahlreiche Hinweise (z.B. Alter, Geschlecht, Problemhomogenität), deren Gemeinsamkeiten darin bestehen, eine möglichst große Schnittmenge relevanter Problemsituationen zu erreichen und ein annähernd gleiches Lerntempo der Gruppenmitglieder herzustellen und zu erhalten. Vor allem beim erstmaligen Erlernen von selbstsicherem Verhalten geraten Patienten in einen Lernrückstand zu anderen Patienten, die diese

Verhaltensmuster nur “verlernt” haben und lediglich reaktivieren müssen. Diese Erfahrungen wirken ausgesprochen demotivierend und führen nicht selten zu einem Ausstieg aus der Trainingsgruppe. Daher sollte bei der Gruppenzusammensetzung besonders darauf geachtet werden, daß die bei den Teilnehmern zu erwartenden Lernfortschritte nicht allzuweit auseinanderliegen.

Das Selbstsicherheitstraining mit all seinen Facetten (geschlossene, halboffene, standardisierte oder teilstandardisierte Gruppen) hat sich in der Verhaltensmedizin als ausgesprochen brauchbarer und erfolgreicher Ansatz erwiesen. Von besonderem Wert ist, daß die Problemsituationen und die daran anknüpfenden Übungsschritte für die Patienten wichtig und zugleich alltagsnah sind. Weiterhin helfen die unterschiedlich stark strukturierbaren Übungsschritte, Ängste vor unklaren und wenig kalkulierbaren Gruppensituationen nicht aufkommen zu lassen oder diese einigermaßen erträglich zu gestalten.

Häufig wird die Bedeutung des Selbstsicherheitstrainings unterschätzt und unerfahrene Therapeuten mit der Gruppenleitung betraut. Hieraus folgt häufig - auch aus Sicht der Patienten - eine zunehmend schwindende Bedeutung dieser Form der Gruppentherapie mit sinkender Effizienz dieser Maßnahme. Für die Trainingsgruppen gilt daher ganz besonders die Maxime, erfahrene Verhaltenstherapeuten mit hohem Ansehen in der Klinik einzusetzen. Nur dann wird der nachgewiesene Wirkungsgrad tatsächlich maximal ausgeschöpft.

### 3.3 Entspannungstraining

Das Angebot von Entspannungskursen fehlt heute in kaum einer Rehabilitationsklinik. Vor allem in verhaltenstherapeutischen Interventionsprogrammen werden Entspannungsverfahren häufig als wichtige Behandlungselemente eingesetzt. In unterschiedlicher Weise streben Entspannungsverfahren psychophysiologische Veränderungen an, die den durch akute Belastungssituationen ausgelösten Reaktionen entgegenlaufen. Diese Veränderungen bezeichnet Vaitl (1978) als **Entspannungsreaktionen** und versteht hierunter Zustände reduzierter ergotroper Reaktionsbereitschaft während des Wachzustandes. Er geht davon aus, daß diese Entspannungsreaktionen, die durch verschiedene Methoden angestrebt werden, physiologisch nicht identisch sind mit den trophotropen Reaktionsmustern während des Schlafes, aber zu ähnlichen peripheren Reaktionen führen können. Ein deutlicher Unterschied zwischen Entspannungsreaktionen und Schlaf besteht hinsichtlich der kortikalen Prozesse.

Die Entspannungsreaktion kann als ein der Streßreaktion entgegengesetztes Kontrasterlebnis aufgefaßt werden, wobei auf der physiologischen Ebene ergotrope Bereitstellungsreaktionen blockiert werden. Dabei ist zu beachten, daß es

die Dämpfung des Sympathikus nicht unbedingt zu einer Umschaltung auf parasympathische Innervationsmuster führt und das Ausmaß der Verminderung des Sympathikotonus nicht für alle körperlichen Subsysteme gleich sein muß.

Als allgemeine Veränderungen im Zusammenhang mit der Entspannungsreaktion gibt Vaitl (1978) die folgenden beobachtbaren physiologischen Veränderungen an (vgl. Vaitl & Petermann, 1993):

- Verlangsamung und Gleichmäßigkeit der Atmung,
- Reduktion des  $O_2$ -Verbrauchs,
  - Absinken der Herzfrequenz,
- Zunahme des galvanischen Hautwiderstands,
  - Tonusverlust der Skelettmuskulatur,
- Zunahme der Aktivität von Alphawellen (infolge der Reduktion des sensorischen Inputs und Abnahme der okulomotorischen Aktivität) und
- Zunahme der EEG-Synchronisation (durch Lenkung der Aufmerksamkeit auf einen intern wiederkehrenden Reiz und durch weitgehende Ausblendung akustischer und taktiler Reize).

Auch wenn bei Betrachtung des gegenwärtigen Forschungsstands die Ergebnisse bezüglich der unmittelbaren physiologischen Wirkungen von Entspannungstrainings uneinheitlich sind, kommt diesen Verfahren eine große Bedeutung zu. Sie stellen heute eine in vielen Anwendungsgebieten (Prävention, Therapie und Rehabilitation) eingesetzte psychologische Interventionsmethode dar. Auch in Schule und Sport werden Entspannungsverfahren mit positiven Ergebnissen eingesetzt. Es kann an dieser Stelle kein vollständiger Überblick über die Vielzahl von Untersuchungen zu den Wirkungen bei unterschiedlichen Beschwerdebildern gegeben werden (vgl. Petermann & Vaitl, 1994). Es sollen daher exemplarisch einige für die medizinische und psychologische Praxis relevante Arbeiten erwähnt werden, in denen Entspannungsverfahren - allein oder als wichtiger Therapiebestandteil - positive Ergebnisse bei folgenden Problemen erzielten:

- Schmerzbewältigung,
- Gewichtsreduktion,
- Migräne und Kopfschmerzen,
- Herzphobie,
- Depressionen,
- Hypertonie und
- Herzinfarkt-rehabilitation.

Wegen des Umfangs und der Verbreitung in der Verhaltensmedizin beschränkt sich die Darstellung in dieser Arbeit auf die Progressive Relaxation. Diese in den USA als Standardverfahren geltende Methode wurde von Jacobson (1938) entwickelt. Ihren hohen Bekanntheitsgrad verdankt sie auch den Arbeiten von

Wolpe (1958), der die von Jacobson konzipierte Methode in modifizierter Form bei der systematischen Desensibilisierung von Angstreaktionen einsetzte.

Ausgangspunkt der Progressiven Relaxation sind Untersuchungsergebnisse, wonach bei seelischen Spannungen Muskelkontraktionen auftreten. Umgekehrt können durch Reduktion des Muskeltonus Spannungsgefühle (z.B. Angst, Unruhe) vermindert werden. Durch systematische An- und Entspannung verschiedener Muskelpartien, gekoppelt mit der Konzentration auf die begleitenden Gefühle und deren Unterscheidung, wird eine Verringerung der Muskelspannung erreicht. Dies geht mit dem Gefühl einer vertieften Entspannung einher.

Jacobson (1938) nahm an, daß es allein durch die Anspannungs-Lockerungstechnik zu einer Verminderung der efferenten Impulse käme. Diese Annahme hält Vaitl (1978) für unwahrscheinlich, ihm scheinen mentale Prozesse bedeutender. Das aufgrund der Anspannungs-Lockerungszyklen erreichte Kontrasterlebnis macht dem Übenden das Ziel deutlich und sensibilisiert die Wahrnehmung für die feinen Prozesse der Entspannung. Das sich durch die Übung verstärkende Entspannungsgefühl kann sekundär eine allgemeine Spannungsreduktion bewirken, so daß die somatischen Veränderungen als Folge eines mentalen Ruherlebnisses angesehen werden können.

Wiederholt wies Jacobson darauf hin, daß der nach seiner Methode erzielbare Entspannungszustand kein Suggestionsresultat sei. Wegen der Konzentration auf Körperwahrnehmungen verstand er sein Verfahren vor allem als eine Interozeptionsschulung. Es ist allerdings unwahrscheinlich, daß, vor allem in Anbetracht der ausführlichen Instruktionstexte, suggestive Elemente für den Entspannungsprozeß keine Rolle spielen. Die Methode von Jacobson wird heute in vielen Abwandlungen eingesetzt; wenn in Effekstudien über den Einsatz von Progressiver Relaxation berichtet wird, läßt dies keinen Schluß auf das verwendete Vorgehen zu. International hat sich bei der Durchführung der Entspannung im Grundverfahren das Training von 16 Muskelgruppen durchgesetzt:

- Dominante Hand und Unterarm;
- dominanter Oberarm;
- nicht-dominante Hand und Unterarm;
- nicht-dominanter Oberarm;
- Stirn;
- obere Wangenpartie und Nase;
- untere Wangenpartie und Kiefer;
- Nacken und Hals;
- Bauchmuskulatur;
- dominanter Oberschenkel;
- dominanter Unterschenkel;
- dominanter Fuß;
- nicht-dominanter Oberschenkel;
- nicht-dominanter Unterschenkel;
- nicht-dominanter Fuß;
- Brust, Schultern und obere Rückenpartie.

Das Entspannungstraining sollte in einem ruhigen Raum im Liegen (Rückenlage) oder in einer bequemen Sitzhaltung durchgeführt werden. Dabei sollten die verschiedenen Muskelgruppen, wie in den Anleitungen beschrieben, für etwa fünf Sekunden angespannt werden, während der Atem möglichst nicht angehalten wird. Das Spannungsgefühl sollte zwar ganz deutlich sein, eine Verkrampfung ist dabei jedoch zu vermeiden. Danach ist die Spannung vollständig zu lösen. Während einer Ruhepause von etwa einer halben Minute sollte eine Konzentration auf die entsprechende Muskelpartie erfolgen.

Je nach Bedürfnis kann in dem Zustand der vertieften Ruhe länger oder kurzer verweilt werden. Menschen mit guter Visualisierungsfähigkeit können sich auf ein **Ruhebild** konzentrieren, wodurch das Entspannungserlebnis noch vertieft werden kann. Als Ruhebilder bieten sich beispielsweise Landschafts- und Naturszenen an, die friedvoll und beruhigend erlebt werden.

Die Übung wird dadurch beendet, daß man sich durch bewußtes “Zurücknehmen” auf Aktivität einstellt. Beim **Zurücknehmen** beugt man die Arme mehrmals kräftig an, atmet wiederholt tief durch und reckt sich. Auf diese Weise kann ein Gefühl von Erfrischung und Erholung erreicht werden. Besonders Menschen mit niedrigem Blutdruck sollten kräftig “zurücknehmen” und sich auf diese Weise aktivieren, da der Blutdruck in der Entspannung sinken kann. Falls die Übung vor dem Schlafen durchgeführt wird, sollte man allerdings nicht zurücknehmen, sondern sich einfach in den Schlaf fallen lassen.

Als eine Erweiterung des Grundverfahrens ist die **differenzielle Entspannung** anzusehen. Im Sinne einer Ökonomisierung der Muskelinnervation wird das Spannungsniveau einzelner Muskeln nur soweit gesteigert, daß ein leichtes Spannungsgefühl spürbar ist. Später geht die Übung in ein mentales Training über. Dementsprechend unterscheidet Brenner (1989) drei Übungsstufen:

- Leichte willkürliche An- und Entspannung;
- “innere” willkürliche An- und Entspannung, ohne daß dies äußerlich sichtbar wird;
- willkürliche An- und Entspannung in der Vorstellung.

Voraussetzung für diese Übungsstufe ist, daß Spannung und Entspannung der Muskeln aufgrund des vorangegangenen Trainings zuverlässig unterschieden werden können. Die **differenzielle Entspannung** ist in Hinblick auf die Bewältigung alltäglicher Belastungssituationen besser geeignet als das Grundverfahren, da sie in nahezu allen Situationen einsetzbar ist. Während es in vielen Situationen wenig angemessen ist, “demonstrative” Muskelanspannungen durchzuführen, ist das mentale Training überall einsetzbar.

Die Untersuchungsergebnisse zu prognostisch bedeutsamen Variablen lassen vermuten, daß sich durch ein differentielles Vorgehen der Übungserfolg optimieren läßt, wenn die Besonderheiten der Teilnehmer berücksichtigt werden. Selbst in Gruppen von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen treten im Verlauf des Entspannungstrainings unterschiedliche Problemkonstellationen auf, die beachtet werden müssen. So kommt es regelmäßig vor, daß Patienten mit herzbezogenen Ängsten während des Entspannungstrainings aufschrecken, wenn die Veränderung der Herzstätigkeit angstbesetzt ist. Bei depressiven Patienten verstärkt der Entspannungszustand bisweilen ihre Traurigkeit und sie beginnen zu weinen. Patienten mit hoher Leistungs- und Erfolgsmotivation setzten oft ihre gesamte Energie daran, sich zu entspannen - mit einem eher gegenläufigen Effekt. In der Praxis müssen solche Aspekte berücksichtigt und das Vorgehen entsprechend angepaßt werden.

Ohm (1994) berichtet aus der Herz-Kreislauf-Rehabilitation, daß eine Kombination von Autogenem Training mit Progressiver Relaxation vorteilhaft sein kann. Er empfiehlt, durch diese Kombination den Zugang zur Entspannungsreaktion über die Willkurmuskulatur und geistig-konzentrierte Prozesse zu nutzen.

Von den Entspannungsverfahren hat sich in der verhaltensmedizinischen Rehabilitation vor allem die Progressive Relaxation durchgesetzt. Dies beruht hauptsächlich auf den guten Behandlungserfolgen von Interventionsprogrammen (z.B. systematische Desensibilisierung, Streß- und Schmerzbewältigung, Blutdrucksenkung und Abbau funktioneller Beschwerden). Allerdings wird die Progressive Relaxation nur noch selten in ihrer ganzen Komplexität angewandt, die Vorgehensweise wird an spezifische Problemkonstellationen angepaßt. Es hat sich jedoch als Irrtum erwiesen, daß das Jacobson'sche Entspannungstraining von unerfahrenen Therapeuten wegen seiner Systematik problemlos angewandt werden kann.

#### **4 Integration der Behandlungselemente in den Gesamtrehabilitationsplan**

Die Differenziertheit störungsspezifischer Gruppentherapieangebote sind ein Qualitätsmerkmal verhaltenstherapeutisch arbeitender Rehabilitationskliniken. Ihr volles Wirkungsspektrum können diese Einrichtungen entfalten, wenn alle Strukturelemente von denselben therapeutischen Grundauffassungen getragen werden. Nur dann ist ein störungsfreier Übergang von Einzelgesprächen zur "Interaktionellen Problemlösungsgruppe" beziehungsweise von anderen Standardgruppen zu themenzentrierten Gruppen und Gruppenangeboten der Funk-

tionsbereiche möglich. Die Bedeutung der aktuellen Beziehungsgestaltung zwischen einem einzelnen Therapeuten und seinem Patienten in der Abgeschlossenheit des Therapiezimmers tritt demgegenüber deutlich zurück und gewinnt seine besondere Funktion in der:

- Motivationsarbeit,
- Entwicklung und Begründung von Behandlungszielen,
- Auswahl geeigneter Gruppenmaßnahmen sowie
- der fortlaufenden Rückführung der dort gemachten Erfahrungen in die Alltagsrealität des Patienten.

Dabei ist in der Gesamtklinik darauf zu achten, daß die verhaltens- und lerntheoretischen Grundlagen feste Bestandteile der Therapiekonzepte in der Einzel- und Gruppentherapie sind. Weicht ein Gruppentherapeut wesentlich von dieser Basis ab oder ist ein Einzeltherapeut nicht in der Lage, seinen Patienten auf die in der Gruppe anstehenden verhaltenstherapeutischen Strategien vorzubereiten, wird es bei allen Beteiligten zu heftigen Irritationen kommen.

Die konzeptionelle Abstimmung und nahtlose Überleitung zwischen Einzelgesprächen und gruppentherapeutischen Konzepten ist ein wesentlicher Gradmesser der konzeptionellen Stringenz der Gesamtklinik. Nach der Entwicklung und Begründung individueller Behandlungsziele in der Einzeltherapie ist es die **Hauptaufgabe des Bezugstherapeuten:**

- Aus dem breiten Fächer möglicher Gruppenangebote (psychotherapeutische Gruppen, Gruppenangebote der Ergo-, Sport- und Soziotherapie) diejenigen auszuwählen, in denen am ehesten die relevanten Problembereiche bearbeitet werden können,
- hierüber mit dem Patienten zu einem gemeinsamen Beschluß zu kommen und
- die darin erfolgenden Erfahrungen zu begleiten und mit dem Patienten zu bewerten.

Erst diese Nutzung und Integration von Gruppenerfahrungen macht aus einer Behandlung in der Klinik eine stationäre Behandlung.

## Literatur

- Brenner, H. (1989). Das große Buch der Entspannungstechniken. München: Humboldt.
- Fiedler, P. (1987). Problemorientierte Arbeitsgruppen in der Psychotherapie. Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 8, 111-133.

- Grawe, K. (Hrsg.)(1980). Verhaltenstherapie in Gruppen. München: Urban & Schwarzenberg.
- Jacobson, E. (1938). Progressive Relaxation. Chicago: University Press.
- Lazarus, A.A. (1980). Multimodale Verhaltenstherapie in Gruppen. In K. Grawe (Hrsg.), Verhaltenstherapie in Gruppen (235-254). München: Urban & Schwarzenberg.
- Ohm, D. (1994). Entspannungstraining. Forschungsergebnisse und praktische Erfahrungen zu Autogenem Training, Progressiver Relaxation und Anwendungskombinationen. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie (378-394). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petermann, F. & Vaitl, D. (Hrsg.)(1994). Handbuch der Entspannungsverfahren. Band 2: Anwendungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schneider, R. (1994). Selbstsicherheitstraining. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie (395-425). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Sturm, J. & Zielke, M. (1984). Klinische Verhaltenstherapie in der Psychosomatik. Düsseldorf: Schriftenreihe der GPT.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1977). Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz. München: Pfeiffer.
- Vaitl, D. (1978). Entspannungstechniken. In L.J. Pongratz (Hrsg.), Handbuch der Psychologie. Klinische Psychologie (2104-2143). Göttingen: Hogrefe.
- Vaitl, D. & Petermann, F. (Hrsg.)(1993). Handbuch der Entspannungsverfahren. Band 1: Grundlagen und Methoden. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford: University Press.
- Zielke, M. (1994a). Der Bezugstherapeut in der stationären Verhaltenstherapie und Rehabilitation. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie (305-332). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Zielke, M. (1994b). Förderung und Entwicklung interaktionellen Problemlöseverhaltens in Gruppen. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie (345-360). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Zielke, M. (1994c). Zielsetzungen und Funktionen der Gruppentherapie in der stationären Behandlung. In M. Zielke & J. Sturm (Hrsg.), Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie (333-343). Weinheim: Psychologie Verlags Union.